



ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ РОСТА БОЛЬНОГО

В.В. Зарецков, В.Б. Арсениевич, С.А. Рубашкин

Саратовский НИИ травматологии и ортопедии

Описан клинический случай хирургического лечения пациентки с прогрессирующим ювенильным сколиозом. Хирургическая коррекция сколиотической деформации в условиях продолжающегося роста больного осуществлена в два этапа. Первоначально выполнена вентральная коррекция центрального угла деформации позвоночника, а по завершении роста пациента — дорсальная коррекция сколиотической деформации при помощи CDI.

Ключевые слова: сколиотическая деформация, хирургическое лечение, вентральная и дорсальная коррекция.

SURGICAL CORRECTION OF SCOLIOTIC DEFORMATION IN A PATIENT WITH CONTINUING GROWTH

V.V. Zaretskov, V.B. Arsenievich, S.A. Rubashkin

A clinical case of surgical treatment of a girl with progressing juvenile scoliosis is presented. The surgical correction of a scoliotic deformation was performed in two stages. Primarily, under conditions of continuing growth of the patient, a ventral correction of a central angle of spine deformation was carried out, and a dorsal correction of the scoliotic deformation using the CDI was realized after completion of growth.

Key Words: scoliotic deformation, surgical treatment, ventral and dorsal correction.

Hir. Pozvonoc. 2007;(3):36–38.

Консервативное лечение больных со сколиозом в 2–18 % случаев не обеспечивает благоприятного исхода болезни [2], а основным методом коррекции сколиотической деформации обоснованно считается хирургический [4]. В последнее время значительно выросли требования, предъявляемые к результатам хирургической коррекции сколиотической деформации. Обязательным стало ее исправление во всех трех плоскостях, а одним из главных условий является восстановление сагиттального контура позвоночника [1]. Наиболее сложной задачей в этих случаях является выбор тактики хирургического лечения сколиоза в условиях продолжающегося роста пациента. Общеизвестно, что наиболее современными методами оперативного лечения больных со сколиозом являются коррекция деформации позвоночника из зад-

него доступа по методике Cotrel – Dubousset и из переднего доступа с использованием вентральных систем [3]. Однако выполнение данных вмешательств в полном объеме осуществляется в основном по завершении роста больного, так как обязательным их условием является спондилодез на всем протяжении сколиотической дуги. По нашему мнению, одним из возможных вариантов этапного хирургического лечения ювенильного сколиоза является вентральная коррекция его центрального угла с последующей трехмерной коррекцией деформации позвоночника по методике Cotrel – Dubosset, осуществляемой после завершения основного роста пациента (тест Risser 4–5).

Нами представлен результат лечения пациентки с ювенильным сколиозом на разных этапах хирургической коррекции деформации позвоночника.

Больная Х., 11 лет, поступила в Саратовский НИИТО по поводу прогрессирующего нестабильного правостороннего грудного сколиоза. Из анамнеза известно, что родители заметили деформацию позвоночника, когда девочке было 8 лет. Несмотря на проводимое консервативное лечение, отмечалось неуклонное прогрессирование сколиотической деформации в среднем на 10–15° в год. На рентгенограммах отмечалась правосторонняя сколиотическая деформация с вершиной, соответствующей Th8 позвонку. Угол сколиотической деформации по Cobb – 61°; индекс мобильности по Казьмину – 0,71. Учитывая клиническую картину заболевания и его неблагоприятное течение, было решено первым этапом выполнить мобилизирующую дискэктомию на вершине сколиотической деформации (Th7–Th10) и осу-

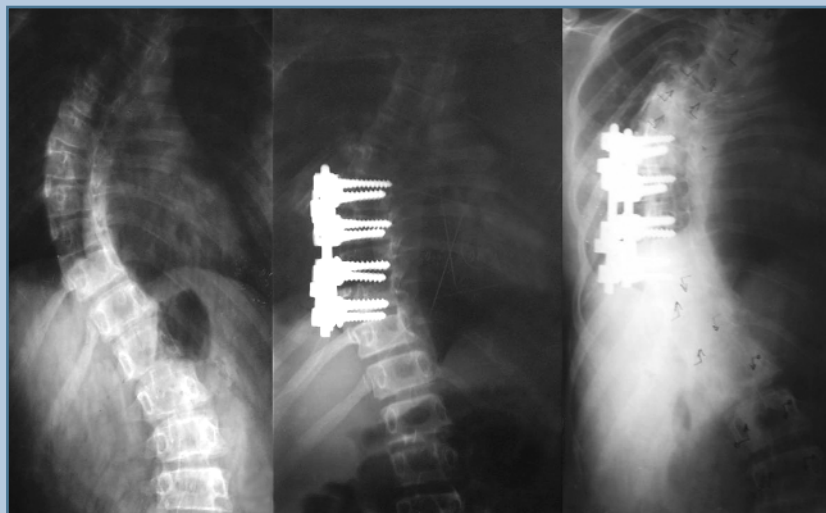


Рис. 1

Рентгенограммы позвоночника пациентки Х. до хирургического лечения, после вентральной коррекции и перед второй операцией



Рис. 2

Обзорная КТ позвоночника пациентки Х. после коррекции системой CDI

и осуществить ее коррекцию вентральной системой «Antares» фирмы «Medtronic Sofamor Danek». В результате хирургического вмешательства угол сколиоза корригирован до 34° , полученная коррекция составила 44 % от первоначальной величины (рис. 1). Послеоперационный период протекал без осложнений, больная активизирована на четвертые сутки и выписана домой на восемнадцатый день после операции в съемном корсете. В течение 2,5 лет пациентка находилась под наблюдением ортопеда по месту жительства. При повторной госпитализации в институт на рентгенограммах величина сколиотической деформации по Cobb составила 64° , причем наступившее прогрессирование произошло за счет смежных отделов позвоночника (рис. 1). В связи с завершившимся периодом основного роста девочке выполнена коррекция сколиотической деформации из заднего доступа с использованием CDI. После операции угол сколиоза составил 31° , восстановлен практически нормальный сагиттальный контур позвоночника (рис. 2). При КТ-исследовании отмечено удовлетворительное стояние винтов как в грудном (рис. 3), так и в поясничном (рис. 4) отделах позвоночника. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка активизирована на третьи сутки и выписана из стационара на четырнадцатый день после операции (рис. 5). При контрольном осмотре через 6 мес. после операции потери коррекции не отмечено, пациентка жалоб не предъявляет, ведет обычный образ жизни.

Приведенный клинический пример иллюстрирует удовлетворительный результат хирургической коррекции прогрессирующей сколиотической деформации в условиях продолжающегося роста больного. Не исключено, что ряд аспектов представленной тактики лечения нуждается в уточнении. Однако полученные нами благоприятные исходы позволяют рекомендовать ее как один из возможных вариантов хирургического лечения ювенильного сколиоза.

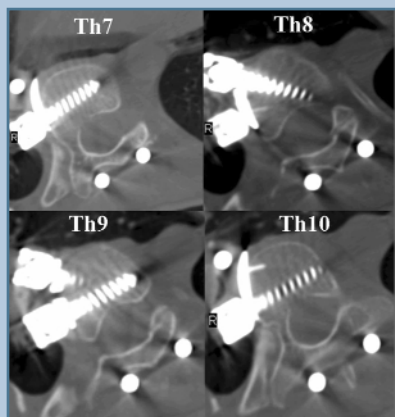


Рис. 3

КТ-исследование пациентки Х.: грудные позвонки фиксированы вентральной конструкцией

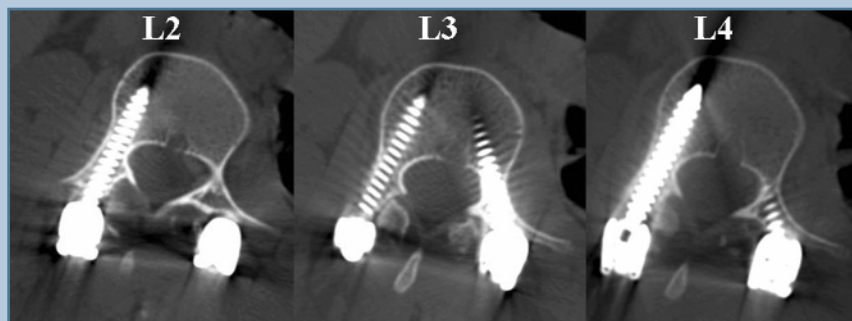


Рис. 4

КТ-исследование пациентки Х.: поясничные позвонки фиксированы транспедикулярными винтами



Рис. 5

Внешний вид пациентки Х. перед началом лечения, после первой и второй операций

Литература

1. Ветрилэ С.Т., Кулешов А.А., Ветрилэ М.С. Хирургическое лечение груднопоясничного и поясничного сколиоза с использованием дорсального и вентрального инструментария // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: Тез. докл. науч.-практ. конф. детских травматологов-ортопедов России. СПб., 2005. С. 87.
2. Михайловский М.В., Фомичев Н.Г. Хирургия деформаций позвоночника. Новосибирск, 2002.
3. Норкин И.А., Зарецков В.В., Арсенивич В.Б. и др. Хирургическая коррекция сколиотических деформаций // Травматол. и ортопед. России. 2006. № 2(40). С. 221.
4. Поздникин Ю.И., Микиашвили А.Н., Дроздский А.П. и др. Хирургическое лечение сколиоза у детей и подростков // VII съезд травматологов-ортопедов России: Тез. докл. Новосибирск, 2002. С. 162.

Адрес для переписки:

Рубашкин Сергей Анатольевич
410002, Саратов, ул. Чернышевского, 148,
docs@mail.ru

Статья поступила в редакцию 17.05.2007