

большинстве (27 случаев) стабилизация пояснично-крестцовых сегментов нами не использовалась. Распространение опухолевого процесса на уровне S2-S5 предполагает возможность выполнения радикального оперативного вмешательства. Удаление опухоли из переднего доступа выполнено 2 пациентам. В одном случае больная оперирована в два этапа с применением металлоостеосинтеза титановым фиксатором «Медбиотех». Мы считаем, что при фиксации пояснично-крестцового отдела позвоночника необходимо проводить винты в боковые массы крестца для возможности резекции тел S1 – S2 позвонков.

#### ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

А.Г. Баиндурашвили<sup>1,2</sup>, С.В. Виссарионов<sup>1,2</sup>,  
А.Ю. Мушкин<sup>2,3</sup>, А.П. Дроздецкий<sup>1</sup>, С.М. Белянчиков<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>ФГУ «Научно-исследовательский детский  
ортопедический институт им. Г.И. Турнера  
Росмедтехнологий»;

<sup>2</sup>ГОУ ДПО «Медицинская академия последипломного  
образования Росздрава»;

<sup>3</sup>ФГУ «Научно-исследовательский институт  
фтизиопульмонологии Росмедтехнологий»  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель** – определить тактику оперативного лечения детей с нестабильными неосложненными переломами грудных и поясничных позвонков и оценить ее эффективность.

За последние 7 лет прооперированы 86 пациентов в возрасте от 3 до 17 лет с острыми повреждениями позвоночника и их последствиями: в первые часы и дни от момента травмы – 67, в сроки от 2 до 12 месяцев – 19. У 81 больного имелись взрывные переломы позвонков, по поводу seat-belt повреждений оперированы 5 детей. Повреждения позвонков на одном уровне отмечались у 72 больных, двух и более – у 14. В 11 наблюдениях повреждения грудных позвонков, в 75 – поясничных. Период наблюдения за больными составил от 6 мес до 7 лет.

При сроках от нескольких часов до 10-15 дней от момента травмы у больных с взрывными переломами тел выполняли заднюю непрямую инструментальную репозицию и стабилизацию позвоночника. При seat-belt повреждениях из дорсального доступа выполняли бисегментарную фиксацию поврежденного сегмента позвоночника с частичной резекцией дугоотростчатых суставов для лучшей адаптации задних костных структур при репозиции. Операции завершали проведением заднего локального спондилодеза аутокостью.

У пациентов, поступивших в поздние сроки от момента травмы, наличие ригидного костно-фиброзного блока в зоне поврежденного позвонка требовало оперативного вмешательства, как на передней, так и на задней колоннах позвоночника. У этих больных первым этапом из переднебокового доступа в зоне перелома выполняли реконструкцию переднего отдела травмированного позвонка в объеме дискэпифизэктомии, удаления клина Урбана и проведения корпородеза; вторым этапом из дорсального доступа устанавливали металлоконструкцию, сопровождая процедуру коррекцией деформации и стабилизацией поврежденного сегмента позвоночника. Завершали операцию локальным спондилодезом аутокостью вдоль спинального имплантата.

Проведение не прямой инструментальной репозиции в условиях острой травмы позволило одновременно достигнуть восстановления высоты тела поврежденного позвонка, воссоздать нормальную анатомию позвоночного канала и физиологических профилей поврежденного сегмен-

та позвоночника. После операции стойкое купирование болей отмечалось на 2-3 сутки; больные разрешили ходить с начала второй недели и выписывали на амбулаторное лечение на 14 - 18 день. У детей, перенесших двухэтапные операции, отмечались восстановление физиологических профилей поврежденного сегмента позвоночника, анатомии позвоночного канала и стабильная фиксация на протяжении всего периода наблюдения. Больных поднимали на ноги на 10-14 сутки после операции и выписывали под наблюдение травматолога на 18-20 день. Всем пациентам с момента перевода в вертикальное положение проводили дополнительное ортезирование в функциональном корсете. Через 1 – 1,5 месяца после операции детям разрешали сидеть, посещать общеобразовательные учреждения и рекомендовали заниматься лечебной физкультурой.

Таким образом, детям с нестабильными неосложненными повреждениями позвоночника показано оперативное лечение. Хирургическое лечение неосложненных нестабильных переломов позвоночника позволяет достичь оптимальных клинических и функциональных результатов только из дорсального доступа путем не прямой репозиции многоопорной металлоконструкцией с опорой на соседние интактные позвонки и бисегментарной фиксацией поврежденного позвоночно-двигательного сегмента. Оптимальный срок операции – первые часы и дни от момента травмы. Раннее хирургическое лечение в остром периоде позволяет в короткие сроки купировать болевой синдром, восстановить форму сломанного позвонка, ликвидировать деформацию позвоночного канала и стабилизировать поврежденный сегмент позвоночника, используя для этого минимальный объем хирургического вмешательства только из дорсального доступа.

Хирургическое лечение, выполненное в поздние сроки от момента травмы, увеличивает объем вмешательства, длительность и травматичность самой операции, а также сроки восстановительного лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

В.П. Берснев, В.М. Драгун  
Медицинская академия последипломного образования  
Санкт-Петербург, Россия

Дифференцированный подход к хирургическому лечению компрессионных синдромов на шейном отделе позвоночника обусловлен многообразием клинических проявлений и патофизиологических форм развития данной патологии. Актуальность проблемы связана с большой распространенностью этой патологии, тяжелыми неврологическими проявлениями и отсутствием единых представлений о тактике хирургического вмешательства. Общепризнано, что успехи лечения зависят от ряда условий: точной диагностики уровня и характера поражения, ранних сроков хирургического вмешательства, применения минимально-инвазивных технологий, ранних сроков активизации и реабилитации больных. В настоящее время в мировой практике существуют различные подходы к хирургическому лечению такой патологии. В большинстве случаев хирурги отдают предпочтение переднему доступу оперативного вмешательства. Однако в последние годы оперативные вмешательства из заднего доступа становятся все более распространенными.

**Цель** – разработать тактику хирургического вмешательства в зависимости от различных форм компрессии спинного мозга и/или его корешков.

С 2002 по 2007 гг. в нейрохирургическом отделении Ленинградской областной клинической больницы опери-