



РЕДКИЙ ВАРИАНТ КОНСТРУКТИВНОЙ АНОМАЛИИ С₂ ПОЗВОНКА

В.А. Моисеенко, А.В. Салаев, А.Е. Ермошкин

Пензенский институт усовершенствования врачей

Представлен клинический случай редкой конструктивной аномалии С₂, названной авторами удвоением зубовидного отростка С₂, проявляющейся субкомпенсированным ортопедоневрологическим синдромом.

Ключевые слова: атлантаксиальные дислокации, конструктивная аномалия С₂.

A RARE CASE OF THE AXIS STRUCTURAL MALFORMATION

V.A. Moiseenko, A.V. Salaev, A.E. Ermoshkin

The paper presents a clinical case of a rare structural malformation of the axis called by authors «a duplication of the C2 dens», which is manifesting as a subcompensated orthopaedic-neurologic syndrome.

Key Words: atlantoaxial dislocation, structural malformation of the axis.

Hir. Pozvonoc. 2009;(2):35–37.

Вследствие сложных анатомо-функциональных особенностей атлантаксиального отдела позвоночника при диагностике заболеваний и повреждений возникают определенные трудности. В первую очередь, это связано с интерпретацией нормальной анатомии верхнешейного отдела позвоночника на рентгенограмме. Выяснить патологию верхнешейного отдела позвоночника помогают данные, полученные при выполнении КТ-исследования.

Особый интерес представляют такие аномалии развития зубовидного отростка С₂ позвонка, как гипоплазия или аплазия зубовидного отростка, зубовидная кость. В литературе имеются лишь единичные данные о случаях аномалий С₂ позвонка [1–4].

Целью нашего сообщения является констатация редкой формы дисплазии аксиса конструктивной аномалии, связанной с увеличением количества костных элементов и получившей название «удвоение зубовидного отростка С₂».

Мы располагаем девятнадцатилетним опытом лечения 391 пациента в возрасте от 15 до 79 лет с поврежде-

ниями шейного отдела позвоночника. Распределение повреждений в наших наблюдениях следующее: дислокация верхнешейного отдела позвоночника – 165 (42,2 %) больных; повреждения среднешейной части – 226 (57,8 %). Как сопутствующие травме выявлены различные аномалии на этом уровне у 25 (6,4 %) пострадавших: врожденный блок позвонков – у 7 (1,8 %), аномалия Киммерле – у 8 (2,0 %), врожденный вывих атланта – у 3 (0,8 %), незаращение дуги С₁ – у 5 (1,3 %), гипоплазия зубовидного отростка С₂ – у 2 (0,5 %).

Пациент Т., 27 лет, обратился в клинику с жалобами на боли в верхнешейном отделе позвоночника, головокружение. Со слов больного, периодически, 3–4 раза за последний год, возникала кратковременная потеря сознания при резких движениях головы. С детских лет наблюдался у невропатолога по поводу вегетососудистой дистонии по церебральному типу. В рядах Вооруженных сил РФ не служил.

При осмотре головы и шеи определяется легкий дизрафический синдром. При пальпации области шеи боль

не выявлена. Движения в шейном отделе позвоночника болезненные в крайних положениях, крепитация; ограничение ротационных движений головы вправо – на 10°, влево – на 15°.

На этапе верификации диагноза выполнено транскраниальное ультразвуковое исследование артерий Вилизиева круга и ультразвуковое доплер-исследование экстракраниальных артерий: определяется снижение кровотока по левой позвоночной артерии на 40 %, затруднен венозный отток по позвоночным венам слева.

На обзорных рентгенограммах верхнешейного отдела позвоночника определяется нарушение анатомического строения зубовидного отростка с асимметрией атлантаксиальных боковых суставов. Для уточнения патологии выполнена спиральная КТ, которая показала, что соотношение суставных поверхностей в боковых атлантаксиальных сочленениях сохранено; плоскость левого сустава изменена: слева – горизонтальная плоскость, справа – наклон вниз кнаружи. Таким образом, определяется косое положение С₁ и его ротация: правая боковая

масса направлена вперед и вверх, а левая – назад и вниз. Отмечается врожденная деформация боковой массы атланта слева с увеличением размеров, деформация тела аксиса с продольным его расщеплением слева. Зубовидный отросток удвоен и состоит из двух

фрагментов с четкими кортикальными слоями. Позвоночный канал деформирован на уровне верхнешейного сегмента и сужен в переднем размере до 20 мм на уровне С₁.

Диагноз: аномалия развития верхнешейного отдела позвоночника с выра-

женным диспластическим компонентом; продольное расщепление тела С₂ с удвоением зубовидного отростка; деформация боковых атлантаксиальных суставов; стеноз позвоночного канала на уровне С₁–С₂; остеохондроз С₂ позвонка II стадии (рис.).

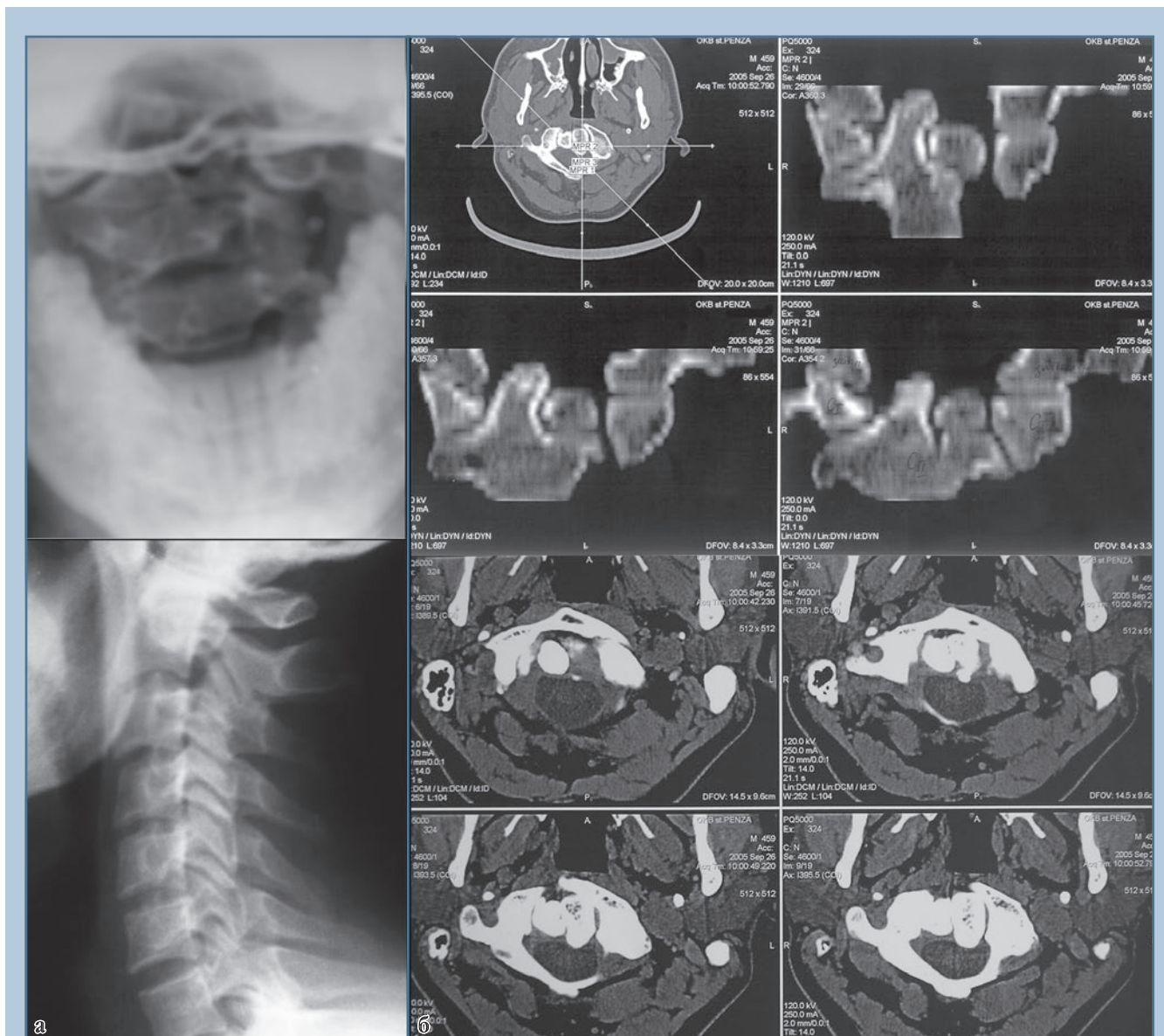


Рис.

Данные обследования пациента Т., 27 лет: аномалия развития верхнешейного отдела позвоночника с выраженным диспластическим компонентом; продольное расщепление тела С₂ с удвоением зубовидного отростка; остеохондроз шейного отдела позвоночника II стадии:

- а – рентгенограммы в прямой и боковой проекции;
- б – фронтальные и аксиальные срезы КТ

Пациенту предложена операция – задняя декомпрессия позвоночного канала на уровне С₁–С₂ с последующей стабилизацией сегмента. От оперативного вмешательства больной отказался. Рекомендованы нейрососудистая комплексная терапия два раза в год, диспансерное наблюдение у ортопеда, осмотры каждый год. Ухудшения ней-

роортопедического статуса не отмечается. Инвалидом не признан.

Заключение

Выявлена редкая форма дисплазии атлантаксиального комплекса, сопровождающаяся увеличением количества элементов С₂ позвонка с грубым изме-

нением их морфологического строения и деформацией позвоночного канала.

Несмотря на выраженные анатомические диспропорции С₁ и С₂ позвонков, аномалия удвоения зубовидного отростка С₂ позвонка может проявляться субкомпенсированным ортопедоневрологическим синдромом.

Литература

1. Луцки А.А., Раткин И.К., Никитин М.Н. Краниовертебральные повреждения и заболевания. Новосибирск, 1998.
2. Baba H., Maezawa Y., Furusawa N., et al. The cervical spine in the Klippel-Feil syndrome. A report of 57 cases // Int. Orthop. 1995. Vol. 19. P. 204–208.
3. Currarino G. Segmentation defect in the midodontoid process and its possible relationship to the congenital type of os odontoideum // Pediatr. Radiol. 2002. Vol. 32. P. 34–40.
4. Hite S.H., Peters C., Krivit W. Correction of odontoid dysplasia following bone-marrow transplantation and engraftment (in Hurler syndrome MPS 1H) // Pediatr. Radiol. 2000. Vol. 30. P. 464–470.

Адрес для переписки:

Моисеенко Владимир Алексеевич
440060, Пенза, ул. Стасова, 8а,
Пензенский институт
усовершенствования врачей,
giuv@sura.ru

Статья поступила в редакцию 23.12.2008