

ТАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ СПОНДИЛИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ САГИТАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ПОЗВОНОЧНИКА

КУКЛИН Д. В., БЕЛЯКОВ М. В., СЕРДОБИНЦЕВ М. С., ДОРОФЕЕВ Л. А.

TACTICS FOR USING TITAN IMPLANTS FOR TUBERCULOUS SPONDYLITIS DEPENDING ON THE STAGITTAL SPINE PROFILE

KUKLIN D. V., BELYAKOV M. V., SERDOBINTSEV M. S., DOROFEEV L. A.

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

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

Цель: изучить результаты хирургического лечения больных туберкулезным спондилитом с применением различных видов титановых имплантатов в зависимости от сагиттального профиля позвоночника.

Материалы и методы. Оперировано 70 пациентов на фоне активного туберкулезного поражения, в том числе поражение двух позвоночно-двигательных сегментов определялось у 38 пациентов, трех – у 17, четырех – у 8, пяти – у 4, семи – у 3. Деструкция позвонков грудного отдела имела у 31 больного, груднопоясничного – у 17, поясничного – у 14, пояснично-крестцового – у 8. У 21 имела грубая кифотическая деформация позвоночника (более 50° по Коббу). Все больные до операции и после нее получали длительную этиотропную терапию.

Результаты. Однотипные одномоментные хирургические вмешательства проведены 27 пациентам: радикальное удаление очагов деструкции и декомпрессия спинного мозга и корешков, задняя инструментальная фиксация позвоночника с коррекцией кифоза и передний спондилодез титановой сеткой, заполненной аутокостью и/или остеиндукторными материалами (би- или трикальцийфосфат). Протяженность зоны переднего спондилодеза составила от 6 до 15 см. В послеоперационном периоде восстановлен сагиттальный профиль позвоночника, пациенты вертикализированы в сроки от 1 нед. до 1 мес. после операций. Критерием восстановления сагиттального профиля являлась коррекция кифотической деформации. Угол деформации позвоночника до операции в грудном и груднопоясничном отделах составил $32,3 \pm 2,4^\circ$, в поясничном – $56,1 \pm 2,2^\circ$. После операции угол кифоза при первом обследовании в грудном и груднопоясничном отделах составил $9,7 \pm 1,5^\circ$, в поясничном – $41,2 \pm 2,3^\circ$. Таким образом, операционная коррекция в грудном и груднопоясничном отделах составила $22,6 \pm 0,7^\circ$, поясничном – $14,9 \pm 0,5^\circ$. При исследовании через 1 год после операции коррекция стойко сохранялась на уровне послеоперационной: угол кифоза в грудном и груднопоясничном отделах составил $9,9 \pm 0,7^\circ$, в поясничном – $40,8 \pm 1,2^\circ$.

Учитывая отсутствие кифотической деформации, 43 больным проведена только передняя реконструкция позвоночника. Угол исходной кифотической деформации в грудном и груднопоясничном отделах составил $21,5 \pm 1,8^\circ$, в поясничном – $42,1 \pm 2,3^\circ$. Ручная реклинация позвоночника проводилась всем больным во время радикально-восстановительной операции. Угол деформации через один месяц в грудном и груднопоясничном отделах составил $18,9 \pm 1,6^\circ$, в поясничном – $40,3 \pm 2,3^\circ$. Таким образом, средняя величина коррекции деформации составила в грудном и груднопоясничном отделе $2,6 \pm 0,4^\circ$, в поясничном – $1,8 \pm 0,03^\circ$. Через один год после операции угол кифоза в грудном и груднопоясничном отделах составил $20,6 \pm 1,1^\circ$, в поясничном – $41,8 \pm 2,5^\circ$, т.е. фактически вернулся к исходному уровню, однако нарастания деформации в динамике не произошло.

У 64 пациентов отмечается отсутствие нарастания деформации и неврологической симптоматики. У 4 больных (с множественной лекарственной устойчивостью микобактерии туберкулеза) титановые сетки удалены вследствие обострения туберкулезного процесса (5,7%). Также 2 пациентам произведен респондилодез вследствие миграции титановой сетки.

Заключение. Межтеловые дефекты могут быть восполнены небиологическими имплантатами, одномоментно несущими опорную и стабилизирующую функцию. Использование титановых блок-решеток, не подвергающихся резорбции даже в условиях хронического воспаления, имеет существенные преимущества в сравнении со стандартной костной пластикой при замещении межтеловых дефектов, при этом не исключается возможность дополнительного использования остеиндуктивных материалов для стимуляции восстановительных процессов в зоне реконструкции. Задняя инструментальная фиксация в любой ее комплектации позволяет исправить деформацию и сохранить достигнутую коррекцию.