

## Комментарий к статье «Классификации неспецифического гематогенного остеомиелита позвоночника. Критический анализ и предложения по применению»

В.В. Григоровский

ГУ «Институт травматологии и ортопедии Национальной академии медицинских наук Украины»,  
г. Киев, Украина

## Comment to the Article „Classifications of Non-Specific Hematogenous Vertebral Osteomyelitis. Critical Review and Suggestions for Clinical Use“

V.V. Grigorovsky

Research Institute for Traumatology and Orthopaedics of National Academy of Medical Sciences of Ukraine,  
Kiev, Ukraine

Тема статьи представляется достаточно актуальной, так как неспецифический гематогенный остеомиелит позвоночника (НГОП), хотя и редкое по сравнению с остеомиелитом других костей заболевание, но предполагает проведение ряда неотложных, порой технически сложных, лечебных мероприятий. Определение клинических показаний к этим мероприятиям, их последовательность, диктуемая той или иной тактикой лечения, представляются нам важнейшими вопросами современной вертебрологии.

Авторы статьи, обладая достаточно большим собственным опытом диагностики и лечения больных данного профиля, предприняли попытку дать сравнительную оценку и внести некоторые дополнения в имеющиеся классификации остеомиелита позвоночника. При этом анализируются три клас-

сификации: В.Я. Фищенко (1983), L. Nomagk с соавторами (2016) и E. Pola с соавторами (2017).

Классификация В.Я. Фищенко [1] реально может считаться базовой, так как рассматривает случаи НГОП многоаспектно, хотя, как справедливо указывают авторы, не предлагает никаких тактических решений. Возможно, в то время автор не ставил перед собой подобной задачи.

Новейшие классификации НГОП предусматривают алгоритмизацию тактических решений, что, с одной стороны, упрощает процедуру их принятия, с другой стороны, при этом неизбежно теряются некоторые важные нюансы диагностического и лечебного процессов, такие как учет и объективная оценка масштабов и структуры очага поражения позвонка и вторичных воспалительных очагов, оценка динамики поражения тканей до и в процессе лечения, определение рисков характерных осложнений НГОП [2-4].

Все же мы полагаем, что попытка проанализировать диагностические оценочные подходы в этих классификациях является продуктивной, хотя до признания какой-то из этих

### • Комментарий к статье

Базаров А.Ю. Классификации неспецифического гематогенного остеомиелита позвоночника. Критический анализ и предложения по применению. *Травматология и ортопедия России*. 2019;25(1):146-155. DOI: 10.21823/2311-2905-2019-25-1-146-155.

Григоровский В.В. Комментарий к статье «Классификации неспецифического остеомиелита позвоночника. Критический анализ и предложения по применению». *Травматология и ортопедия России*. 2019;25(1):156-158. DOI: 10.21823/2311-2905-2019-25-1-156-158.

**Cite as:** Grigorovsky V.V. [Comment to the Article „Classifications of Non-Specific Hematogenous Vertebral Osteomyelitis. Critical Review and Suggestions for Clinical Use“]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii* [Traumatology and Orthopedics of Russia]. 2019;25(1):156-158. (In Russ.). DOI: 10.21823/2311-2905-2019-25-1-156-158.

Григоровский Валерий Владимирович / Valery V. Grigorovsky; e-mail: val\_grigorov@bigmir.net

классификаций унифицированной и оптимальной еще далеко. Судить о достоинствах самих классификаций L. Nomagk с соавт. [2] и E. Pola с соавт. [3] не входит нашу задачу, однако предполагает высказаться и об этих классификациях, которые авторы статьи взяли за основу.

Важный теоретический вопрос: как представлять и как оценивать такой признак поражения кости, как «костная деструкция», «деструктивный спондилодисцит», приводимый в классификациях L. Nomagk с соавторами и E. Pola с соавторами? Эти термины отражают состояние костной ткани в очаге поражения позвонка. По нашему мнению, эти термины недостаточно определенные изначально, тем более применительно к инфекционному воспалительному процессу. С одной стороны, деструкцией сопровождается очаг прогрессирующего воспаления с остеонекрозом, возможностью абсцедирования и формирования секвестров. С другой стороны, в случае успешной санации очага, т.е. ликвидации самого инфекционного воспалительного процесса консервативными методами, будет прогрессировать патологическая перестройка в виде остеонекроза с реоссификацией. Оба процесса могут приводить к биомеханической нестабильности и, как следствие, неврологическому дефициту. Разумеется, первый вариант намного опаснее. Рассматриваемые авторами классификации не учитывают эти важные особенности. Нам, наоборот, представляются весьма важными в отношении тактики лечения объективные данные о размерах и состоянии тканей первичного очага остеомиелита в позвонке. Если визуализирующими методами будет установлено, что в теле позвонка присутствует достаточно крупный очаг с тенденцией к формированию полости распада, а тем более – секвестра, это само по себе становится важным аргументом в пользу хирургического вмешательства с целью вскрытия, некрэктомии и дренирования патологического очага.

В классификации E. Pola с соавторами представляется неясным и противоречивым подтип А.1 – «простой дисцит без вовлечения тел позвонков». Если это ошибка в классификации E. Pola с соавторами, то вряд ли нужно ее дублировать в усовершенствованном варианте классификации, предлагаемом авторами. Воспаление в теле позвонка наиболее часто стартует как спондилит либо в участках костной ткани, прилежащих к диску, либо как воспалительный очаг в глубине спонгиоза тела, но не как изолированный дисцит. Речь может идти о масштабе и топографии первичного вовлечения костной ткани и вторично – ткани диска, при этом также имеет значение учет размеров очага воспаления. Лишь в одном, чисто гипотетическом случае, когда при дистрофически-деструктивном процессе возможно

врастание мелких сосудов через замыкательную хрящевую пластинку вглубь диска и происходит патологическая васкуляризация и оссификация, – эти сосуды и окружающая ткань диска могут стать плацдармом развития инфекционного воспаления. Авторы комментируемой статьи нигде не дают этому противоречию свою оценку, тем самым присоединяясь к неправильному, на наш взгляд, положению.

Применяемое авторами статьи выражение «септическая форма остеомиелита позвоночника», на наш взгляд, неудачное, так как понятие «форма» применимо, прежде всего, к характеристике самого инфекционно-воспалительного очага. Форма очага – понятие патоморфологическое. Как патолог, исследовавший ткани многих тысяч очагов разных нозологий остеомиелитов, могу утверждать, что существует лишь три формы очагов остеомиелита:

- 1) форма деструктивная, или абсцедирующая;
- 2) форма фиброзирующая, или склерозирующая;
- 3) форма фиброзирующая с микроабсцедированием [5].

Очаги первоначально, до лечения, относимые к одной форме, в результате лечения, а иногда и естественной санации тканей, могут принимать иную форму. Это реальность, наиболее точно и актуально отражающая характеристики очагов остеомиелита. Нам представляются правильными фразы: «остеомиелит позвоночника, осложненный сепсисом» или «остеомиелит позвоночника с септическим течением».

Выделение самостоятельных подтипов А.5 и В.4 спондилодисцита, сопровождающегося синдромом системного воспалительного ответа (ССВО), вряд ли целесообразно, так как ССВО может наблюдаться и в сочетании с другими, не менее значимыми осложнениями НГОП: остеодеструкцией, эпидуральными и паравертебральными абсцессами, биомеханической нестабильностью и неврологическим дефицитом. В классификации E. Pola с соавт. все эти осложнения являются ведущими. Именно они, а не уровень С-реактивного белка и даже не ССВО, определяют оценку клинического состояния и тактику лечения. Если ввести самостоятельные подтипы А.5 и В.4, то становится неясным, почему авторы опустили другие важные осложнения в этих подтипах: паравертебральные абсцессы, сегментарный кифоз, биомеханическая нестабильность. Разве констатация ССВО делает несущественными все другие осложнения? Трудно с этим согласиться. Нелогично также, что авторы предлагают ввести подтипы с ССВО только в типы А и В. А почему не в тип С? По нашему мнению, если совокупность клинических, визуализирующих и клинико-лабораторных данных

дает основания признать у больного сепсис как осложнение течения НГОП, достаточно это отразить в формулировке того или иного подтипа после перечисления его основных характеристик, что уже предусмотрено классификацией Е. Pola с соавторами.

По нашему мнению, полностью алгоритмизировать клиническую тактику при НГОП вряд ли возможно. Очень многое решают правильная оценка размеров, топографии, свойств и динамики первичного очага поражения, развивающихся угроз появления вторичных очагов в паравертебральных тканях, системных осложнений, других патологических состояний, например, нестабильности в сегменте, неврологического дефицита и т.п.

## Литература [References]

1. Фищенко В.Я. Классификация гематогенного остеомиелита позвоночника. Ортопедия, травматология и протезирование. 1983;(2):25-28.  
Fishchenko V.Y. [Classification of haematogenous osteomyelitis of the spine]. Ortopedia, travmatologia i protezirovanie [Orthopaedics, Traumatology and Prosthetics]. 1983;(2):25-28. (in Russian).
7. Homagk L., Homagk N., Klauss J. R., Roehl K., Hofmann G.O., Marmelstein D. et al. Spondylodiscitis severity code: scoring system for the classification and treatment of non-specific spondylodiscitis. *Eur Spine J.* 2016;25(4):1012-1020. DOI: 10.1007/s00586-015-3936-8.
9. Pola E., Autore G., Formica V.M., Pambianco V., Colangelo D., Cauda R., Fantoni M. New classification for the treatment of pyogenic spondylodiscitis: validation study on a population of 250 patients with a follow-up of 2 years. *Eur Spine J.* 2017;26(Suppl 4):479-488. DOI: 10.1007/s00586-017-5043-5.
4. Digby J.M., Kersley J.B. Pyogenic non-tuberculous spinal infection. An analysis of thirty cases. *J Bone Joint Surg.* 1979; 61-B (1):47-55.
5. Григоровский В.В. Аспекты патоморфологии и номенклатуры в современной классификации неспецифических остеомиелитов. Ортопедия, травматология и протезирование. 2013;(3):77-87.  
Grigorovsky V.V. [Aspects of pathomorphology and nomenclature in the modern classification of nonspecific osteomyelitides]. Ortopedia, travmatologia i protezirovanie [Orthopaedics, Traumatology and Prosthetics]. 2013;(3):77-87. (in Russian).

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

Григоровский Валерий Владимирович — д-р мед. наук, профессор, врач-патологоанатом высшей категории, главный научный сотрудник отдела патоморфологии ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», Киев, Украина

### INFORMATION ABOUT AUTHOR:

Valery V. Grigorovsky — Dr. Sci. (Med.), professor, principal scientific associate, Department for Pathomorphology, Research Institute for Traumatology and Orthopaedics of National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kiev, Ukraine