

ГРУБОЕ НАРУШЕНИЕ БАЛАНСА ПОЗВОНОЧНИКА КАК ВЕДУЩАЯ ЖАЛОБА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ СПОНДИЛИТЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ВОПРОСЫ)

НИКОЛАЕВ Д. Г., МУШКИНА А. Ю., МАЛЯРОВА Е. Ю.

SEVERE DISORDER OF THE SPINAL BALANCE AS THE MAIN COMPLAINT IN TUBERCULOUS SPONDYLITIS (CLINICAL MONITORING AND PERSPECTIVE QUESTIONS)

NIKOLAEV D. G., MUSHKINA A. YU., MALYAROVA E. YU.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, RF

Цель: сформулировать новые задачи хирургического лечения туберкулезного спондилита на примере клинического наблюдения.

Материалы и методы. Проведен анализ течения заболевания и хирургического лечения подростка 15 лет, ведущей клинической жалобой у которого явилось нарушение глобального баланса тела. Приведены алгоритм принятия решения, описание результата хирургического вмешательства и определение новых целей лечения больных туберкулезом позвоночника.

Результаты. Пациент С., 15 лет, поступил в детскую хирургическую клинику СПбНИИФ с диагнозом: туберкулезный спондилит L₄-S₂, осложненный обширными абсцессами. Пациент неблагополучного социального статуса, в 2-летнем возрасте перенес туберкулез легких с плевритом. С 8-летнего возраста наблюдался амбулаторно с диагнозом идиопатического сколиоза. В связи с прогрессированием деформации в возрасте 14 лет был направлен в один из крупных ортопедических центров страны для коррекции сколиоза. При комплексном лучевом обследовании выявлено, что С-образная сколиотическая деформация, захватывающая практически весь позвоночник, не имеет торсионного компонента и является вторичной по отношению к туберкулезному поражению пояснично-крестцового отдела позвоночника. Тела позвонков от L₅ до S₂ разрушены субтотально и замещены фрагментами костей и казеозными массами, множественные очаги в позвонках L₃, L₄, S₃₋₄. Деструктивный процесс осложнен псоас-абсцессом, задними паравертебральными абсцессами, эпидуральным абсцессом с компрессией ТМО и кифосколиотической деформацией с выраженным нарушением сохранения вертикального положения туловища. В связи с тотальной деструкцией первого крестцового позвонка оценить количественно положение позвоночно-тазовых соотношений невозможно, а при оценке сагиттальной вертикальной оси (SVA) туловища выявлено ее дорсальное смещение кзади от предполагаемого центра тела S₁ на 8 см и фронтальной вертикальной оси (FVA) на 20 см.

При определении тактики лечения поставлен ряд принципиальных вопросов, повлиявших на окончательное решение. Ведущей жалобой является невозможность устойчивого поддержания вертикальной позы, ограничивающая качество жизни пациента и сопровождающаяся болью в спине. Радикальное удаление патологических тканей позвоночника связано с тотальной резекцией позвонков от L₄ до S₄, что считается оправданным только при онкологических заболеваниях. С учетом характера разрушения и жалоб больного принято решение, во-первых, о двухэтапном хирургическом лечении, во-вторых, о необходимости не столько выполнения локальной фиксации *in situ*, сколько восстановления пространственных взаимоотношений в зоне соединения позвоночника и таза. Первым этапом выполнены левосторонняя псоас-абсцессотомия, резекция разрушенных позвонков в зоне их доступности, абсцессотомия пресакрального и эпидурального абсцессов. Через 2 нед. проведена коррекция пространственного дисбаланса с использованием комбинированной транспедикулярной фиксации груднопоясничного отдела (Th₁₀-Th₁₂-L₂) и установкой дистальных винтов в подвздошные кости (использование крестцовых позвонков для каудальных опорных элементов невозможно из-за деструкции). После операции остаточное дорсальное смещение SVA относительно центра тела S₁ составило 2 см, смещение вертикальной фронтальной оси полностью ликвидировано (0 см). Пациент выписан с полной удовлетворенностью результатом лечения, продолжает комплексную противотуберкулезную химиотерапию.

Заключение. При инфекционных спондилитах оперативное лечение обычно направлено на удаление патологических тканей и формирование спондилодеза. Анализируемый клинический пример показывает необходимость уделения большего внимания улучшению пространственного положения туловища у таких больных как проблеме, наиболее значимой для пациента.