

* * *

ИСХОДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГРУДНОГО КИФОЗА — ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ КРИТЕРИЙ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Самохин К.А.¹, Пимбурский И.П.²

Научный руководитель: доктор мед. наук
О.Б. Челпаченко

¹Оренбургский государственный медицинский университет
Минздрава России, Оренбург, Россия;

²Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: дети; идиопатический склероз;
тактика лечения

Актуальность. В течение последних двух десятилетий подход к хирургическому лечению идиопатического сколиоза (ИС) претерпел значительные изменения. Сейчас широко применяются транспедикулярные системы с винтами для коррекции деформации в различных плоскостях. Однако, несмотря на эффективность, во многих случаях происходит уплощение грудного кифоза (ГК), что приводит к формированию синдрома плоской спины со сглаживанием поясничного лордоза. Это вызывает раннюю дегенерацию межпозвоночных дисков нефиксированной части поясничного отдела позвоночника, болевой синдром и статодинамические нарушения. Больные с тяжёлыми ригидными деформациями нуждаются в дополнительных методах мобилизации основной дуги, таких как передние многоуровневые дискэктомии и остеотомии. При подготовке к операции хирурги не всегда учитывают особенности сагиттального профиля позвоночника, в частности, степень выраженности грудного кифоза.

Цель работы: усовершенствование тактики хирургической коррекции ИС на основании исходной величины ГК.

Материалы и методы. Нами были проанализированы клинические и рентгеновские данные 94 больных, которые были прооперированы по поводу ИС. Больные были распределены на 3 группы: 1-ю группу составили 30 больных, прооперированных с применением одноэтапной дорсальной коррекции сколиоза, дополненной G1-остеотомией; 2-ю группу — 31 больной, прооперированный двухэтапным методом (предварительная мобилизация передней опорной колонны позвоночника, гало-пельвиктракция, дорсальная инструментация позвоночника); 3-ю группу — 33 больных, оперированных с одноэтапной дорсальной коррекцией, дополненной G2-остеотомиями. Минимальный срок наблюдения после операции составил 12 мес.

Результаты. Для корректного анализа динамики формирования ГК после операции мы распределили больных на 3 подгруппы: А — с гипокифозом, В — с нормокифозом, С — с гиперкифозом. При этом установлено, что показатели формирования ГК у больных с гипо- и нормокифозом были лучше во 2-й группе. Значимых различий в показателях ГК у больных 1-й и 3-й групп не выявлено. У больных с исходным гиперкифозом в 3-й группе были выявлены значимые различия по сравнению

с больными 1-й и 2-й групп, что свидетельствует о высокой эффективности одноэтапного хирургического лечения, дополненного G2-остеотомией при исходном гиперкифозе.

Заключение. Исходное значение ГК у больных с тяжёлым ИС грудного и грудопоясничного отдела позвоночника является одним из определяющих критериев в выборе тактики хирургического лечения ИС у детей.

* * *