

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Шавга Н.Н., Шавга Н.Г.

Кафедра детской хирургии, ортопедии и анестезиологии Кишинёвского Государственного Медицинского Университета им. «Николая Тестемицану», г. Кишинёв, Молдова.

Цель работы. Повышение эффективности лечения травматических деформаций грудного и поясничного отдела позвоночника у детей путем разработки дифференцированной хирургической тактики.

Материал и методы. Работа основана на оценке анализа данных, полученных при клинико-anamnestическом, параклиническом обследовании в пред- и пост-операционный период 29 пациентов, в возрасте от 3 до 17 лет, с травматическими повреждениями в остром периоде находящихся в Клинике Научно-практического Центра Детской Хирургии «Н.Георгиу» в период с 2007 по 2012 г. Тип перелома оценивался по классификации Denis (1983) и АО/ASIF (Gertzbein S.D., 1994), степень неврологических нарушений по модифицированной для детского возраста шкале Frankel (1969), тазовые функции согласно JOA. Все больные оперированы в сроки от нескольких часов до 5 недель от момента травмы. Повреждения позвоночника на одном уровне отмечалось у 21 (72,4%) пациента, на двух и более - у 8 (27,6%). У 9 (31%) пациентов имело место сочетание повреждения позвоночника и спинного мозга из которых у 2 пациентов - повреждение типа АIII, у 2 - типа VI, и у 5 - СIII. Глубина неврологических нарушений по Frankel: А - 5 (55,6%), В - 2 (22,2%), С - 1 (11,1%), D - 1 (11,1%). Нарушения функции тазовых органов согласно JOA: 1 – у 5 пациентов (55,6%) пациентов, 2 – у 2-х (22,2%) и 3 – у 2-х (22,2%). Показаниями к оперативному лечению являлись: нестабильность позвоночника (по F.Denis), при которых имеется повреждение двух и более колон; согласно классификации АО/ASIF(Gertzbein S.D., 1994): АII-АIII (взрывные переломы) – 14 (48,3%), VI (сгибательно-дистракционные по типу "ремней безопасности" ("seifti-belt")) – 4 (13,8%), СII-III (переломо-вывихи) – 5 (17,2%) пациентов, АI (компрессионные переломы со снижением высоты переднего отдела тела позвонка более чем на 5 mm (>5), снижением высоты среднего отдела более чем на 3 mm) – 6 (20,7%) пациентов. Пациентам с осложненной спинномозговой травмой, с момента госпитализации, проводили терапию согласно протоколу NASCIS-I.

Результаты и их обсуждение. Выполнялись репозиционно-стабилизирующие вмешательства (при seifti-belt повреждении сочетающиеся с частичной резекцией дугоотростчатых суставов для лучшей адаптации задних костных структур при репозиции), у больных с осложнёнными травмами декомпрессирующие и репозиционностабилизирующие вмешательства в сочетании с задним и и/или заднебоковым аутоспондилодезом. Локальная деформация (кифоз, снижение высоты тела) была частично или полностью устранена. В 8 случаях осложненной травмы произошел регресс неврологической симптоматики, до 1-2 степени по Frankel. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 года до 5 лет. Анкетирование и осмотр в поликлинике, проведены у 28 больных. 20 пациентов вернулись к учебе. Конструкции удалены у 2 больных в отдаленном (3 года) периоде (1 поломка стержня, 1 - шурупа). Наблюдалась частичная потеря достигнутой коррекции кифоза (до 20%), в случаях «короткой» фиксации 2-х позвоночных двигательных сегментов у 2 пациентов.

Выводы:

1.) В свежих случаях осложнённой спинномозговой травмы со средней степенью неврологической симптоматики (D по Frankel) эффективна закрытая, непрямая декомпрессия, при тяжелой неврологической симптоматике (А, В, С) необходимо проводить открытую декомпрессию и ревизию содержимого дурального мешка.

2.) Раннее вмешательство приводит к купированию болевого синдрома, восстановлению формы позвонка, устранению деформации позвоночника и стабилизации повреждённого сегмента, используя только задний доступ.

Summary. In Clinic of vertebrology, orthopedics and traumatology of the Scientificallypractical Center of Children's Surgery of "N.Georgiu" 29 patients with spine deformations after traumatic injuries in the acute stage have been pre- and postoperatively examined with a follow-up of 1 to 5 years.