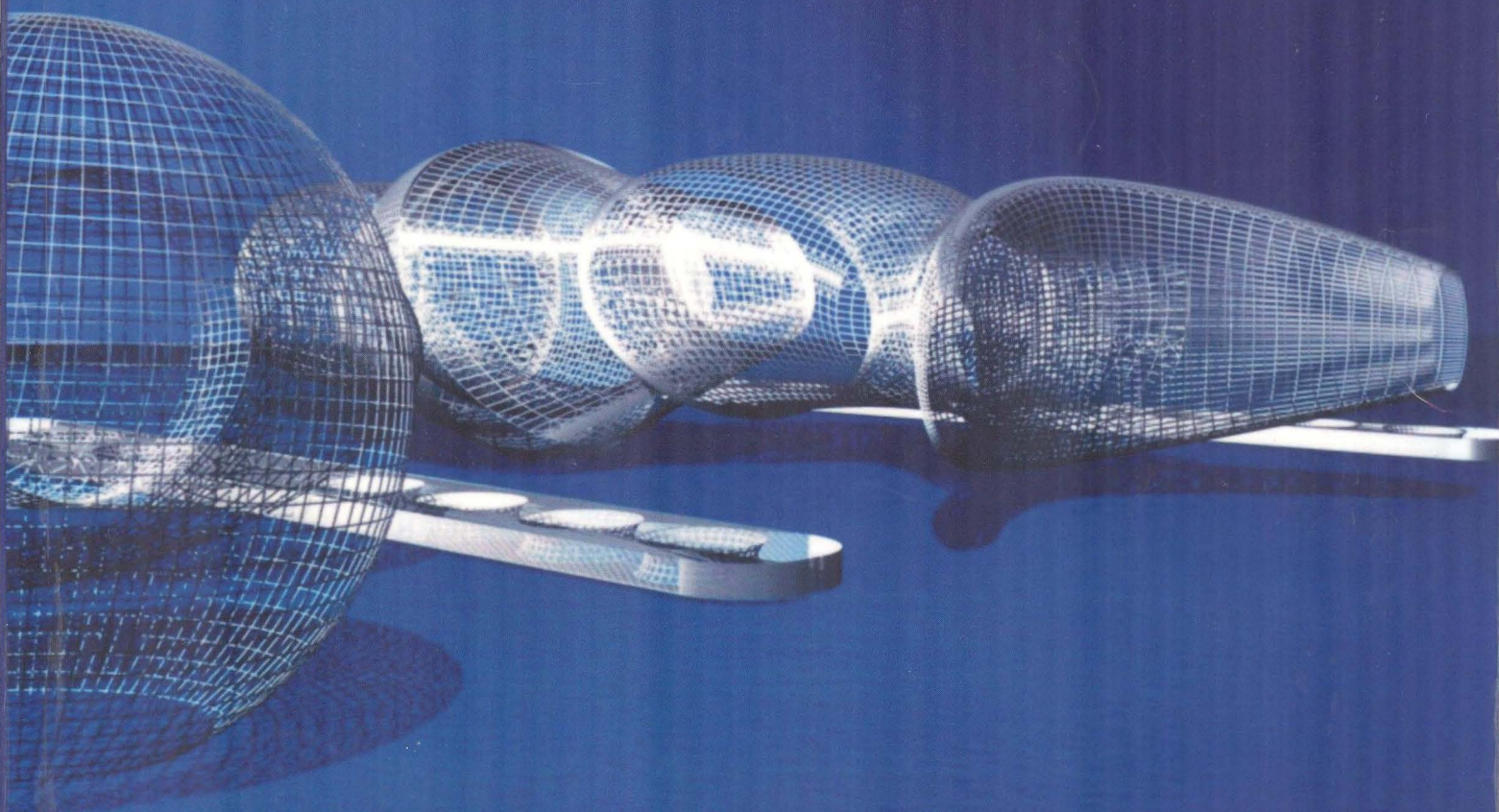


ISSN 1684-9280

# Травматология и Ортопедия

ЖЭНЕ

Специальный выпуск



2/2005



## ·ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА С ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКОЙ ВЫТЯЖЕНИЕМ

Т.С. АНАШЕВ, С.С. АБДАЛИЕВ, О.В. ДЫРИВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

---

Мақалада идеопатикалық сколиозды 19 науқаста зерттеу және емдеу нәтижелері, операцияд алдында дайындау методикаларымен бірге келтірілген. Идиопатикалық сколиозда негізгі доғаның мобилдық нәтижелері, деформацияның негізгі доғасы III-IV дәрежесі және сколиоздың өте аур түрлерінде төмен ескенін көрсетеді.

Омыртқаны горизонталді созу методы доғаның мобилдық қасеттерін мобил емес доғаның жоғары шекарасына дейін, мобил доғаның төменгі шекарасына дейін келтіріу анықталды. Вертикалды омыртқаны созу доғаның мобилдігын мобилди доға көрсеткіштерине дейін келтіреді.

In this study shows results of treatment of "19" patients. Results shows that basic line of deformation mobile at 3-4 degree of scoliosis deformation using of horizontal destruction of vertebra allows for increasing of mobility basic line.

Vertical destruction increases mobility of basic line for indecsis for mobile line. Before operation using of vertebral destruction allows increasing of basic line mobility and improves results of after operation correction of scoliosis.

---

Изучены результаты коррекции идиопатического сколиоза с предоперационной подготовкой горизонтальным и

вертикальным вытяжением позвоночника.

Из 19 обследованных больных в возрасте от 8 до 17 лет, женщины составили 13, мужчины 6 человек. Средний возраст составил 14 лет. Правостороннее направление основной дуги искривления было у 15, левостороннее - у 4 больных. Основную массу (79%) составили больные с грубыми деформациями и 4 степенью сколиоза, с 3 степенью сколиоза было 21% больных. Всем больным проводили рентгенологическое исследование позвоночника стоя в прямой и боковой проекциях, мобильность основной дуги искривления определяли по функциональным рентгенограммам, сделанным стоя с наклонами вправо и влево. Угол деформации по рентгенограммам определяли по методу Кобба.

Предоперационная подготовка горизонтальным вытяжением применена у 13 больных. Горизонтальное манжетное вытяжение проводилось на кровати с постепенным увеличением груза до массы тела больного, при котором верхняя манжета фиксировала подмышечные области, а нижняя манжета - таз в виде пояса. Вытяжение проводилось в течение 1-2 часов, 3-4 раза в день. Контрольная рентгенография проводилась лежа на горизонтальном вытяжении через 2-3 недели.

Предоперационная подготовка вертикальным вытяжением применена 6 больным. Вертикальное вытяжение проводилось на гравитационной раме с помощью голодержателя, который фиксировал голову и шею пациента

(Гаврилов В.А., Филиппов Г.Н., Булдаков Г.Е. Способ лечения кифосколиоза у детей. - Новосибирск, 1978. Авт.св. SU 1119703 А61 № 1/36.). Начинали вертикальное вытяжение от нескольких секунд до 10 минут безопорного положения больного на гравитационной раме. По достижении максимального времени безопорного положения на вертикальном вытяжении (2-3 недели) больному производили контрольную рентгенографию в положении свободного виса на гравитационной раме. Каждые 7 дней осуществляли замеры расстояния между остистыми отростками 7 шейного и 1 крестцового позвонков (дистанция Макарова) в положении свободного виса на гравитационной раме. Предоперационную подготовку заканчивали, когда время свободного виса составляло более 10 минут и величина дистанции Макарова не изменялась. Одновременно с вытяжением позвоночника больные проходили курс физиотерапии, массажа, лечебной гимнастики.

При 3 степени сколиоза ( $31^{\circ}$ - $60^{\circ}$ ) средний угол деформации составил  $53,2^{\circ}$ , а средняя величина мобильности основной дуги - 24,8% (таблица 1). Предоперационная подготовка увеличила мобильность основной дуги деформации позвоночника в среднем до 27,2% при применении горизонтального вытяжения и до 47,2% при применении вертикального вытяжения.

Таблица 1 - Коррекция идиопатического сколиоза с предоперационной подготовкой горизонтальным и вертикальным вытяжением позвоночника

Степень деформации	Средний угол основной дуги	Средний угол и величина мобильности основной дуги	Средний угол и величина мобильности основной дуги после проведенного		Средний угол и величина послеоперационной коррекции	Средний угол и величина коррекции эндокорректорами		
			Горизонтального вытяжения	Вертикального вытяжения		2-пластинчатый	3-х пластинчатый	Мосс-Маями
1-( $5^{\circ}$ - $10^{\circ}$ )		-	-	-	-			
2-( $11^{\circ}$ - $30^{\circ}$ )		-	-	-	-			
3-( $31^{\circ}$ - $60^{\circ}$ )	$53,2^{\circ}$	$13,2^{\circ}$ -24,8%	$14,5^{\circ}$ -27,2%	$25^{\circ}$ -47,2%	$29,5^{\circ}$ -57%	$29,5^{\circ}$ -57%	-	-
4-( $61^{\circ}$ - $90^{\circ}$ )	$73,4^{\circ}$	$12,6^{\circ}$ -17,2%	$26,4^{\circ}$ -35,9%	$38^{\circ}$ -52,1%	$43,9^{\circ}$ -59,3%	$37,7^{\circ}$ -52,8%	$50^{\circ}$ -65,8%	-
Грубые деформации ( $90^{\circ}$ и более)	$119,3^{\circ}$	$11,2^{\circ}$ -9,4%	$31^{\circ}$ -26,1%	$42,6^{\circ}$ -35,7%	$54,2^{\circ}$ -47,3%	$53,4^{\circ}$ -48%	$57^{\circ}$ -54,3%	$52,3^{\circ}$ -39,5%

Средний угол и величина послеоперационной коррекции составили  $29,5^{\circ}$  и 57%.

При 4 степени сколиоза ( $61^{\circ}$ - $90^{\circ}$ ) средний угол деформации основной дуги составил  $73,7^{\circ}$ , а средняя величина мобильности 17,2%. Горизонтальное вытяжение позвоночника позволило увеличить мобильность основной дуги деформации в среднем до 35,9%, а вертикальное вытяжение до 52,1%. Средний угол и величина послеоперационной коррекции составили  $43,9^{\circ}$  и 59,3%. Послеоперационная коррекция сколиоза выше при применении 3-х пластинчатого эндокорректора (65,8%), чем при использовании 2-х пластинчатого эндокорректора (52,8%).

При грубых сколиотических деформациях (с углом основной дуги искривления  $90^{\circ}$  и более) средний угол основной дуги составил  $119,3^{\circ}$ , а средняя величина и угол мобильности 9,4% и  $11,3^{\circ}$ . Предоперационная подготовка горизонтальным вытяжением увеличила мобильность ос-

новной дуги деформации в среднем до 26,1%, а вертикальным вытяжением - до 35,7%. Средний угол и величина послеоперационной коррекции составили  $54,2^{\circ}$  и 47,3%. Послеоперационная коррекция сколиоза выше при применении 3-х пластинчатого эндокорректора (54,3%), чем при использовании 2-х пластинчатого эндокорректора (48%) и эндокорректора системы Мосс-Маями (39,5%).

Полученные результаты значений мобильности основной дуги при идиопатическом сколиозе указывают, что основная дуга деформации является не мобильной при 4 степени и более грубых сколиотических деформациях. Использование горизонтального вытяжения позвоночника способствует увеличению мобильности основной дуги до значений верхней границы не мобильной дуги (мобильность до 30% исходной дуги искривления) и нижней границы мобильной дуги (мобильность более 30% исходной дуги искривления). Вертикальное вытяжение

## ТРАВМАТОЛОГИЯ ЖЭНЕ ОРТОПЕДИЯ 2/2005

увеличивает мобильность основной дуги искривления до значений мобильной дуги. Предоперационное применение вытяжения позвоночника позволяет увеличить мобиль-

ность основной дуги искривления и улучшить результаты послеоперационной коррекции сколиоза.