



РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ КИФОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА

В.Д. Усиков, Д.А. Пташников, О.А. Смекаленков

Российский НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена, Санкт-Петербург

Представлен клинический случай одномоментного хирургического лечения из одного дорсального доступа пациентки с грубой кифотической деформацией. В результате проведенной операции купированы неврологический дефицит и болевой синдром, восстановлен правильный баланс туловища.

Ключевые слова: кифотическая деформация, хирургическое лечение, клиновидные позвонки, баланс туловища.

RESULT OF SURGICAL TREATMENT FOR SEVERE KYPHOTIC DEFORMITY OF THE SPINE

V.D. Usikov, D.A. Ptashnikov, O.A. Smekalenkov

A clinical case of single-step posterior-only approach in surgical treatment of a patient with severe kyphotic deformity. Surgery resulted in reduction of neurological deficit and pain, and restoration of proper trunk balance.

Key Words: kyphotic deformity, surgical treatment, wedge-shaped vertebrae, trunk balance.

Hir. Pozvonoc. 2010;(2):22–24.

Врожденные аномалии развития позвоночника на фоне нарушения формирования и слияния тел позвонков в поясничном отделе и зоне грудно-поясничного перехода встречаются более чем в 50% случаев всех пороков развития позвоночника у детей [1, 2]. У взрослых пациентов тяжелые врожденные деформации бывают гораздо реже. Среди одиночных пороков, нуждающихся в хирургическом лечении, на передний план выступают клиновидные позвонки.

Необходимость проведения хирургического лечения у взрослых обусловлена несколькими факторами: неврологическим дефицитом на фоне стеноза позвоночного канала (моно- и парапарезы нижних конечностей, чувствительные нарушения, болевой синдром), нарушением баланса туловища, прогрессированием дегенеративных изменений на уровне кифотической деформации (дегенеративные изменения межпозвонковых дисков, спондило-

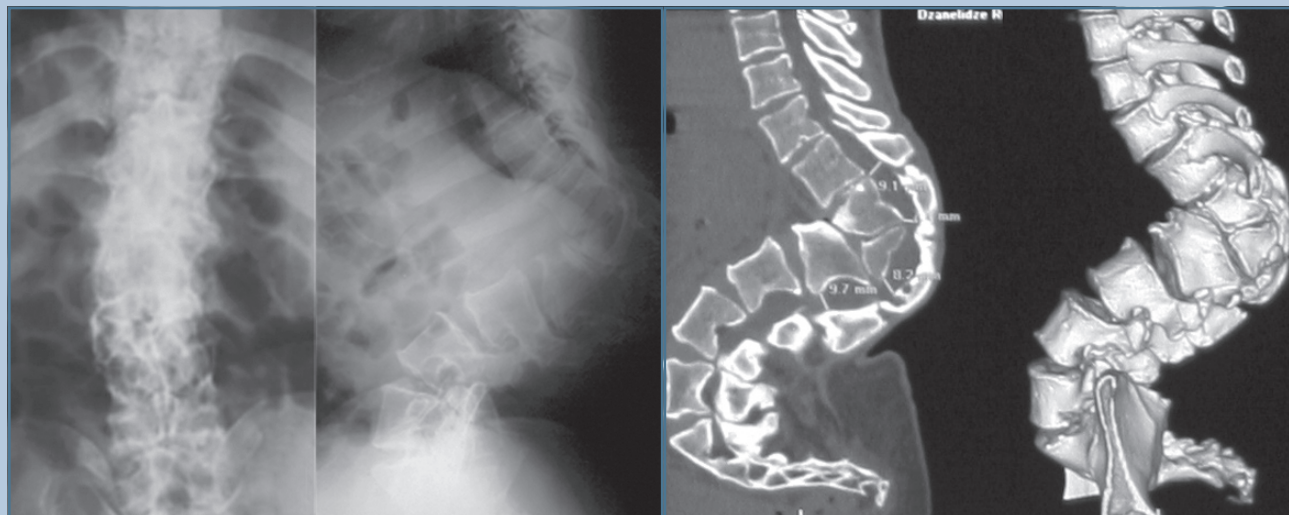
артроз) и неэффективностью консервативного лечения [3].

Цели хирургического вмешательства — создание стабильности в оперированном отделе, восстановление нормальных анатомических взаимоотношений между позвонками и устранение вертебротеллярного конфликта.

Пациентка В., 44 лет, госпитализирована в клинику с жалобами на тянущие боли в обеих ногах, больше слева, тяжесть и слабость в нижних конечностях, чувство дискомфорта в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, онемение в левой голени, усиление болевого синдрома и общей слабости при ходьбе.

Страдает ахондроплазией, проявляющейся нарушением процессов энхондрального окостенения. В подростковом возрасте перенесла семь операций по удлинению верхних и нижних конечностей. Боли и ограничения движений в позвоночнике беспокоят в течение последнего года. Сла-

бость в нижних конечностях и чувство дискомфорта нарастали, присоединились тянущие боли в ногах. Постепенно боль приобрела более резкий и постоянный характер. Пациентка госпитализирована в отделение неврологии, где проведен курс консервативного лечения, эффект от которого оценивает как положительный. После выписки выполнено МРТ-исследование, показавшее наличие остеохондроза грудного отдела позвоночника, снижение высоты дисков, множественные мелкие грыжи Шморля, грыжу диска Th₉–Th₁₀ (3 мм). Поставлен диагноз: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, клиновидная деформация тел L₁ позвонка и добавочного полупозвонка с формированием углового кифоза (109°), стеноз позвоночного канала с максимумом на вершине кифоза (7,2 мм), недоразвитие задних элементов на уровне L₁ позвонка. Больная прошла повторное консервативное лечение — без эффекта. В следующие два месяца отмечала

**Рис. 1**

Рентгенограммы и 3D-моделирование деформации позвоночника пациентки В., 44 лет, до операции

усиление болевого синдрома и слабости в нижних конечностях.

Status localis. У пациентки карликовость (рост 143 см), диспропорция длины конечностей по отношению к туловищу. Ходит самостоятельно с дополнительной опорой на трость. Отмечается ограничение подвижности в суставах верхних и нижних конечностей. Грудной кифоз сглажен. Выраженная кифотическая деформация в груднопоясничном отделе позвоночника с вершиной на уровне L₁ позвонка. Ограниченная и болезненная подвижность в поясничном отделе позвоночника. Горизонтальное положение крестца. Длинные мышцы спины напряжены.

Неврологический статус. Сознание ясное. Черепно-мозговые нервы без особенностей. Зрачки D = S, реакции живые, симметричные, мимика симметрична, язык по средней линии, фонация в норме. Сила в руках полная. Сила мышц в нижних конечностях снижена, больше в дистальных отделах (D < S). Коленные рефлексy низкие, с ахилловых сухожилий не вызываются. Положительный симптом Ласега слева. Нарушение чувствительности по типу гипестезии по передней

поверхности обеих голени (D < S). Нарушение тазовых органов по типу недержания.

На подготовительном этапе проводили рентгенологическое, МРТ-, КТ-исследования, нейрофизиологическое обследование, компьютерную оптическую топографию, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, фиброгастродуоденоскопию, осмотры специалистов (рис. 1).

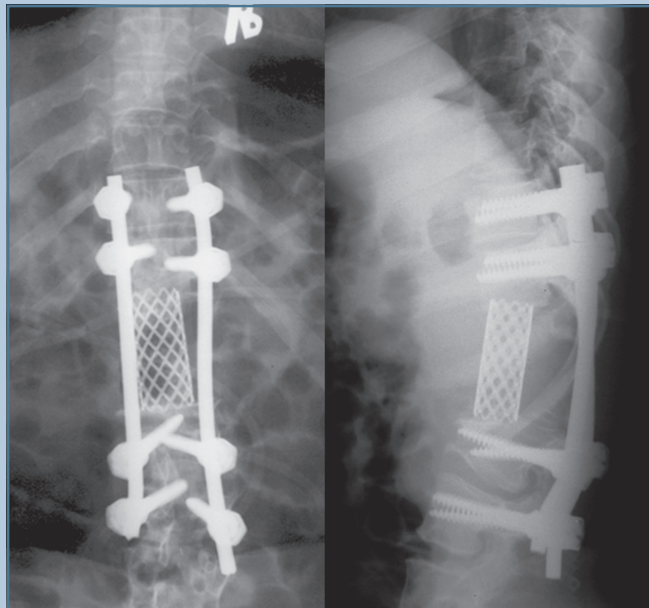
Операция выполнена одномоментно из одного дорсального доступа. Вначале произведен открытый монтаж 8-винтового транспедикулярного устройства с установкой винтов в тела Th₁₁, Th₁₂, L₂, L₃ позвонков. Затем — расширенная ламинэктомия Th₁₂–L₂, удаление клиновидного тела L₁ и добавочного полупозвонка; коррекция деформации транспедикулярной системой с внешними опорами; вентральный опорный корпородез Th₁₁–L₂ *mash* с аутокостью из заднего доступа. Выполнена последовательная замена опор наружной репозиционной системы на постоянные продольные штанги. Во время операции проводили тест с пробуждением.

В раннем послеоперационном периоде отмечено усиление невро-

логического дефицита в виде умеренного нижнего дистального парализа. В течение 2–3 недель после операции неврологические нарушения частично регрессировали, увеличился объем движений в нижних конечностях. При выписке пациентка самостоятельно ходила без дополнительной опоры.

Срок наблюдения — 1 год. На момент осмотра сохраняется незначительная зона гипестезии в области левой голени, не влияющая на качество жизни пациентки. Болевой синдром и нарушение функций тазовых органов полностью регрессировали. Опороспособность позвоночника восстановлена. Положение имплантатов правильное, стабильное. Кифотический компонент в сегменте Th₁₁–L₄ составляет 35° (рис. 2).

Таким образом, одномоментное хирургическое лечение тяжелых кифотических деформаций на фоне диспластических изменений позвоночника позволяет выполнить ортопедические и нейрохирургические задачи за одно вмешательство. При этом значительно снижается объем интраоперационной кровопотери, возможна ранняя активизация пациента.

**Рис. 2**

Рентгенограммы пациентки В. через 1 год после операции

Литература

1. **Мушкин А.Ю.** Хирургическая коррекция несистемных угловых кифозов у детей (туберкулезный спондилит, врожденные пороки позвонков): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб, 2000.
2. **Ульрих Э.В.** Аномалии развития позвоночника у детей: руководство для врачей. СПб., 1995.
3. **Lonstein J.E.** Congenital spine deformities: scoliosis, kyphosis, and lordosis // Orthop. Clin. North Am. 1999. Vol. 30. P. 387–405.

Адрес для переписки:

Смекаленков Олег Анатольевич
195427, Санкт-Петербург,
ул. акад. Байкова, 8, отделение 18,
drsmekalenkov@mail.ru

Статья поступила в редакцию 18.10.2009