

отторжением трансплантата и укорочением оперированного луча. Функция кисти у остальных пациентов восстановлена полностью.

При сочетании остеопластики и чрескостного остеосинтеза практически не страдает функция лучезапястного сустава и суставов кисти. Применение чрескостного остеосинтеза при лечении больных с опухолями трубчатых костей кисти является перспективным направлением хирургии кисти.

С.В. Виссарионов, А.П. Дроздецкий, Н.А. Крутелев, В.П. Сنيщук

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА И СПИННОГО МОЗГА

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

Цель исследования: разработать тактику хирургического лечения детей с идиопатическим сколиозом в сочетании с патологией позвоночного канала и спинного мозга.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 16 пациентов в возрасте от 11 до 16 лет с идиопатическим сколиозом IV степени, у которых в ходе обследования выявлена патология позвоночного канала и спинного мозга. У 6 больных имелась сирингомиелия шейной и грудной локализации, у 4 детей — липома пояснично-крестцового отдела с гипертрофией терминальной нити и фиксацией спинного мозга, у 2 пациентов обнаружена диастематомиелия II типа на грудном уровне без аномалий развития позвонков, у 4 — мальформация Арнольда-Киари с сирингомиелическими кистами. У 10 пациентов наблюдалась сколиотическая деформация грудной локализации, у 6 — грудопоясничной с величиной основной дуги искривления от 55 до 102° по Cobb. У всех больных в клинической картине заболевания присутствовали неврологические нарушения в зависимости от варианта патологии спинного мозга и позвоночного канала.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем 16 пациентам первым этапом выполняли нейрохирургическое вмешательство, направленное на устранение патологии позвоночного канала и спинного мозга и ликвидацию его фиксации. Пациентам с сирингомиелией осуществляли дренирование кисты. При наличии мальформации Арнольда-Киари выполняли реконструкцию краниовертебрального перехода. При диастематомиелии — удаление фиброзной перегородки спинного мозга в сочетании с пластикой дурального мешка и восстановления ликвородинамики. У пациентов с липомой пояснично-крестцового отдела позвоночника и фиксированным спинным мозгом проводили удаление липомы позвоночного канала и пересечение терминальной нити.

Вторым этапом через 2–4 недели после выполнения нейрохирургического этапа операции осуществляли коррекцию деформации позвоночника многоопорной металлоконструкцией. У 6 больных хирургическое вмешательство выполнено из дорсального доступа, у 10 пациентов с учетом величины и ригидности сколиотической деформации пришлось прибегнуть к операции из двух доступов. Первоначально из переднебокового доступа осуществляли дискэктомию на вершине деформации в сочетании с корпородезом, из дорсального доступа — коррекцию сколиоза многоопорной металлоконструкцией и задний спондилодез. Операционная коррекция сколиотической деформации составила 56–82 %. Неврологические осложнения в ходе оперативного лечения отсутствовали или не усугублялись относительно дооперационного уровня. В сроки наблюдения от 6 месяцев до 4 лет потеря коррекции не превысила 4 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Тактика хирургического лечения детей с идиопатическим сколиозом, сочетающегося с патологией позвоночного канала и спинного мозга должна быть этапной. Первым этапом с целью снижения риска неврологических осложнений перед коррекцией сколиотической деформации позвоночника и ликвидации клинических проявлений неврологического дефицита, необходимо выполнять нейрохирургическое вмешательство, задачей которого является устранение патологии позвоночного канала и спинного мозга.