

© Коллектив авторов, 2004

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИ ОСЛОЖНЕННОГО ДИССЕМНИРОВАННОГО СКЕЛЕТНОГО ГИПЕРОСТОЗА

К.Т. Месхи, В.В. Блинов, А.Л. Хейло, А.Г. Аганесов

Российский научный центр хирургии РАМН, Москва

Болезнь Форестье (анкилозирующий сенильный гиперостоз [1]), более известная в иностранной литературе как частный случай диссеминированного идиопатического гиперостоза, — дегенеративное заболевание связочного аппарата позвоночника. Процесс локализуется преимущественно в передней продольной связке, вызывая ее оссификацию и образование экзостозов, срастание которых в итоге приводит к блокированию позвоночного сегмента [4]. Частота появления болевого синдрома при болезни Форестье не выше, чем в среднем по популяции у людей старшего возраста. В большинстве случаев заболевание развивается бессимптомно и зачастую бывает случайной рентгенологической находкой [3]. Клинические проявления возможны на поздних стадиях болезни и обусловлены сдавлением вещества спинного мозга, корешков или органов средостения разрастающимися гиперостозами.

Диагноз болезни Форестье — рентгенологический, ставится на основании следующих дифференциально-диагностических критериев [2]:

- кальцификация или оссификация передней продольной связки на протяжении как минимум четырех тел позвонков, при этом наличие остеофитов не является обязательным диагностическим признаком;
- сохранение высоты межпозвоночных дисков пораженных сегментов и отсутствие признаков их дегенеративного изменения;
- отсутствие признаков анкилозирования фасеточных суставов позвонков вовлеченных сегментов.

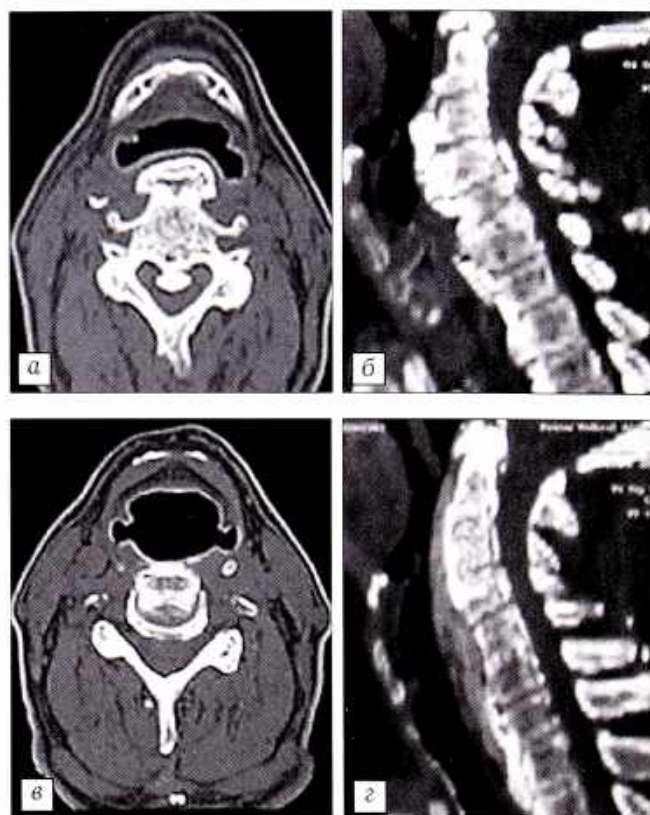
Грудной отдел позвоночника поражается, по данным разных авторов, у 97–100% пациентов с болезнью Форестье, поясничный отдел вовлекается в патологический процесс в 68–90%, шейный — в 65–78% случаев [2–4]. Этиология заболевания точно не установлена, известно только, что в большинстве случаев развитие болезни Форестье происходит на фоне метаболических расстройств (диабет, дислипидемия, гиперурикемия) [4]. Как правило, чаще страдают мужчины старшего возраста (65% от числа заболевших) — по некоторым данным, до 20% от числа мужчин старше 70 лет. Для европейцев частота этого заболевания составляет в среднем 0,16%, тогда как для японцев — 2% от численности населения, что может свидетельствовать о его генетической детерминированности.

Приводим наше клиническое наблюдение.

Больной Е., 82 лет, поступил в клинику 03.10.03 с жалобами на затруднение глотания и невозможность приема твердой пищи, постоянный кашель, возникающий в положении лежа, из-за чего в последнее время может спать только в положении сидя. Указанные нарушения беспокоят пациента в течение 5 лет, за последний год к ним присоединились постепенно нарастающее чувство онемения и покалывания в области надплечья, слабость мышц шеи справа.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, масса тела снижена; ярко выражена атрофия трапециевидной мышцы справа; сила мышц шеи справа снижена — поднимающих надплечье — до 2–3 баллов, кивательной — до 4 баллов; отмечается гипестезия в дерматомах С3–4 справа. Компьютерная и магнитно-резонансная томография (см. рисунок, а, б): множественные экзостозы по передней поверхности тел позвонков шейного отдела, на уровне С3–4 создающие компрессию пищевода и вызывающие резкое сужение его просвета; экзостоз по задней поверхности тел С3–4 позвонков, компримирующий содержимое позвоночного канала. На основании данных анамнеза, клинической картины и результатов объективных исследований поставлен диагноз: болезнь Форестье, осложненная миелопатией и эзофагеальным стенозом.

09.10.03 произведена операция. По краю кивательной мышцы слева осуществлен доступ к передним поверхностям тел С2–4 позвонков. Удалены остеофиты по передним поверхностям тел С2, С3, С4 позвонков, резе-



Компьютерные (а, в) и магнитно-резонансные (б, г) томограммы больного Е. 82 лет. Диагноз: болезнь Форестье, осложненная миелопатией и эзофагеальным стенозом.

а, б — при поступлении; в, г — через 7 дней после операции.

цированы тела С3 и частично С4 (на уровне верхней замыкательной пластинки) позвонков. Удален оссификат с задней поверхности тела С4 позвонка, компримирующий спинной мозг спереди. В дефект С3–4 позвонков установлен блок Chronos. Под рентгенологическим контролем произведена фиксация пластиной CSLP AO на четырех шурупах (см. рисунок, в, г).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Учитывая возраст и сопутствующие заболевания, пациент активизирован на 3-и сутки после операции. В 1-е сутки исчезли нарушения глотания, уменьшилось чувство онемения в надплечье, появились парестезии в виде покалывания. Состояние через 2 мес: жалоб на

нарушение глотания нет, сила мышц надплечья — 5 баллов, остаточная гипестезия в дерматомах С3–4.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Tager И.Л.* Рентгенодиагностика заболеваний позвоночника. — М., 1983. — С. 140–141.
2. *Cammisa M., De Serio A., Guglielmi G.* //Eur. J. Radiology. — 1998. — Vol. 27. — P. 7–11.
3. *Rotes-Querol J.* //Br. J. Rheumatol. — 1996. — Vol. 35. — P. 1193–1196.
4. *Schlapbach P., Beyer C., Gerber N.J. et al.* //Ibid. — 1989. — Vol. 28. — P. 299–303.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

© Е.Ю. Федотов, 2004

ФАСЦИАЛЬНЫЕ ЛОСКУТЫ В ХИРУРГИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Е.Ю. Федотов

Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва



Для пластики обширных дефектов мягких тканей в настоящее время широко используется более 80 видов лоскутов с осевым типом кровоснабжения, которые позволяют закрывать дефекты на значительном отдалении от места взятия лоскута при выполнении операции в один этап [1, 2, 4, 5, 9]. Опыт лечения 81 больного в отделении микрохирургии и травмы кисти ЦИТО за период с 1980 по 1987 г. позволил И.В. Гончаренко [5] заключить, что «метод свободной пересадки васкуляризованных тканей обладает большими возможностями в лечении ортопедо-травматологических больных, убедительным подтверждением чего служат благоприятные результаты, полученные у 91,4% больных с обширными и сложными по структуре дефектами тканей конечностей».

По мнению хирургов [4, 10, 12], традиционно используемые с пластической целью кожно-жировые и кожно-фасциальные лоскуты (паховый, лучевой, с тыла стопы), мышечные либо кожно-мышечные (на основе передней зубчатой мышцы, широчайшей мышцы спины) из-за их относительно большой толщины не всегда соответствуют специфическим требованиям реципиентной зоны, особенно в функционально и эстетически значимых областях (кисть, стопа). При заборе лоскутов нередко наносится значительный косметический и даже функциональный ущерб донорской зоне, что вызывает неудовлетворенность пациентов и хирургов общим результатом реконструкции [8, 9]. Выходом из положения Walton и соавт. [31] считают использование васкуляризованной фасции, представляющей собой «уникальную ткань, дающую

новые возможности для реконструкции, особенно в тех случаях, когда необходим тонкий донорский лоскут».

Кровоснабжение фасций. Возможность использования кровоснабжаемых фасциальных лоскутов для закрытия дефектов мягких тканей конечностей определяется наличием по ходу глубокой фасции трех артериальных сплетений с преимущественно центробежной ориентацией сосудов: поверхностного фасциального сплетения, внутрифасциального сплетения и глубокого сплетения подфасциального пространства [4]. Эти сплетения имеют большое значение и для питания кожи, расположенной над фасцией. Наиболее крупные сосуды обнаруживаются на наружной поверхности фасции, менее крупные — на внутренней и очень мелкие — в ее толще. В самой фасции можно насчитать до 20–30 продольно расположенных артериол диаметром до 0,2 мм [17].

А.Е. Белоусовым и соавт. [3, 4] предложена классификация кожно-фасциальных лоскутов в соответствии с типом кровоснабжения их кожной части. Описывая кровоснабжение в этих лоскутах, авторы используют понятия аксиального, сегментарного и ретикулярного участков сосудистого русла. При осевом типе питания, когда кровоснабжение лоскута обеспечивается одним сосудистым пучком, комплекс тканей может быть пересажен как в несвободном, так и в свободном варианте. При неосевом (сегментарном) типе питания лоскута кожные сосуды выходят в подкожную клетчатку из поверхностно расположенных мышц или из межмышечных промежутков и являются ветвями магистраль-