

С.В. Виссарионов ¹, А.М. Ефремов ², Д.Н. Кокушин ¹

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ВЕРХНЕГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

¹ Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера (Санкт-Петербург)

² Детская краевая клиническая больница (Краснодар)

Цель исследования: оценить результаты лечения детей дошкольного возраста с врожденными нарушениями формирования позвонков в верхнегрудном отделе позвоночника из дорсального доступа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнена эксцизия полупозвонков в грудном отделе позвоночника (Th₂ – Th₄) у 18 детей в возрасте от 3 до 7 лет. У 7 пациентов имели место боковые полупозвонки, у 11 больных — заднебоковые, формирующие соответственно сколиотическую и кифосколиотическую деформацию. Все дети имели изолированный порок развития позвоночника.

Угол сколиотической деформации позвоночника находился в пределах от 22 до 42°, кифотической — от 32 до 58°.

Весь объем оперативного вмешательства выполняли одномоментно только из дорсального доступа. Первоначально удаляли полудугу порочного позвонка, затем выполняли резекцию реберно-поперечного сочленения, удаляли тело аномального позвонка с прилегающими выше- и нижележащими дисками. Устанавливали многоопорную металлоконструкцию с разнонаправленным воздействием, направленную на радикальную коррекцию врожденной деформации, завершали операцию формированием корпородеза и заднего локального спондилодеза. После формирования костного блока в зоне операции (в среднем 1,5 – 2 года) спинальный имплантат удаляли.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Больные обследованы в сроки от 6 месяцев до 4 лет после операции. Рентгенологически изучали степень коррекции деформации позвоночника, сроки формирования костного блока, рост фиксированного позвоночно-двигательного сегмента и изменение физиологических изгибов. Деформация позвоночника во всех наблюдениях была значительно уменьшена. После экстирпации аномального полупозвонка коррекция врожденной деформации во фронтальной плоскости составила от 0 до 4°, деформация в сагиттальной проекции от 10 до 24°. В зоне вмешательства формировался передний и задний костный блок, включающий спондилодезированные позвонки, расположенные выше и ниже экстирпированного полупозвонка. Сформированная новая костная структурная единица имела самостоятельный рост. В результате операции были сформированы физиологические изгибы в зоне вмешательства, которые способствовали дальнейшему правильному росту и развитию позвоночника в целом. Хирургическое вмешательство из дорсального доступа уменьшало время операции в 2 раза по сравнению с традиционным трехэтапным лечением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Таким образом, выполненное хирургическое лечение врожденных нарушений формирования позвонков в верхнегрудном отделе только из дорсального доступа сокращает время операции, сроки восстановительного лечения, интраоперационную кровопотерю и избавляет пациента от грубой деформации, способствуя правильному развитию позвоночника в целом.

В.П. Волошин, А.В. Еремин, В.С. Зубиков, О.В. Москалец, С.А. Ошкуров

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ПРИ ГЛУБОКОЙ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского (Москва)

Цель данной работы: улучшение результатов лечения больных с инфицированием крупных суставов после тотального замещения.