

УДК 616.711—007.55—08

Мієлопатія при сколіозі

Сайєд Мухсен

Український НДІ травматології та ортопедії, м.Київ, Україна

Ключові слова: сколіоз, мієлопатія, хірургічне лікування.

Вступ. Тяжке сколіотичне скривлення хребта призводить до деформації хребтового каналу — вмістилища для спинного мозку і його елементів. Структурні зміни в хребті можуть бути анатомічними передумовами неврологічних розладів різного ступеня: від симптомів незначних корінцевих уражень до розвитку тяжких паралегій з порушенням рухів, усіх видів чутливості, реф-

лкторної діяльності, функцій тазових органів, трофіки м'яких тканин.

Матеріал і методи дослідження. Паралез при сколіозі може бути будь-якої етіології і виникає при різних типах скривлення.

На хірургічному лікуванні перебував 71 хворий зі сколіозом, ускладненим компресійним спінальним синдромом (таблиця).

Таблиця. Розподіл хворих за етіологією сколіозу і типом скривлення

Тип скривлення	Етіологія сколіозу			Всього
	Диспластичний сколіоз	Вроджений сколіоз	Сколіоз при нейрофіброматозі	
Верхньогрудне	—	10	16	26
Грудне	24	7	2	33
Грудно-поперекове	5	6	1	12
Всього	29	23	19	71

Розвиток компресійного спінального синдрому пов'язаний з судинними розладами в малосудинних зонах (на рівнях хребців Т₄₋₅, Т₁₂₋₁), а сам факт виникнення мієлопатії не завжди можна поставити в залежність від величини скривлення, тобто пояснити прямим стисненням спинного мозку. У більшості хворих мав місце значний кіфотичний компонент деформації.

З хворих, у яких спостерігалися клінічні прояви мієлопатії, 2 були віком до 10 років, 22 — віком до 12 років, 18 — віком до 14 років, 3 — віком до 16 років, 26 — віком понад 16 років.

У більшості хворих компресійний спінальний синдром виникає в період росту хребта і прогресування деформації, однак може проявлятися і в період стабілізації сколіозу. Очевидно, що в розвитку неврологічних ускладнень має значення статико-динамічне навантаження на деформований хребет внаслідок вертикального положення.

У 28 хворих мієлопатія тривала до 1 міс, у 22 — до 3 міс, у 18 — до 6 міс, у 3 хворих — понад 6 міс.

При обстеженні нервової системи пацієнтів виявлено такі зміни рухової функції спинного мозку: зниження сили нижніх кінцівок — у 12 хворих,

повна відсутність рухів — у 59 хворих. Порушення чутливості спостерігалось у всіх хворих, причому у 62 була гіпостезія вище рівня вершини скривлення на 2—3 сегменти і анестезія нижче рівня вершини скривлення, що свідчило про розвиток мієлопатії за типом судинних розладів у спинному мозку. Шкірні, черевні і кремастерні рефлeksi були відсутні у всіх хворих, а сухожилкові (колінні, ахіллові) — різко підвищені за розширенням зони розташування. З'являлись клонуси стоп і надколінних чашечок. У всіх хворих порушувались функції тазових органів, що проявлялось за тримкою і утрудненням сечовипускання. Кількість залишкової сечі у 11 хворих становила від 200 до 250 мл.

При діагностичній люмбальній пункції у 54 хворих виявлено повне або часткове блокування субарахноїдального простору, білково-клітинну дисоціацію у лікворі, позитивні реакції Панді і Нонне-Апельта (++++). Пневмомієлографія і мієлоцинтиграфія констатували часткове або повне блокування лікворного простору. Це підтвержувалось контрастною мієлографією.

Результати. Відстоюючи позицію хірургічного усунення компресійного спінального синдрому

за допомогою коригуючих операцій, ми вважаємо, що всім хворим показана передопераційна підготовка за допомогою корсетів Мільвокі протягом 6—12 міс. За цей час вдавалось досягнути на 15° — 25° виправлення хребта і регресу неврологічних проявів мієлопатії.

Для закріплення досягнутого ефекту у всіх хворих застосовувались коригуючі хірургічні втручання на основній і компенсаторній кривизнах, причому у 26 хворих з верхньогрудним сколіозом і у 1 хворого з грудно-поперековим сколіозом було виконано клиноподібну резекцію за один етап, а у решти (44 хворих), з грудним і грудно-поперековим сколіозом, хірургічне втручання здійснено за два етапи: спочатку проведено корекцію поперекового скривлення металевим дистрактором, потім — грудного скривлення клиноподібною резекцією хребта.

При одно- і двоетапному хірургічному лікуванні хворих на сколіоз, ускладнений мієлопатією, досягнуто корекції основної кривизни на 35° — 42° . Регрес неврологічних проявів відбувся у 68 хворих. Лише у 3 хворих з компресійним спінальним синдромом протягом 10—12 міс після операції функції спинного мозку не нормалізувались. У віддалені терміни спостереження у 4 хворих явища мієлопатії частково відновились, що вимагало повторного хірургічного втручання.

На закінчення слід сказати, що мієлопатія являє собою тяжке ускладнення доопераційного періоду у випадку природженого сколіозу і сколіозу у хворих з нейрофіброматозом. Виникає мієлопатія внаслідок прогресуючого перебігу цих форм хвороби. Хворі з таким ускладненням потребують доопераційної підготовки в корсетах Мільвокі, коригуючих операцій на основній та компенсаторній кривизнах, цілеспрямованого, тривалого відновного лікування.

Висновки. 1. Мієлопатія при тяжких формах сколіозу спочатку розвивається за типом судинних розладів. При тривалому перебігу хвороби виникає компресія спинного мозку.

2. Для усунення неврологічних розладів у доопераційний період хворим слід проводити корекцію в корсеті Мільвокі.

3. Основним етапом лікування мієлопатії при сколіозі є коригуючі операції, які сприяють вирівнюванню хребта і відновленню функції спинного мозку.

Миєлопатія при сколіозе

Saied Muxsen

Изложены клинические проявления миелопатии у 71 больного тяжелыми формами сколиоза (диспластическим, врожденным и сколиозом при нейрофиброматозе). У большинства больных отмечены значительные нарушения движений, чувствительности, трофики, функций тазовых органов. В дооперационный период у больных проводили коррекцию в корсете Мильвоки на протяжении 6—12 мес, которая позволила уменьшить искривление позвоночника на 15° — 25° и достичь регресса неврологических проявлений. Заключительным этапом были операции, позволившие увеличить коррекцию позвоночника и стабилизировать патологический процесс. Регресс неврологических проявлений был достигнут у 68 больных.

Myelopathy at a scoliosis

Saied Mohsen

The work presents the analysis of myelopathy clinical manifestations in 71 patients having severe form of scoliosis (dysplastic, congenital and in neurofibromatosis group). In most patients significant disorders of motions, sensitivity, trophicity and pelvic organs functions were observed. At the preoperational period corrections with Milvoky jacket during 6—12 month were performed what permitted to decrease curvature at 15° — 25° degrees and to reach regress of neurological manifestations. The final stage was correcting operations which increased scoliosis correction and stabilized pathological process. The regress of neurological manifestations was reached in 68 patients.