



ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ГРУДОПОЯСНИЧНЫМ КИФОЗОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО МЕТОДИКЕ ХАРРИНГТОНА

А.К. Дулаев, К.А. Надулич, А.В. Теремшонов

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В статье представлено описание успешного использования инструментария Cotrel — Dubousset (CDI) у пациента, ранее леченного с применением дистрактора Harrington по поводу прогрессирующего кифоза. Операция выполнена в два этапа, нормализован баланс туловища.

Ключевые слова: грудопоясничный кифоз, инструментальный Cotrel — Dubousset, дистрактор Harrington.

A case of successful application of Cotrel — Dubousset instrumentation in a patient previously treated with Harrington distracter for progressing scoliosis is reported in the article.

Surgery was performed in two stages and trunk balance was normalized.

Key words: thoracolumbar kyphosis, Cotrel — Dubousset instrumentation, Harrington distracter.

Операция Харрингтона была предложена в начале 60-х годов XX века и на протяжении трех десятилетий являлась основным видом хирургического лечения пациентов со сколиотическими деформациями позвоночника. Основными недостатками применения метода Харрингтона, по данным литературы, считают одноплоскостную коррекцию деформаций позвоночника, выпрямление его физиологических изгибов с формированием синдрома плоской спины (flat back syndrome); значительную потерю коррекции в послеоперационном периоде; высокую частоту вывихивания крюков и переломов дуг позвонков; высокий риск неврологических осложнений при гипердистракции (J.Y. Margulies, M. Aebi, J.P.C. Farcy. Revision Spine Surgery. Mosby, 1999).

Одним из нередко встречающихся осложнений после операций по методике Харрингтона является формирование патологического грудопоясничного кифоза с грубым нарушением сагиттального баланса туловища, особенно если корригируемая деформация локализуется в поясничной области. Лечение таких осложнений представляется очень сложной и трудоемкой задачей, поскольку процессу

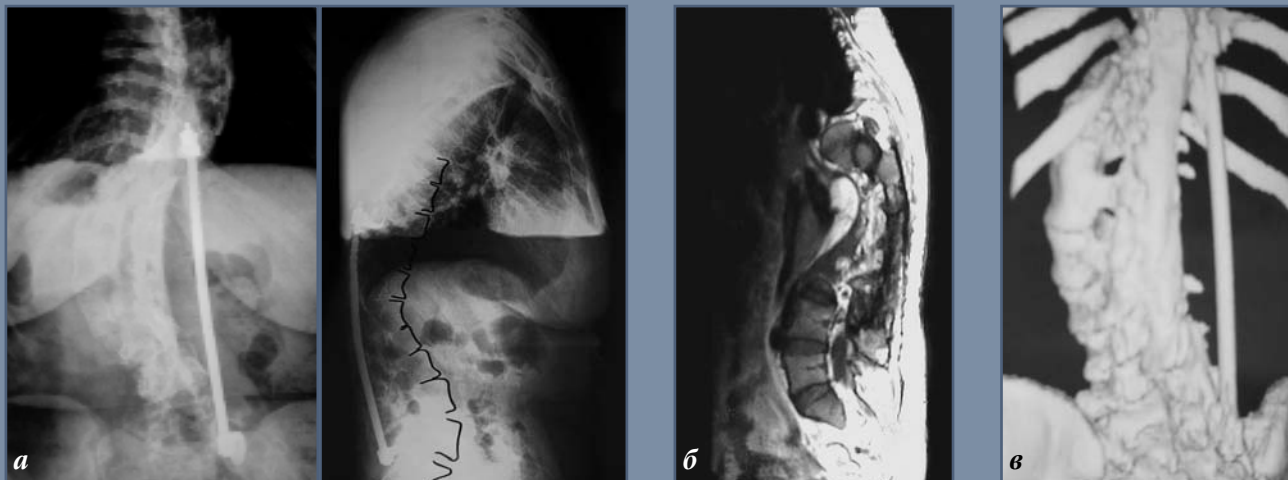
коррекции деформации препятствует задний костный блок, сформированный в порочном положении, а ревизионный характер операции обуславливает высокий риск инфекционных осложнений.

Больная Е., 30 лет, поступила в клинику военной травматологии и ортопедии Военно-медицинской академии по поводу S-образного диспластического сколиоза грудного и поясничного отделов позвоночника IV степени, фиксированного дистрактора Харрингтона на уровне Th₁₀–S₁, состоявшегося заднего костного блока на уровне Th₄–L₄ сегментов позвоночника, прогрессирующего грудопоясничного кифоза, компенсаторного шейного гиперлордоза с выраженным болевым вертеброгенным синдромом и значительными статическими нарушениями.

Из анамнеза известно, что сколиотическая S-образная деформация грудного и поясничного отделов позвоночника II–III степени выявлена при плановой диспансеризации в 7-летнем возрасте. В течение пяти лет больная проходила консервативное лечение (в том числе использованы корсетные технологии) в условиях специализированного интерната.

В 1986 г. по поводу прогрессирующего сколиоза выполнена операция задней коррекции и фиксации позвоночника перекрестно установленным дистрактором Харрингтона, задний спондилодез Th₄–L₄. В феврале 1999 г. выполнена переустановка дистрактора на уровне Th₁₀–S₁, после чего появилась боль в поясничной области, иррадиирующая по задней поверхности правого бедра и голени. В марте 2000 г. по поводу вывиха нижнего крюка дистрактора выполнена рефиксация позвоночника. В послеоперационном периоде больная отметила усиление боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в правую ногу, ощущение тяжести и слабости в ногах при физической нагрузке. В течение послеоперационного периода заметила появление и прогрессирование кифотической деформации в грудопоясничном отделе позвоночника, выраженную боль в этой области, усиливающуюся при статической и физической нагрузке, нарушения статики в виде сагиттального дисбаланса туловища (наклон вперед), компенсаторного шейного гиперлордоза.

Нейроортопедический статус: ходит самостоятельно, ось туловища

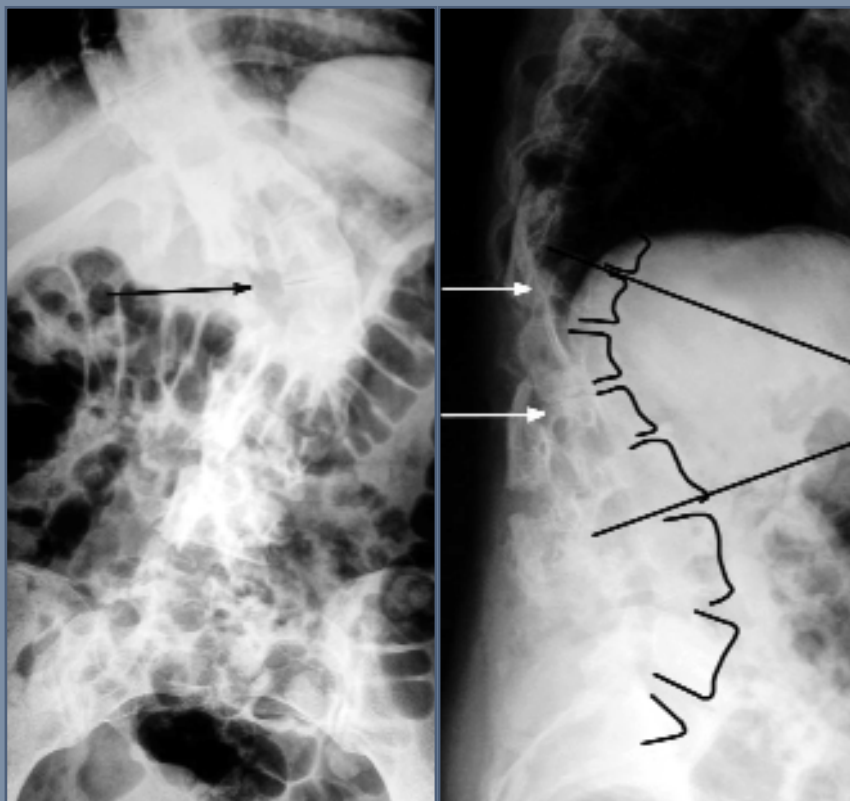
**Рис. 1**

Данные обследования больной Е. до хирургического лечения:

а – рентгенограммы в стандартных проекциях;

б – МРТ, боковая проекция;

в – КТ, переднезадняя проекция

**Рис. 2**

Рентгенограммы в стандартных проекциях после 1-го этапа хирургического лечения (стрелками указана область резекции костной ткани в задних отделах позвоночника на уровне планируемой вертебротомии)

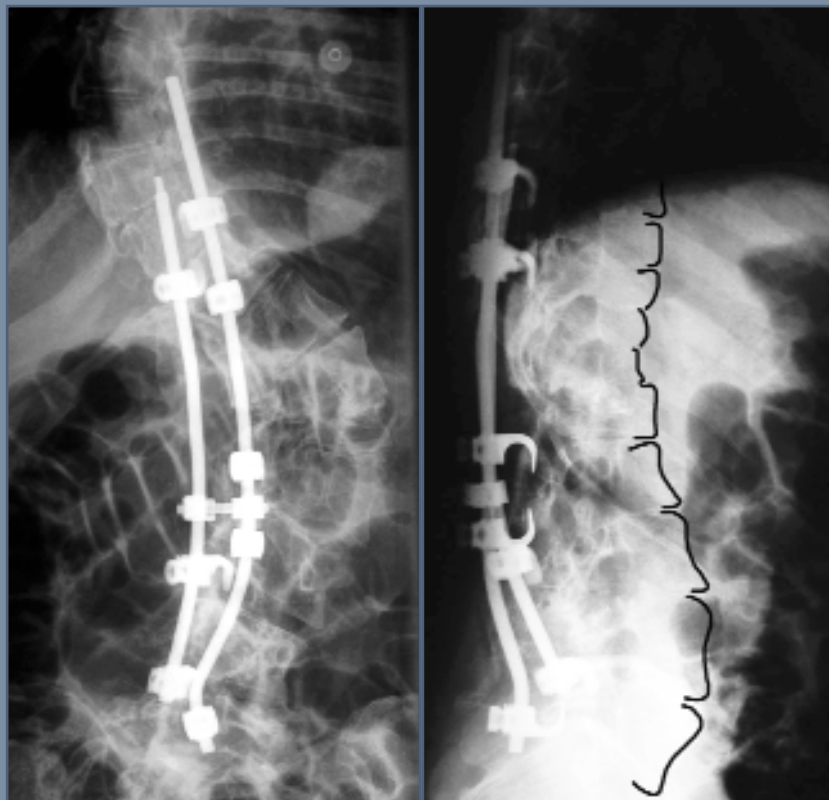


Рис. 3

Рентгенограммы в стандартных проекциях после второго этапа хирургического лечения

смещена кпереди. Отмечается кифотическая деформация груднопоясничного отдела позвоночника. Поясничный лордоз отсутствует. Фронтальный профиль: линия отвеса, опущенного от остистого отростка позвонка С₇, проходит через межъягодичную складку. Сагиттальный профиль: линия отвеса, опущенного от мочки уха, проходит кпереди от большого вертела бедренной кости на 5 см. Отмечается шейный гиперлордоз. Линия остистых отростков в грудном отделе отклонена вправо, в поясничном – влево. Угол правой лопатки на 1,5 см выше угла левой. Отмечаются правосторонний пологий задний реберный горб, левосторонний мышечный валик высотой по 2 см. Пальпация

остистых отростков Th₈–Th₁₀ и L₄–L₅ резко болезненна. Паравerteбральные мышцы напряжены на уровне нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника. Движения в грудном и поясничном отделах позвоночника отсутствуют. Коленные и ахилловы рефлексы живые, равномерные. Чувствительные и двигательные нарушения не определяются. На рентгенограммах шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника определяется S-образный сколиоз грудного и поясничного отделов позвоночника IV степени, фиксированный дистрактором Харрингтона на уровне Th₁₀–S₁, правосторонняя грудная кривизна – 54°, левосторонняя поясничная – 64°.

Линия, опущенная от остистого отростка позвонка С₇, проходит на 18 мм левее остистого отростка позвонка S₁. На рентгенограммах в боковой проекции определяются шейный гиперлордоз, груднопоясничный кифоз с вершиной на позвонке L₁ (локальный кифоз 45°); линия, опущенная от центра тела позвонка С₇, проходит на 10,5 см. кпереди от заднего края позвонка S₁ (рис. 1).

Больной выполнена 2-этапная операция с интервалом в одну неделю между хирургическими вмешательствами: 1-й этап (15. 09. 2003 г.) – удаление дистрактора Харрингтона, резекция задних отделов позвонка L₁ (задняя мобилизация позвоночника на этом уровне), подготовка мест для установки опорных элементов металлоконструкции (рис. 2); 2-й этап (22. 09. 2003 г.) – клиновидная резекция тела позвонка L₁ (клин, открытый кзади), коррекция кифотической деформации позвоночника и задняя стабилизация системой CD «Horizon» на уровне Th₉–L₅, передний межтеловой спондилодез на уровне Th₁₂–L₁ аутоотрансплантатами. В послеоперационном периоде в течение четырех месяцев проводили иммобилизацию позвоночника жестким корсетом.

В результате операции отмечено восстановление сагиттального баланса туловища (линия отвеса, опущенного от мочки уха, проходит через большой вертел бедренной кости), купирован болевой вертеброгенный синдром. При рентгенографии позвоночника локальный кифоз на уровне L₁ – 5° (угол Кобба); линия, опущенная от центра тела позвонка С₇, проходит на 2,5 см кпереди от заднего края позвонка S₁ (рис. 3).

Адрес для переписки:

Дулаев Александр Кайсинович
194175, С-Петербург, ул. Боткинская, 13,
РосВМедА им. С.М. Кирова,
post@vmeda.spb.ru