

С.В. Виссарионов ¹, А.М. Ефремов ²

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗВОНКОВ

¹ Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера (Санкт-Петербург) ² Детская краевая клиническая больница (Краснодар)

Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов с врожденными пороками развития позвоночника на фоне полупозвонков и клиновидных позвонков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У 98 пациентов в возрасте от 1 г. 3 мес. до 9 лет выполнена экзцизия полупозвонков и боковых клиновидных позвонков в грудном, грудопоясничном и поясничном отделах позвоночника (Th₃ – L₄). У 32 больных были боковые полупозвонки, у 50 детей – заднебоковые, у 16 – клиновидные позвонки. 37 пациентов имели изолированные аномалии развития позвоночника, у остальных 61 отмечались множественные и комбинированные пороки. Угол сколиотической деформации позвоночника находился в пределах от 12 до 52° (в среднем – 32,2°), кифотической – от 18 до 46° (в среднем – 28,5°).

При локализации порока в грудном отделе позвоночника Th₃ – Th₆ хирургическое вмешательство осуществляли из дорсального доступа. Выполняли удаление полудуги, тела полупозвонка с прилегающими межпозвонковыми дисками. Осуществляли коррекцию деформации металлоконструкцией в сочетании с корпородезом и задним локальным спондилодезом. У пациентов с полупозвонками и клиновидными позвонками Th₇ – L₄ оперативное лечение выполняли одномоментно в три этапа. Первый – экстирпация тела аномального позвонка из переднебокового доступа, второй – удаление полудуги или дуги порочного позвонка, постановка контрактора со стороны аномального полупозвонка или многоопорной конструкции с обеих сторон относительно линии остистых отростков с коррекцией деформации и костно-пластической фиксацией из дорсального доступа, третий этап – корпородез из переднебокового доступа между интактными телами позвонков в откорригированной позиции позвоночно-двигательного сегмента. У пациентов с задними клиновидными позвонками Th₁₁ – L₃ из заднего доступа выполняли удаление аномального позвонка, укорачивающую клиновидную вертебротомию в зоне деформации с прилегающими дисками и транспозицией спинного мозга. После этого устанавливали опорные элементы корригирующей металлоконструкции, сопровождая процедуру коррекцией деформации. Одномоментно устанавливали *pyramesh* для реконструкции передней и средней колонн позвоночника в сочетании с костной пластикой и формирования корпородеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После экстирпации аномального позвонка коррекция деформации во фронтальной плоскости составила от 0 до 24° (среднее – 10°), коррекция деформации в сагиттальной проекции от 2 до 34° (среднее – 12,5°).

Больные обследованы в сроки от 6 месяцев до 8 лет после операции. При отдаленном обследовании сколиотическая дуга составила от 0 до 30° (среднее – 12°), кифотическая от 2 до 40° (среднее – 13,5°). В зоне вмешательства формировался костный блок, включающий спондилодезированные позвонки. В результате операции были сформированы физиологические изгибы в зоне вмешательства, которые способствовали дальнейшему правильному росту и развитию позвоночника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

У пациентов с врожденными пороками развития позвоночника на фоне нарушения формирования позвонков и прогрессирования деформации показано оперативное лечение, направленное на удаление тела аномального позвонка и полную коррекцию врожденной деформации. Радикальное хирургическое лечение врожденных пороков развития позвоночника исправляет имеющееся искривление, избавляет пациента от грубой деформации в процессе роста и способствует правильному развитию позвоночника.