

# Osteoporozinis stuburo slankstelių lūžis po širdies operacijos

## Vertebral bone breaks after heart surgery

Kęstutis Šalčius, Gintaras Turkevičius, Vytė Valerija Maneikienė

*Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Širdies chirurgijos centras, Santariškių g. 2, LT-08661 Vilnius  
El. paštas: chirurgai@santa.lt*

*Vilnius University Hospital „Santariškių klinikos“, Centre of Cardiac Surgery Santariškių str. 2, LT-08661 Vilnius,  
Lithuania*

*E-mail: chirurgai@santa.lt*

---

Osteoporozinis stuburo slankstelių lūžis, įvykęs po širdies operacijos, yra kazuistinis atvejis. Aprašome torokalinės stuburo dalies spontaninį lūžimą, kurio padarins – stuburo smegenų pažeidimas 61 metų ligonei po širdies operacijos.

**Pagrindiniai žodžiai:** vožtuvų protezavimas, osteoporozė

---

Osteoporotic vertebral break after heart surgery is a very rare complication. We report a case of 61-year-old woman who was diagnosed with later spontaneous backbone break after heart surgery.

**Key words:** valve replacement, osteoporosis

---

### Įvadas

Osteoporozė yra labai dažna vyresnio amžiaus žmonių liga, tačiau tik nedidelė dalis pomenopauzinio amžiaus moterų ir vyresnio amžiaus žmonių gauna tiesiogiai osteoporozinių lūžių riziką mažinančių gydymą. Kaulų mineralinio tankio matavimas leidžia diagnozuoti ir pradėti gydyti osteoporozę dar prieš atsirandant klinikiniams padariniams (kaulų lūžiams) [1].

Aprašome atvejį, kai slankstelių osteoporozė buvo diagnozuota vėlai. Pooperacinis laikotarpis komplikavosi stuburo smegenų pažeidimo klinika, kuri sukėlė įvairių komplikacijų, ir ligonė mirė.

### Klinikinis atvejis

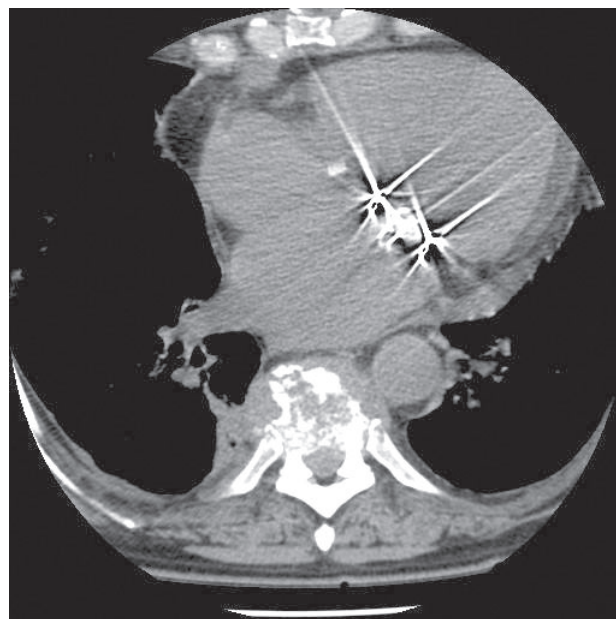
61 metų ligonė prieš širdies operaciją buvo gydoma rajoninėje ligoninėje dėl besikartojančių širdies astmos priepuolių. Buvo nustatyta kombinuota mitralinė yda vyraujant III laipsnio nesandarumui ir II laipsnio triburio vožtuvo nesandarumui. Pagerėjus būklei, ligonė buvo pervežta į Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Širdies chirurgijos centrą operaciniam gydymui. Konstatuota patenkinama būklė, dekomensacijos požymiai buvo atslūgę. Tačiau ligonė skundėsi pastoviais skausmais dešinėje pašonėje. Atlikto rentgenologinio tyrimo metu nustatyta, kad dėl fibrozės ir stazinių pakitimų pagausė-

jęs plaučių piešinys. Rasta sustorėjusi dešinė pleura parakostalinėje srityje, ypač ties VI šonkauliu. Auskultuojant toje zonoje buvo girdima pleuros trintis. Todėl buvo paskirtas gydymas nuo uždegimo. Iš anamnezės sužinota, kad ligonei prieš 1,5 metų sutriko ritmas – išsivystė prieširdžių virpėjimas. Prieš operaciją atliktas širdies ultragarsinis tyrimas, kurio metu patvirtinta kombinuota mitralinė yda, vyraujant III laipsnio nesandarumui ir II laipsnio triburio vožtuvo nesandarumui. KS IF apie 50%, ligonei atliktas širdies zondavimas, kurio metu vainikinių arterijų patologija neaptikta, bet nustatytas ryškus mitralinis nesandarumas. Virškinimo sistemos ir inkstų sonoskopinio tyrimo metu nustatytas stazinis kepenų padidėjimas nesant laisvo skysčio pilvo ertmėje. Bendras biocheminis kraujo tyrimas atitiko normos ribas. Dėl planinio gydymo sumažėjus dekomensaciniais požymiams, ligonei buvo atlikta širdies operacija. Operacijos metu diagnozė pasitvirtino – burinis vožtuvas (BV) buvo fibroziškai pakitęs su nejudriomis sustorėjusiomis burėmis ir pavieniais kalcinozės židiniiais, pereinančiais į žiedą. Vožtuvas išpjautas ir protezuotas 27 numerio *St. Jude* protezu. Atlikta triburio vožtuvo anuloplastika Fraterio būdu. Operacija praėjo be komplikacijų. Po dviejų parų gydymo reanimacijos skyriuje ligonė buvo perkelta į skyrių. Operacinė žaizda sugijo pirminiu būdu, tačiau ligonė pradėjo skūstis smarkėjančiais stuburo skausmais, dėl kurių negalėjo būti fiziškai aktyvi. Dėl skausmų konsultuota neurologo, paskirta atlikti stuburo krūtininės dalies dviejų krypčių rentgenogramas. Jose buvo matyti krūtininės stuburo dalies kifoze, spondiliozė ir susiaurėję VI–VII–VIII tarpslanksteliniai tarpai bei sumažėjęs VIII slankstelio aukštis. Diagnozei patikslinti atlikta stuburo kompiuterinė tomografija (KT). Jos metu aptikta torakalinių VI–VII–VIII slankstelių destrukcija su minkštųjų audinių komponentu, kuris plinta labiau į dešinę, palei užpakalinę krūtinės ląstos sieną be aiškaus masių prasiveržimo į stuburo kanalą. Po kelių parų ligonei staiga išsivystė paraparezė: nevaldė kojų, sutriko dubens organų funkcija. Pakartotinai konsultuota neurologo. Nustatyta, kad įvyko ūmi spontaniinė mielopatija, gili paraparezė. Pakartota stuburo KT. Išvada – torakalinių VI–VII–VIII slankstelių destrukcijos požymiai, ko gero, uždegiminės ar navikinės kilmės. Masių prasiveržimas į stuburo kanalą labiau dešinėje pusėje, nugaros smegenys dislokuotos į kairę, stuburo kanalo 8 mm stenozė VII slankstelio aukštyje (pav.). Konsiliumo metu nuspręsta atlikti pažeistų slankstelių biopsiją ir galvos KT. Atlikus tyrimą navikinio židinio galvos smegenyse nerasta. Esant bendrai nejautrai, kon-

troliuojant KT atlikta biopsija iš dešinės pusės paravertebraliai VI–VII–VIII slankstelių lygyje. Gautame biopato histologiniame tyrime kaulinis ir fibrozinis audiniai buvo normalios struktūros. Po savaitės ligonė būklė staiga pablogėjo pradėjus trikti hemodinamikai. Ligonė perkelta į reanimacijos skyrių. Atlikus širdies echoskopinį tyrimą nustatyta, kad trombuotas MV protezas, kraujotaka per atsidariusią vožtuvo angą labai silpna. Ligonė skubos tvarka operuota. Operacijos metu rastas didelis trombas, beveik visiškai dengiantis MV protezą. Protezas pašalintas ir reprotazuota 25 numerio *St. Jude* protezu. Dėl širdies silpnumo per kylančiąją aortą įvestas kontrapulsacijos balionėlis. Hemodinamiškai stabilizavusis ligonė pervežta į reanimacijos skyrių. Po paros, progresuojant širdies silpnumui, ligonė mirė. Atlikus pomirtinį patomorfologinį tyrimą nustatyta VI–VII–VIII slankstelių osteoporozė, nugaros smegenų kompresijos požymiai ties pažeistais slanksteliais. Pacientės mirties priežastis – progresuojantis širdies veiklos nepakankamumas, MV reumatinės ydos ir jos komplikacijų padariniai.

## Diskusija

Osteoporozės, kaip ligos, svarba vis didėja, nes populiacija sensta. Apskaičiuota, kad 30–50% visų moterų ir 15–20% visų vyrų per savo gyvenimą patirs bent vieną



**Pav.** Stuburo kanalo VII slankstelio stenozė

osteoporozinį lūžį [2]. Stuburo slankstelių lūžiai taip pat gerokai didina mirties tikimybę. Sėkmingesniu atveju slankstelių lūžiai sukelia tokius simptomus: ūmius ar lėtinius nugaros skausmus, stuburo deformacijas. Kaulų mineralinio tankio matavimas leidžia diagnozuoti ir pradėti gydyti osteoporozę dar prieš atsirandant klinikiniam

padariniam, kaulų lūžiams [3]. Kitų literatūros šaltinių duomenimis, nepaisant esamų efektyvių gydymo priemonių, osteoporozė nenustatoma net ir didelės bei didžiausios rizikos (asmens, patyrę lūžių) grupių pacientams [4]. Specifinis pomenopauzinis osteoporozės gydymas sumažina slankstelių lūžių riziką vidutiniškai 50% [4].

## LITERATŪRA

1. Delmas PD. *Curr Opin Rheumatol* 2005; 17(4): 462–466.
2. Kleerekoper M, Villanueva AR, Stanciu J, Rao DS, Parfitt AM. The role of three-dimensional trabecular microstructure in the pathogenesis of vertebral compression fractures. *Calcif Tissue Int.* 1985; 37: 594–597.
3. Eastell R, Barton I, Hannon RA, Chines A, Garnero P, Delmas PD. Relationship of early changes in bone resorption to

the reduction in fracture risk with risedronate. *J Bone Miner Res.* 2003; 18: 1051–1056.

4. Reginster J, Minne HW, Sorensen OH, Hooper M, Roux C, Brandi ML, Lund B, Etgen D, Pack S, Roumagnac I, Eastell R. Randomized trial of the effects of risedronate on vertebral fractures in women with established postmenopausal osteoporosis. Vertebral Efficacy with Risedronate Therapy (VERT) Study Group. *Osteoporos Int.* 2000; 11: 83–91.