

Туйчиева Фатима Гуламжоновна

Старший преподаватель кафедры анатомии
Ташкентский медицинский педиатрический институт

Хусанова Эльмаз Серверовна

Старший преподаватель кафедры анатомии
Ташкентский медицинский педиатрический институт

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ 1-3 ЛЕТ

Аннотация: Ретроспективный анализ течения деформаций позвоночника на фоне множественных аномалий развития и разработка подходов к хирургической коррекции в зависимости от выявленного ведущего порока. Проанализированы результаты лечения 94 пациентов в возрасте от 5 мес. до 33 лет с врожденными деформациями позвоночника на фоне множественных пороков развития позвонков.

Ключевые слова: врожденный сколиоз, кифоз, ведущий порок, множественные пороки позвонков.

ВВЕДЕНИЕ

Хирургия аномалий позвоночного столба – одна из наиболее сложных и активно развивающихся областей вертебрологии. Следует отметить и тенденцию увеличения ревизионных вмешательств после неэффективных предшествующих операций по поводу врожденных деформаций позвоночника. Это подкреплено стабильной статистикой выявляемости вертебральных пороков в общей структуре врожденных аномалий развития (от 17 до 32 %), низким качеством пренатального контроля, отсутствием теоретической и практической подготовки отечественных ортопедов в вопросах детской вертебрологии и отсутствием централизации потоков пациентов с пороками позвоночника в федеральные центры, которые исторически, клинически и научно зарекомендовали себя как ведущие в хирургии врожденных деформаций [1, 4].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 94 пациентов (91 ребенка и 3 взрослых) в возрасте от 5 мес. до 33 лет с врожденными деформациями позвоночника на фоне множественных пороков позвонков. Оперирован 81 пациент, послеоперационный период наблюдения – от 6 мес. до 5 лет. У 26 (22 %) пациентов множественные пороки позвоночника сочетались с дизрафией позвоночного канала, которая у 19 представлена вариантами диастематомии, у 7 – миеломенингоцеле. У одного ребенка диастематомия I типа сочеталась с миеломенингоградикулоцеле на уровне Th11–L2. У 10 детей выполнили только нейрохирургический объем вмешательства (удаление перегородки позвоночного канала, ревизию и пластику дурального мешка), без коррекции деформации позвоночника, поэтому эта группа пациентов исключена из статистики оперированных больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Вертебральный синдром в I группе характеризовался сколиотическими или кифосколиотическими деформациями на фоне множественных пороков формирования и (или) слияния. Сколиоз или кифосколиоз был многоапикального типа (рис. 1). Величина

деформации варьировала от 22 до 45° по сколиотическому компоненту и от 10 до 42° по кифотическому. В этой группе выполняли этапные гемивертебрэктомию, спондилэктомию или вертебротомию. Коррекция сколиотической деформации находилась в пределах 42–100 %, кифотической – 37–100 %, коррекция сколиоза в среднем 74 %, кифоза – 87 %.



Рис. 1 КТ и рентгеноспондилограммы ребенка 1 года 10 мес., с врожденным кифосколиозом среднетяжелой степени на фоне альтернирующих полупозвонков – комплектного бокового полупозвонка Th7 (справа) и сверхкомплектного заднебокового полупозвонка L4 (слева): а – КТ в режиме 3D до операции; б – рентгенограммы поясничного отдела позвоночника в двух проекциях после первой операции: экстирпация сверхкомплектного заднебокового несегментированного полупозвонка L4 (S), коррекция и задняя инструментальная фиксация; задний спондилодез (стрелка); в – рентгенограммы после второго этапа вмешательства через 6 мес.

Во II группе ведущий порок представлен двумя или более компактно расположенными аномалиями (нарушение формирования, слияния позвонков или варианта блокирования через сегмент) у детей среднего и старшего возраста, когда имеется возможность радикального решения ортопедической проблемы за одну хирургическую сессию с использованием техники дорсальной вертебротомии [2, 3].

Величина деформации варьировала в пределах 17–122° по сколиотическому компоненту, 27–106° – по кифотическому и 91–112° – по лордотическому, причем в 71 % случаев преобладали деформации более 70°. Пациентам выполняли уравнивающий спондилодез (5 детей) или одномоментные многоуровневые вмешательства с коррекцией и задней инструментальной фиксацией CDI (7 детей и 3 взрослых). В 9 случаях дорсальную коррекцию дополнили вариантами вертебротомии. Пределы коррекции сколиотической деформации варьировали от 12 до 100 %, кифотической – от 17 до 103 %, лордотической – от 17 до 33 %; коррекция в среднем – 54, 66 и 27 % соответственно.

В III группе вертебральный синдром характеризовался кифосколиотическими деформациями на фоне множественных активных пороков формирования и сегментации позвонков, разбросанных на протяжении двух и более отделов позвоночника. При этом имелось несколько активных зон асимметричного роста сегментов позвоночника у детей младшего возраста с нередко нестабильным соматическим (8 детей) и (или) неврологическим статусом в сочетании с грубой миелодисплазией у 12 детей и 2 взрослых. Наиболее ярким является пример патологии позвоночника у ребенка с полной VACTERL-ассоциацией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Показания к оперативному лечению деформаций на фоне множественных пороков позвоночника носят жизненный характер.
2. Хирургическое лечение данной группы пациентов может быть реализовано только при возможности многопрофильного обследования и мониторинга.
3. Для решения вопроса об объеме оперативного вмешательства необходимо выделение типа ведущего порока.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Губин А.В., Ульрих Э.В., Рябых С.О.** Перспективы оказания помощи детям младшего и ювенильного возраста с хирургической патологией позвоночника // Гений ортопедии. 2011. № 2. С. 123–127.
2. **Рябых С.О.** Деформации позвоночника и грудной клетки при нарушениях сегментации у детей младшего возраста: Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2009.
3. **Савин Д.М.** Возможности оперативного лечения кифозов III типа методом «Pedicel subtraction osteotomy» // Гений ортопедии. 2013. № 1. С. 120–123.
4. **Ульрих Э.В.** Применение инструментария VERTR при деформации позвоночника у детей младшего возраста, обусловленной нарушением сегментации // Гений ортопедии. 2012. № 3. С. 34–38.