

Болевой синдром у детей при травме шейного отдела позвоночника**Кеворков Г.А.**

Институт нейрохирургии» и.м. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
044 4820736
kevorkov_doc@ukr.net

Спинальный травма у детей имеет значительные отличия от травмы у взрослых по клиническим и анатомо-морфологическим проявлениям. В литературе вопросы клиники СМТ у детей освещены недостаточно. Одним из проблемных вопросов является болевой синдром. Выяснение его особенностей, характеристик, типов, степени выраженности у детей разного возраста является одной из целей наших исследований. Для оценки болевого синдрома применялся стандартизированный подход, модифицированный нами с учетом возрастных групп детей (дети младшего детского возраста, дошкольного, младшего и среднего школьного возраста). Боль оценивалась по факторам усиления/облегчения боли, по локализации, иррадиации, по местной болезненности и длительности. Травмирующее воздействие на шейный отдел позвоночника, вызывающее деструктивные изменения, проявляется, в первую очередь, болевым синдромом вследствие раздражения ноцицептивных волокон. У детей вследствие высокой подвижности позвонков по отношению друг к другу (анатомо-физиологические особенности) возникает перерастяжение связок, натяжение твердой мозговой оболочки в зоне выхода корешков спинного мозга, повреждение сосудов и мышц шеи, приводящее к кровоизлияниям, отеку, что в конечном итоге является пусковым механизмом болевого синдрома. Ощущение боли у детей могут быть достаточно разнообразными, и по длительности, и по проявлениям. Это могут быть боли как умеренные, так и достаточно сильные, не дающие возможности спать или выполнять даже минимальные движения в шейно-плечевом отделе. Отмечается проксимальная и дистальная иррадиация боли. Болевой синдром наиболее интенсивно проявляется в остром и раннем посттравматическом периоде. Уменьшение боли наблюдалось при фиксации шейного отдела, вытяжении, устранении вывиха и подвывиха позвоночника. Длительность болевого синдрома зависела от степени тяжести травмы, особенностей травматических повреждений (переломы, вывихи, кровоизлияния). При анализе болевого синдрома в возрастном аспекте отмечено, что наибольшая выраженность и продолжительность его наблюдается у детей старше 10 лет. Боли становятся постоянными при нестабильности позвоночника, что приводит к расстройствам психо-эмоциональной сферы, астенизации.

Клиническая оценка боли при спинномозговой травме шейного отдела позвоночника у детей в остром периоде**Кеворков Г.А.**

Институт нейрохирургии» и.м. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
044 4820736,
kevorkov_doc@ukr.net

Цель. Основным симптомом травматического повреждения шейного отдела позвоночника у детей является болевой синдром. Целью работы является изучение особенностей болевого синдрома и клинических проявлений травматических повреждений шейного отдела позвоночника и спинного мозга у детей.

Материалы и методы. Проанализированы данные 64 детей в возрасте от 3 до 17 лет с повреждениями шейного отдела позвоночника с выраженным болевым синдромом. У детей до 5 лет болевой синдром можно определить только косвенно: по ограничению объема движений (при демонстрации привлекающих внимание предметов), мимической реакции, плачу и отказу от обследования. Детям более старшего возраста можно провести практически полное физикальное обследование.

Результаты и их обсуждение. У детей старше 5 лет выделены типы болевых синдромов: центральный, корешковый, локальный, смешанный. Центральный тип боли (5,2% больных) возникает вследствие повреждения (или раздражения) афферентных путей спинного мозга. Корешковый тип боли (45,6% больных) проявляется иррадиацией боли соответственно топографии спинномозговых корешков. В зоне их иннервации отмечается гипестезия или гиперпатия. Боли часто имеют стреляющий характер. Локальный болевой синдром (49,2% больных) развивается в области повреждения позвоночника, связочного аппарата, твердой мозговой оболочки. Локализация боли соответствует очагу повреждения, часто боль распространяется в затылочную и плече-лопаточную области. При смешанном типе болевого синдрома наиболее часто встречается сочетание корешкового и локального типов (32% больных). Центральный неукротимый болевой синдром встречался у детей в единичных случаях, как правило, при компрессионных переломах тела и заднебоковых структур позвонков. В других случаях выраженность болевого синдрома носила умеренный характер, уменьшалась при медикаментозной терапии. При компрессии спинного мозга проводится хирургическое лечение (26,6% больных), в послеоперационном периоде болевой синдром регрессировал. При отсутствии компрессии спинного мозга основным методом лечения является устранение вывихов, подвывихов, вытяжение и фиксация шейного отдела для ограничения его подвижности, медикаментозная терапия.

Выводы. При спинномозговой травме у детей оценка болевого синдрома клинически возможна только у детей старших возрастных групп. У детей в возрасте до 5—7 лет болевой синдром оценивается по косвенным признакам. Клинические проявления болевого синдрома, несмотря на тяжесть травматических повреждений, отмечаются, как правило, в течение 3—7 дней с постепенным регрессом. Следует отметить, что в ряде случаев умеренная выраженность болевого синдрома не дает достаточных оснований для всестороннего первичного обследования пострадавших.