

П.В. Селиверстов, С.С. Кувин

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИ-ДИСТРОФИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Иркутская государственная областная детская клиническая больница, г. Иркутск

Резюме

Последовательное развитие ряда ортопедических заболеваний тазового пояса, включая пояснично-крестцовый отдел, отмеченное при длительном наблюдении и лечении более 2000 пациентов в возрасте от 1 года до 16 лет с проявлениями диспластически-дистрофического синдрома, позволило авторам изложить особенности диагностики спондилолистезов у детей, описать опыт консервативного и хирургического лечения.

Ключевые слова: спондилолистез, дети, диспластически-дистрофический синдром, морфология, лечение.

P.V. Selivyorstov, S.S. Kuvin

SOME ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SPONDYLOLISTHESIS IN CHILDREN WITH DYSPLASTIC-DYSTROPHIC SYNDROME

Irkutsk state regional clinical children hospital, Irkutsk

Summary

Long-term observation and treatment of more than 2000 patients aged from 1 to 16 years with manifestations of dysplastic-dystrophic syndrome and registered consecutive development of some orthopedic disorders allowed the authors to report presents peculiarities of diagnostics of spondylolisthesis in children and to describe the experience of conservative and surgical treatment.

Key words: spondylolisthesis, children, dysplastic-dystrophic syndrome, morphology, treatment.

Широкое распространение (до 64% к числу детской популяции Российской Федерации) и многообразие сочетанных проявлений ортопедической патологии у детей и подростков при диспластически-дистрофическом синдроме (ДДС) с определенной возрастной последовательностью вызвали необходимость анализа патогенетической обусловленности их развития [1, 3, 6].

При ДДС отмечается последовательное развитие ряда ортопедических заболеваний, которые в клинической практике считаются самостоятельными нозологическими единицами. Появление этих состояний связано с возрастными особенностями формирования скелета и увеличением опорной нагрузки на ее составляющие в области тазового пояса и позвоночника [2, 7, 9].

Большинство клиницистов считают, что деформирующие спондилезы, коксартрозы — это заболевания, на которые обречены люди среднего и старшего возраста, их невозможно радикально излечить, а тем более предотвратить [4, 5, 8]. Значительные усилия и средства тратятся на сложные хирургические вмешательства. Наши наблюдения позволили проследить начальные этапы диспластически-дистрофических состояний тазового пояса, которые зарождаются в детстве, постепенно развиваясь в процессе созревания опорно-двигательной системы и увеличения нагрузки на нее, а в полной мере проявляются во взрослом состоянии.

Материалы и методы

За 10-летний период было осмотрено и пролечено более 2000 детей с проявлениями диспластически-дистрофического синдрома в возрасте от 1 года до 16 лет. Среди больных отмечалось незначительное преобладание лиц мужского пола (52,2%). При этом отчетливо прослеживалась тенденция к подъему заболеваемости в возрастном промежутке 7-10 лет. Этот пик (27,5%) был связан с обращаемостью больных в период первых физических и эмоциональных перегрузок в школе. Клинический стандарт обследования включал в себя осмотр, стандартную рентгенографию, трехфазную остеосцинтиграфию, рентгеновскую компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, лабораторные методы исследования. Также было проведено гистологическое исследование 186 образцов операционного материала. Забор операционного материала для гистологического исследования производился из тел позвонков, которые были подвержены переднему спондилодезу, посредством авторского устройства для забора костной ткани.

Результаты и обсуждение

На начальных этапах изучения патологии было отмечено многообразие форм проявления ортопедической

патологии. С накоплением материала стала прослеживаться закономерность, связанная с возрастными особенностями формирования скелета и со статической нагрузкой.

Клинически ДДС характеризовался последовательными проявлениями ортопедической патологии. Многоплоскостная асимметрия таза диагностировалась с момента рождения, характеризовалась разнонаправленной ориентацией суставных впадин тазобедренных суставов в пространстве, располагающихся на разных уровнях и ориентированных в разных плоскостях. Клиника ее была идентична дисплазии или одностороннему врожденному вывиху бедра.

При осмотре была характерна асимметрия половой щели, основных кожных складок, ограничение отведения бедра на одной стороне. Определялась асимметрия расстояний от пупка до передней верхней ости справа и слева, различная форма ягодич, односторонний симптом «вожжей», разница в относительных длинах конечностей.

На обзорных рентгенограммах таза, выполненных в прямой проекции лежа с захватом поясничного отдела позвоночника, на фоне асимметрии таза различных степеней, в 42,2% случаев определялось незаращение дужек позвонков в пояснично-крестцовом отделе у детей в возрасте 7-15 лет. Была характерна различная ориентация дужек в пространстве. Дужки позвонков были достаточной величины, но соединение их было невозможно, так как на стороне сагиттальной ориентации подвздошной кости поперечник дужки в основном был ориентирован кпереди с наличием круглого его сечения, а с противоположной фронтально ориентированной стороны дужка была направлена кзади.

На боковой рентгенограмме поясничного отдела позвоночника определялся сдвиг по задним контурам тел позвонков на величины, превышающие возрастную норму (0-2 мм), — спондилолистез. Локализация вывиха чаще находилась на уровне L5-S1 — визуализировалась у 66,9% пациентов. Однако имело место и «лестничное» смещение: на протяжении двух и более уровней у 10,8% больных; на протяжении всего поясничного отдела такая картина отмечалась в 3,0% случаев. На рентгеновских компьютерных томограммах дополнительно определялись следующие признаки: снижение высоты диска в результате уменьшения его плотности, неоднородной структуры, появление вакуум-феномена в 44,6% случаев; уплотнение замыкательных пластин, неровность их контуров в 67,5% томограмм; склероз субхондрального слоя тела, распространенность на губчатую ткань позвонка в 39,2% случаев; грыжи Шморля и грыжи Поммера в 50,6 и 19,3% наблюдений соответственно.

В 113 случаях (68,1%) наблюдались признаки грыжи МПД в виде высокоплотных образований (70-111НУ), выходящих за пределы замыкающих пластин. В 46 наблюдениях (27,7%) визуализировался «масс-эффект» в виде дислокации корешков нервов и сдавления дурального мешка. В 17 наблюдениях (10,2%) определялись костные разрастания в телах позвонков, в 8 (4,8%) — остеофиты связок. Признаки спондилоартроза в сегменте L4-L5 наблюдались в 7 случаях (4,2%).

На МРТ кроме смещения задних отделов тел позвонков в поясничном отделе позвоночника (80,7% наблюдений) определялись грыжи дисков в 68,1% случаев на различных уровнях.

В операционном материале гистологически определялась костная ткань с зоной покоящегося хряща и слабо выраженной зоной пролиферирующего хряща. В зоне энхондрального окостенения и кальцификации хряща, относительно мало вакуолизированных гибнущих хондроцитов, было нарушено характерное столбчатое расположение клеток. При проведении морфологических исследований костной ткани были выявлены: дистрофические изменения костной ткани, дисбаланс функционирования зон роста, наличие кальцинированного хряща в костных балках, что характеризует незрелость костной ткани у исследуемой группы детей.

Лечение спондилолистеза у пациентов начинали на устройстве, обеспечивающем дозированное вытяжение поясничного отдела позвоночника в функциональном положении, одновременно осуществляя разгрузку тазобедренного комплекса и его консерва-

тивную реабилитацию (лечебная физкультура (ЛФК), массаж, физиолечение). При наличии положительной динамики (регрессия болевого синдрома, восстановление нормального взаимоотношения тел позвонков на рентгенограмме), под контролем лучевой диагностики пациент переводился в жесткий корсет с фиксацией груднопоясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. В течение 9-12 мес. — с переходом на мягкий корсет, который отменялся через 1-1,5 г. от начала лечения. Пациентам назначался специализированный комплекс ЛФК, направленный на формирование мышечного корсета.

При сохраняющемся болевом синдроме, отсутствии рентгенологической динамики осуществлялось хирургическое лечение спондилолистеза. Выполнялся передний межтеловой спондилодез аутокостью.

При сочетании поражения груднопоясничного и пояснично-крестцового отдела позвоночника с дистрофическим поражением проксимальных отделов бедер (болезнь Легга-Кальве-Пертеса), требующим оперативной коррекции, применение устройства, обеспечивающего дозированное вытяжение поясничного отдела позвоночника в функциональном положении, позволяло проводить туннелизацию проксимального отдела бедра с замещением дефекта активированной аутоспонгиозой без иммобилизации внешними фиксаторами. При нарушении центрации головки бедренной кости в вертлужной впадине применялись различные варианты корригирующих остеотомий.

Выводы

1. Проявление ДДС обусловлено системным поражением зон роста всех костей скелета на стадиях формирования, созревания и роста костной ткани.

2. Опыт комплексного обследования и лечения детей с проявлениями диспластически-дистрофического синдрома доказал необходимость своевременной диагностики и комплексного консервативного лечения спондилолистеза с последующей реабилитацией всех заинтересованных сегментов опорно-двигательной системы.

Л и т е р а т у р а

1. Абальмасова Е.А. Клинико-лабораторные исследования у детей с остеохондропатией тазобедренного сустава и позвоночника // Повреждения и заболевания костей и суставов: сб. науч. тр. к 60-летию ЦИТО. - М., 1984. - С. 162-167.

2. Ветрилэ С.Т. К вопросу о хирургическом лечении люмбалгий у пациентов подросткового возраста // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: мат-лы науч.-практ. конф. детских травматологов-ортопедов России. - СПб., 2004. - С. 138-139.

3. Германова Т.В. Диспластические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника у детей с ортопедической патологией нижних конечностей // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: мат-лы науч.-практ. конф. детских травматологов-ортопедов России. - СПб., 2004. - С. 52-54.

4. Исаджанян А.Д. Коррекция перекосов таза при аномалиях пояснично-крестцового отдела позвоночника // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии

дии: сб. тез. конф. детских травматологов-ортопедов России. - М., 2001. - С. 253-255.

5. Лагунова И.Г. Клинико-рентгенологическая диагностика дисплазии скелета. - М.: Медицина, 1989. - 255 с.

6. Мальченко О.А. Возможности консервативного лечения спондилолизного спондилолистеза у детей // Оптимальные технологии диагностики и лечения в детской травматологии и ортопедии, ошибки и осложнения: мат-лы симп. детских травматологов-ортопедов России. - СПб., 2003. - С. 212-213.

7. Cotrel Y. C-D instrumentation in spine surgery. Principles, techniques, mistakes and traps // Sauramps Medical, 11 Boulevard Henry IV - 34 000. - Montpellier. - 1992. - 159 p.

8. Sanders W.B., Tachdgian M.O. Pediatric orthopedics. - Philadelphia, London, 1990. - P. 549-553.

9. Shiowilz S. Evaluation of the pelvis and sacrum, in am osteopathic Approach to diagnoses and treatment. - 1991. - P. 204-206.

Координаты для связи с авторами: Селиверстов П.В.
e-mail: pav@igodkb.ru



УДК 616.367 - 089

**Н.В. Ташкинов¹, Е.В. Николаев¹, Н.И. Бояринцев¹, А.Д. Андриенко²,
А.В. Сучков², А.А. Штука², В.Е. Бак²**

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Дальневосточный государственный медицинский университет¹;
Городская клиническая больница №11², г. Хабаровск*

Частота летальных исходов при хирургическом лечении острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, у больных пожилого и старческого возраста составляет от 30 до 43% [2, 4, 7, 13]. Внедренная в клиническую практику в 1974 г. эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) в последующие годы практически полностью вытеснила открытую хирургию в лечении холедохолитиаза у больных геронтологической группы, а лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время стала операцией выбора в лечении острого калькулезного холецистита, особенно у больных пожилого и старческого возраста [5, 8, 9, 12].

В то же время, по мере накопления опыта стали выявляться и недостатки распространенного в настоящее время двухэтапного (ЭПСТ + ЛХЭ) лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом. Было установлено, что экстракция конкрементов и контактные методы литотрипсии при ЭПСТ были неэффективны в 10-30% случаев, и это заставляло в дальнейшем отказываться от проведения ЛХЭ в пользу «открытой» холецистэктомии и холедохолитотомии [6, 11].

Стремление к расширению возможностей эндохирургического лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, привело к внедрению в практику таких вмешательств, как лапароскопическая холедохолитотомия, лапароскопическая интраоперационная антеградная папиллосфинктеротомия, лапароскопическая

холедоходуоденостомия, лапароскопическая трансдуоденальная папиллосфинктеротомия и т.д. [1, 3, 10, 14, 15].

Материалы и методы

Исследование основано на анализе результатов лечения 157 больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, перенесших хирургические и эндохирургические вмешательства за период с января 1998 по июнь 2008 г. Все больные были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 59 больных, оперированных с января 1998 по декабрь 2002 г. В этот период времени основным методом лечения холедохолитиаза была эндоскопическая папиллосфинктеротомия, которую стремились выполнять до удаления желчного пузыря. При невозможности или неудачных попытках устранения холедохолитиаза с помощью ЭПСТ больным выполнялась «открытая» холедохолитотомия или «открытый» билиодигестивный анастомоз. Основным методом лечения острого калькулезного холецистита была лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), которая выполнялась через 1-2 дн. после устранения холедохолитиаза с помощью ЭПСТ. При невозможности или неудачных попытках проведения ЛХЭ выполнялась «открытая» холецистэктомия.

В основную группу вошли 98 больных, оперированных с января 2003 по июнь 2008 г. В этой группе больных тактика лечения заключалась в первоначальном выполнении