УДК 616-001: 616-082.6: 616-089.22

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Прудникова О.Г., Губин А.В., Коваленко П.И., Мухтяев С.В.

ФГУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздравсоцразвития России»

Представлены возможности динамического наблюдения за детьми с деформациями позвоночника как на догоспитальном этапе, так и после проведенного оперативного лечения (контрольные осмотры). Индивидуальная схема осмотров на амбулаторно-диагностическом этапе обосновывает своевременное определение показаний и сроков проведения оперативных вмешательств. Преемственность амбулаторного и стационарного этапов лечения позволяет оценивать результаты лечения, проводить его коррекцию и устранять возникающие осложнения.
Ключевые слова: динамическое наблюдение, деформации позвоночника, амбулаторное наблюдение, контрольные осмотры.

Continuity of outpatient and inpatient treatment of children with spinal deformities

Prudnikova O.G, Gubin A.V, Kovalenko P.I., Muhtyaev S.V.

Federal State Institution "Russian Ilizarov Scientific Center "Restorative Traumatology and Orthopaedics"

The paper presents the possibilities of dynamic monitoring of children with spinal deformities both at the pre-hospital and after surgery stages (check-ups). Individual plan of check-ups at outpatient diagnostic stage justifies the timely detection of indications and timing of surgical intervention. Continuity of outpatient and inpatient treatment allows evaluating of the treatment results, conducting of its correction and troubleshooting of arising complications.
Keywords: dynamic monitoring, spinal deformities, outpatient observation, check-ups.

Данные о распространенности сколиоза по данным авторов разноречивы. Частота сколиоза среди детей в возрасте от 3 до 6 лет - 13, 4% [2, 3]. Показатель заболеваемости у взрослых составляет 7,2 на 1 тыс. человек, у детей – 5,7. Показатели медицинских осмотров: 14,5 случая на 1 тыс. человек среди мужчин, 21,1 на 1 тыс. человек среди женщин, в среднем – 18,2 [4]. Сколиозом страдает более 2-4 % населения США [3, 5, 6].

Всеми исследователями отмечается необходимость динамического наблюдения за этой категории больных с оценкой текущего состояния, темпов прогрессирования, прогноза и определения тактики лечения.

Возможность наблюдения и контроля состояния детей с деформациями позвоночника как на догоспитальном этапе, так и после проведенного вмешательства независимо от возрастной

категории является залогом эффективности любого метода лечения.

Материалы и методы.

Опыт амбулаторного и стационарного лечения пациентов в РНЦ «ВТО» позволил выработать тактику наблюдения и лечения детей с патологией позвоночника.

Профилактические осмотры в муниципальных учреждениях здравоохранения врачом ЛФК выявляют детей с нарушениями осанки и начальными формами сколиоза, что является показанием для консультации специалистов РНЦ «ВТО», занимающихся патологией позвоночника.

Амбулаторное наблюдение включает в себя осмотр специалиста, компьютерную топографию или рентгенографию грудо-поясничного отдела позвоночника с определением вида и степени деформации позвоночника.

Дети с гармоничной осанкой (I группа) не требует специализированного наблюдения.

Пациентам I и II групп здоровья (субнорма и нарушение осанки) назначается курс консервативного лечения, направленный на укрепление мышечно-связочного аппарата позвоночника и включает в себя комплексы ЛФК, массаж мышц спины под наблюдением ортопеда в поликлинике по месту жительства.

Дети и подростки с деформациями позвоночника (сколиозы, кифозы I ст.) берутся под наблюдение, включающее амбулаторный осмотр 1-2 раза в год. Амбулаторный осмотр включает проведение дополнительного обследования: рентгенографию позвоночника, КТ или МРТ для выявления аномалий развития позвонков, позвоночного канала, спинного мозга с оценкой ортопедического и неврологического статуса. По показаниям назначается курс консервативного лечения. Наблюдает эту группу детей врач-ортопед территориального учреждения здравоохранения.

При выявлении выраженной патологии позвоночника (III группа) и прогрессировании имеющихся деформаций проводятся дополнительные исследования (ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания, УЗИ внутренних органов) и решается вопрос о необходимости оперативного лечения по методикам, разработанным в РНЦ «ВТО».

В РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова для лечения больных со сколиотическими деформациями позвоночника разработан и применяется аппарат наружной транспедикулярной фиксации [1]. Наружный характер фиксации позволяет постепенно управляемо исправлять все компоненты деформации, под рентгенологическим, неврологическим и

ортопедическим контролем. При этом процесс коррекции может индивидуально меняться в зависимости от клинической ситуации.

Учитывая возможности и биомеханические особенности устройств коррекции и стабилизации позвоночника, подход к выбору тактики лечения больных осуществляется дифференцированно и зависит от степени исходной деформации.

При лечении больных со сколиозом от 40 до 60° применяется внутренний транспедикулярный остеосинтез с одномоментным исправлением деформации. Дополнительными факторами при выборе тактики лечения являются: мобильность деформации, невыраженная ротация тел позвонков на вершине деформации и неэффективность консервативного лечения.

Лечение больных со сколиозом более 60° этапное: первым этапом проводится остеосинтез позвоночника аппаратом наружной транспедикулярной фиксации с дискотомией на вершине деформации для увеличения мобильности позвоночника. Исправление сколиоза проводится дозированно в послеоперационном периоде. После достижения удовлетворительного результата коррекции производится фиксирующий остеосинтез со спондилодезом. Торакопластика осуществляется при наличии показаний.

После проведенного оперативного лечения пациенты первично осматриваются в амбулаторно-поликлиническом отделении через 6 месяцев после операции. Осмотр включает рентгенографию позвоночника, оценку ортопедического и неврологического статуса, дополнительные исследования (по показаниям). Кратность дальнейших осмотров определяется в зависимости от клинической ситуации: через 3, 6 или 12 месяцев и определяется полученными данными. Контрольные осмотры в среднем после выписки осуществляются 1 раз в год, независимо от возрастной группы.

Результаты и обсуждение.

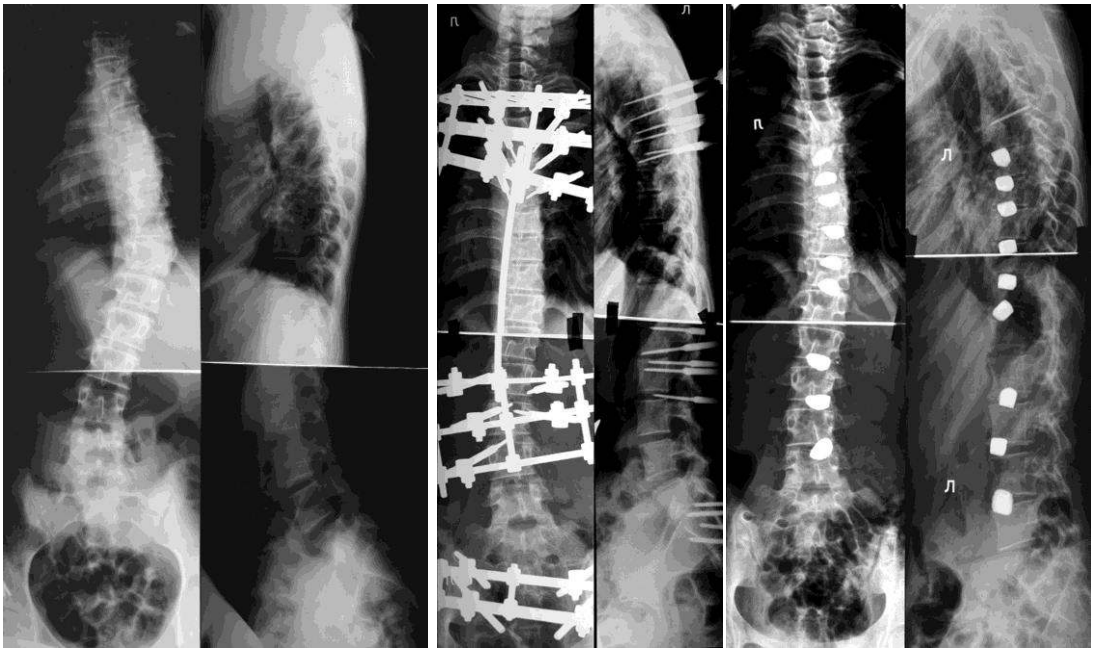
Применяемая система преемственности амбулаторного и стационарного этапов лечения позволяет следить за течение и прогрессированием заболевания, определять тактику лечения и прогноз, проводить профилактику возможных осложнений и корригировать лечебные мероприятия.

Проведен анализ результатов лечения 300 пациентов с кифосколиотическими деформациями позвоночника. Ранняя диагностика и своевременность оперативного лечения у 243 детей позволила добиться удовлетворительных результатов лечения. В 26 случаях столкнулись с ригидными деформациями, обусловленными возрастом пациентов

(старше 20 лет). 25 пациентам потребовалось проведение повторных операций в связи с рецидивом заболевания (несостоятельность спондилодеза, нарушение ортопедического режима). У 6 больных проведено удаление внутренних конструкций в связи с воспалительными осложнениями.

Клинический пример:

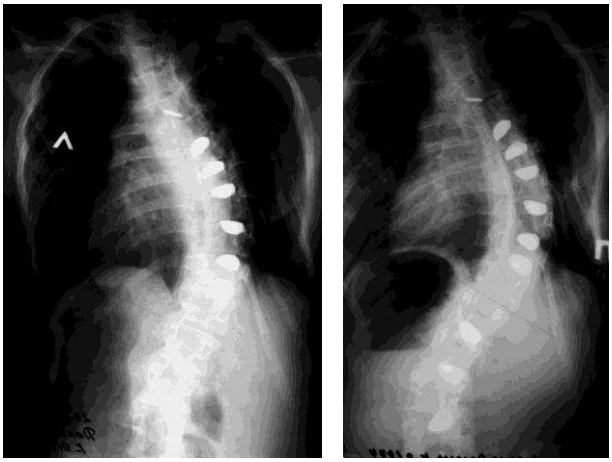
Пациентка Д., 14 лет, в 2008 году находилась на лечении в отделении нейрохирургии с диагнозом: Идиопатический сколиоз грудо-поясничного отдела позвоночника III-IV ст., правосторонний реберный горб. При спондилографии определяется «С» - образная деформация грудо-поясничного отдела позвоночника с вершиной на Th10 угол 40·. Проведено многоэтапное оперативное лечение: поднадкостничная резекция реберного горба справа, закрытый остеосинтез позвоночника и таза аппаратом наружной транспедикулярной фиксации с коррекцией сколиотической деформации позвоночника и передний расклинивающий спондилодез Th7-8, Th8-9, Th9-10, Th10-11, Th 11-12, Th12-L1, L1-2, L2-3, L3-4 имплантатами из пористого никелида титана. При контрольных рентгенограммах – определяется “С” - образное искривление позвоночного столба с углом 7·, коррекция деформации составляет 83% от дооперационного уровня (рис. 1).



а б в

Рис. 1. Спондилограммы пациентки Д. (2008г.): а - до операции, б - достигнутая коррекция аппаратом наружной транспедикулярной фиксации, в - результат лечения

При контрольных осмотрах в 2009 г. (возраст 15 лет) и 2010 г. (возраст 16 лет) выявлен рецидив деформации вследствие недостаточности спондилодеза. Больная госпитализирована для повторного оперативного лечения (рис. 2).

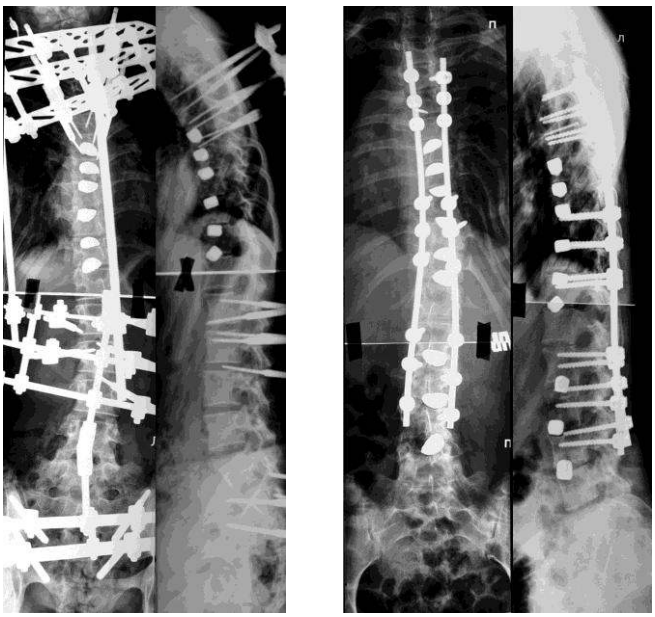


а б

Рис. 2. Спондилограммы пациентки Д. при контрольных осмотрах: а – в 2009году, б – 2010 год: диагностирован рецидив деформации

По данным рентгенографии определяется С- образная деформация позвоночника с углом сколиоза в грудном отделе на уровне Th10 - 58°. Состояние после спондилодеза имплантатами из пористого никелида титана Th7-L1 и L2-L5. Неврологический статус: без грубых отклонений.

Повторно проведено многоэтапное оперативное лечение: закрытое наложение аппарата наружной транспедикулярной фиксации с постепенным исправлением деформации. Достигнута максимально возможная коррекция. Для стабилизации достигнутого результата произведен погружной спондлосинтез грудо-поясничного отдела позвоночника системой внутренней транспедикулярной фиксации. На контрольных рентгенограммах – определяется удовлетворительное положение винтов и имплантатов из никелида титана, ось позвоночника сохранена. Достигнут удовлетворительный косметический эффект. Неврологический статус без неврологического дефицита. Курс лечения закончен (рис. 3).



а б

Рис. 3. Спондилограммы пациентки Д. (2010г.): а - достигнутая коррекция аппаратом наружной транспедикулярной фиксации, б - результат лечения

Пациентка выписана под наблюдение врача-ортопеда по месту жительства с контрольным осмотром в амбулаторно-диагностическом отделении Центра через 6. При контрольном осмотре в 2011г., в возрасте 17 лет, достигнутая коррекция сохраняется. Прогрессирования деформации не выявлено.

Выводы.

Медицинское учреждение, занимающееся лечением как детей, так и взрослых имеет возможность динамического наблюдения за больными и определения тактики лечения, в том числе и оперативных приемов, независимо от возраста пациента и давности проведенного оперативного лечения.

Список литературы

1. Возможности аппарата наружной транспедикулярной фиксации при исправлении деформаций позвоночника / А.Т. Худяев, О.Г. Прудникова, И.А. Мещерягина., Ю.А. Муштаева // Хирургия позвоночника. - 2005. - № 4. - С. 20-24.
2. Ортопедия: национальное руководство / под ред. С.П. Миронова, Г.Л. Котельникова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 832 с. - (Серия «Национальные руководства»). С.329-330.
3. Сампиев М.Т. Сколиоз / М.Т. Сампиев, А.А. Лака, Н.В. Загородний- Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2008. 144с.
4. Хирургия идиопатического сколиоза: ближайшие и отдаленные результаты / Под ред. М.В. Михайловского. – Новосибирск: АНО «Клиника НИИТО», 2007. – 456с.
5. Vaccaro, A.R. Principles and practice of spine surgery /A.R. Vaccaro, R.R. Betz, S.M. Zeidman [et al.] // Mosby.-2003.-864p.
6. Reyes-Sanchez A. External fixation for dynamic correction of severe scoliosis / A. Reyes-Sanchez., L.M. Rosales, V. Miramontes // Spine J. 2005. Vol. 5. №4. P.418-426.

Прудникова Оксана Германовна – к.м.н. в.н.с. лаборатории патологии осевого скелета и нейрохирургии ФГУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития России. Рабочий адрес: 6, ул. М. Ульяновой, г. Курган, 640014, Россия. Контактный телефон (352 2) 45-33-57, e-mail: Oksiniyap@yandex.ru.