



**Opracowanie:**

***Dr n.med. Bogdan Bakalarek  
specjalista ortopeda - traumatolog***

***kontakt na [www.ortopeda.biz.pl](http://www.ortopeda.biz.pl)***

Opracowanie zawiera opis przebiegu operacji wraz ze zdjęciami śródoperacyjnymi. Zawarte obrazy mogą być źle tolerowane przez osoby wrażliwe. Jeśli nie jesteście Państwo pewni swojej reakcji, proszę nie przeglądać tego opracowania. Opis operacji powstał w oparciu o konkretny przypadek leczonego chorego i mimo poglądowego celu opracowania przebieg operacji i wskazania do jej przeprowadzenia w przypadkach innych chorych mogą się różnić.

## **Korekcja przednia skoliozy**

Duże skoliozy są niepodatne na leczenie zachowawcze i wymagają leczenia operacyjnego. Zabieg taki może być przeprowadzony z dojścia przedniego. Można go przeprowadzić u dziecka jeszcze rosnącego, w średniozaawansowanych jednołukowych skrzywieniach. Wymaga on krótszego zakresu operacji niż w zabiegach korekcji tylnej i przy spełnieniu powyższych warunków daje lepsze korekcji skoliozy.

### **Obraz kliniczny i radiologiczny:**

Skolioza piersiowa jednołukowa 54 stopnie.

Widoczna deformacja klatki w postaci garbu żebrowego i asymetria talii



Rtg przedoperacyjne skolioza piersiowa 54 stopnie. Typowa sylwetka skoliotyczna – asymetryczny tułów i garb żebrowy

### **Wskazania do przeprowadzenia operacji:**

- skoliozy jednołukowe
- skrzywienia o krótkiej lub średniej długości
- skrzywienia o umiarkowanym stopniu (maksymalnie do 70 stopni)
- w miarę elastyczny kręgosłup

### **Cel zabiegu:**

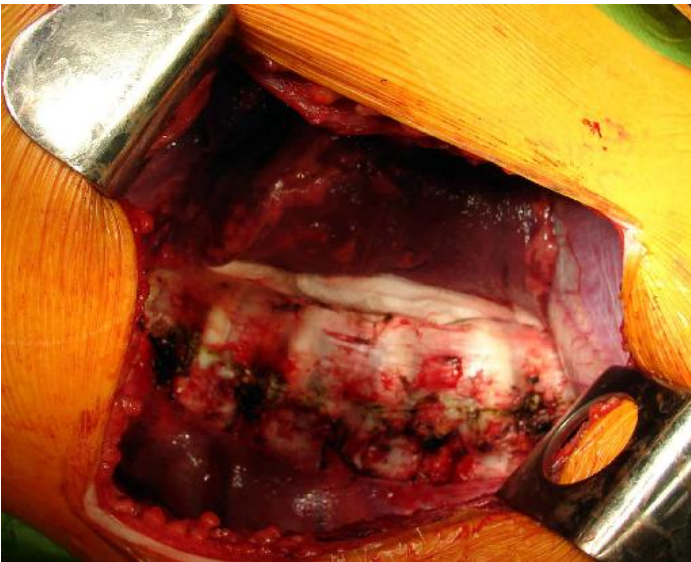
- korekcja skoliozy
- zahamowanie postępu deformacji u dziecka rosnącego
- poprawa sylwetki chorej
- zabezpieczenie przed bólami zwyrodnieniowymi kręgosłupa w wieku wczesnodorosłym

### **Uwagi:**

- zabieg przeprowadzany jest na otwarto (przez torakotomię lub pozaotrzewnowo)
- przy spełnieniu warunków prawidłowej kwalifikacji daje lepsze korekcje skoliozy, deformacji tułowia i wymaga krótszego usztywnienia kręgosłupa w porównaniu z korekcją tylną
- możliwy do przeprowadzenia u dzieci rosnących (od kilku lat życia) bez obawy o powstanie zespołu skręcenia jak w przypadku zbyt wcześnie wykonanej korekcji tylnej. Zespół ten polega na dalszej progresji skrzywienia (głównie narastaniu torsji i rotacji kręgów) u dziecka jeszcze rosnącego po wykonanej wcześniej operacji spondylodezy tylnej
- duże skoliozy (powyżej 80 stopni) nie kwalifikują się do tej operacji ze względu sztywny kręgosłup i małe korekcje operacyjne (brak możliwości derotacji śródoperacyjnej)
- zabieg jest przeciwwskazany w skoliozach dwułukowych (możliwe jest skorygowanie tylko jednego skrzywienia)
- nie przeprowadza się go jeśli kręgosłup jest sztywny, a dyski są wąskie. Również jest przeciwwskazany, gdy niepewna jest kompensacja kręgosłupa po tym zabiegu (konieczna ocena przedoperacyjna na rtg elongacyjnych i ewentualnie na rtg w przechyłach bocznych)

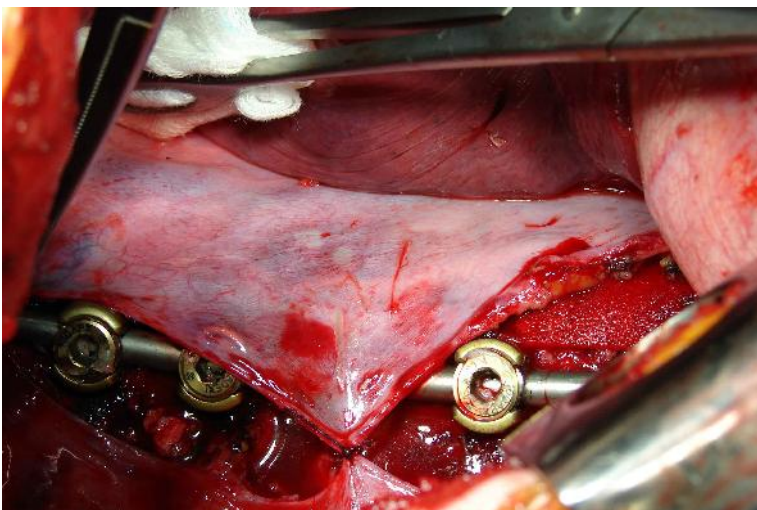
O deformacjach kręgosłupa i innych operacjach czytaj w:





Cięcie wzdłuż międzyżebra  
Odsłonięcie kręgosłupa przez przecięcie  
opłucnej kręgosłupowej  
Dzięki intubacji jednooskrzelowej płuco  
niewentylowane nie wchodzi w pole  
operacyjne.

Stan po resekcji totalnej 5 dysków  
szczytu skoliozy. Dzięki temu  
kręgosłup uzyskuje znakomitą  
elastyczność. Następnie w trzony  
wkręca się śruby. Po założeniu  
odpowiednio dogiętego pręta następuje  
korekcja skrzywienia (derotacja i  
kompresja)



Stan po dokonanej korekcji skoliozy.  
Widoczne instrumentarium  
korygujące. Częściowe pokrycie  
opłucną kręgosłupa i instrumentarium  
(w trakcie naszywania)



Kontrola rtg pooperacyjna:  
skrzywienie piersiowe 3 stopnie,  
kręgosłup skompensowany, kifoza  
piersiowa w normie  
Samoistna korekcja skrzywienia  
wyrównawczego lędźwiowego



Sylwetka po operacji:  
garb żebrowy nieznaczny w porównaniu ze stanem  
przedoperacyjnym, tułów skompensowany, talia  
symetryczna

