



К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМАХ И ПЕРСПЕКТИВАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА В РОССИИ

М.В. Михайловский, Н.Г. Фомичев, Т.Н. Садовая

Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии

Проблема хирургического лечения детей и подростков с деформациями позвоночника различной этиологии никогда не теряла своей остроты в силу широкой распространенности этой патологии и отсутствия общепринятой обоснованной теории ее происхождения. Подобная постановка вопроса типична для всего мира, но в высокоразвитых странах Запада в последние 20–25 лет ситуация резко изменилась в лучшую сторону. Россия не осталась в стороне, однако масштабы страны, отсутствие национального научного вертебрологического общества, незначительное количество профильных форумов, а до недавнего времени – отсутствие специального журнала не позволяли оценить состояние дел в целом.

Все это побудило руководство Центра патологии позвоночника Росздрава (Новосибирск) выступить с инициативой доклада, который позволил бы участникам VIII Российского съезда травматологов-ортопедов (Самара, 2006) получить максимально полную информацию о проблеме хирургического лечения больных с деформациями позвоночного столба. Мы обратились к руководителям ортопедических клиник России с просьбой предоставить такую информацию. Откликнулись, к сожалению, не все, тем не менее полученные данные, будучи суммированы и проанализированы, позволили сформулировать основные проблемы и наметить пути их решения.

Проблема в целом включает в себя ряд вопросов, первым из которых является отслеживание больных, нуждающихся в хирургической коррекции прогрессирующих деформаций позвоночника. Практически повсеместно выявление таких больных происходит в поликлиниках на осмотрах детскими ортопедами или хирургами, которые затем направляют пациентов для уточнения диагноза или лечения в ортопедические клиники. Важную роль в этом играют профосмотры в дошкольных учреждениях и школах. В тех городах, где функционируют специализированные школы-интернаты, появляется возможность не только ранней диагностики, но и полноценного консервативного лечения, а при наличии документированного прогрессирования деформации – своевременного направления на операцию.

Проблема ранней диагностики патологии и направления больных к узким специалистам тесно связана с проблемой квалификации врачей первичного звена. Оценка уровня подготовки врачей неоднозначна. Среди них, несомненно, есть очень грамотные специалисты, но есть и низкоквалифицированные, которые своими рекомендациями дезориентируют больных и их родителей. Намечается и еще одна крайне опасная тенденция – коммерциализация помощи и искусственное затягивание сроков консервативного лечения. Все это приводит к тому, что на прием к хирургу-вертебрологу приходят пациенты с тяжелыми запущенными деформациями, когда лечение затруднено, а прогноз сомнителен.

Следующая проблема связана с тем, что проведение высокотехнологичных вертебрологических операций возможно лишь в клиниках, располагающих современными оборудованием и методами диагностики. Анализ нашего материала позволяет утверждать, что оснащение отделений весьма неоднородно. Если полноценное рентгенографическое обследование (включая контрастное исследование содержимого позвоночного канала) выполнимо практически везде, то современной более сложной аппаратурой (КТ, МРТ, спиральный томограф) располагают далеко не все медицинские учреждения. Явно недостаточны возможности для электрофизиологических и биомеханических исследований, денситометрии. Все это затрудняет и замедляет предоперационное обследование больных, нередко делая его неполноценным.

Общезвестная специфика нашей работы заключается в том, что операции на позвоночнике, особенно при его деформациях, в большинстве случаев требуют использования металлических эндокорректоров. Применение в России инструментария III поколения (CDI) началось с большим опозданием. Только в 1996 г. в Новосибирском НИИТО и в ЦИТО стали постоянно работать с этим инструментарием. Овладение методикой требует длительной подготовки – как теоретической, так и практической. Поэтому неудивительно, что расширение географии применения CDI идет медленно.

Достаточно широко (Красноярск, Челябинск, Барнаул и др.) используется двухпластинчатый эндокорректор фирмы «Медилар», возможности которого, даже по мнению его авторов, в известной мере ограничены. Продолжается применение дистрактора Harrington в различных модификациях, а также эндокорректоров собственной разработки. Так, наши коллеги из Кургана продолжают применять разработанный ими метод наружной транспедикулярной фиксации, неоднократно подвергавшийся жесткой критике на ортопедических конференциях и съездах. В то же время проблема приобретения современных эндокорректоров практически отсутствует, так как работающие на российском рынке фирмы предлагают любую требуемую продукцию, стоимость которой, правда, намного превышает покупательную способность среднего потребителя.

Если суммировать количество операций, выполненных в клиниках девяти больших городов России за период 2001–2005 гг., то в результате получится не более 2800 вмешательств (табл. 1). Учитывая общеизвестную частоту распространенности обсуждаемой патологии (не менее 1–1,5 % в общей популяции), эти показатели вряд ли мож-

но назвать удовлетворительными. Каждый руководитель клиники назвал не менее 2–3 фамилий хирургов, которые успешно оперируют на передних и задних отделах позвоночника, но количество операций, выполняемых каждым из них в среднем за год, никак нельзя считать достаточным. Большинство упомянутых хирургов оперирует в год не более 30–40 больных с деформациями позвоночника, а некоторые – всего 3–5. Специалистов же, которые оперируют 100 и более пациентов в год, то есть посвящающих этой деятельности большую часть своего рабочего времени, немного.

Что касается ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения, они вполне соответствуют возможностям применяемых эндокорректоров (табл. 2). Так, при использовании дистракторов Harrington коррекция идиопатических сколиозов колеблется в пределах 40–60 % от величины исходной деформации, а послеоперационное прогрессирование составляет 6–7°. Двухпластинчатые эндокорректоры фирмы «Медилар», в зависимости от величины исходной деформации, позволяют получить от 40 до 90 % коррекции, а послеоперационное прогресси-

Таблица 1

Результаты оперативного лечения пациентов с использованием различных видов инструментария в 2001–2005 гг.

Медицинские учреждения	Количество пациентов за пять лет	Инструментарий	Коррекция, %
СПбГПМА (Ульрих Э.В.)	около 500	BelCD, CD-ped., собственный	40–95 (при врожденных сколиозах)
СПбНИИФ (Мушкин А.Ю.)	130 детей, 500 взрослых	BelCD, Horizon, Арете, Дельта	до 60 (при врожденных сколиозах)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, Иркутск (Копылов В.С.)	около 400	Harrington	40–60
НИДОИ им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург (Виссарионов С.В.)	350	BelCD, CD-ped., Horizon	80–90 (при врожденных сколиозах); 50–90 (при идиопатических сколиозах)
ГКБ № 9, Челябинск (Боев Н.В.)	23	Медилар	20–30
МСЧ № 96, Красноярск (Гатиатулин Р.Р.)	350	Медилар	40–100
СамГМУ (Ковалев Е.В.)	90	без применения инструментария	–
ГКБ № 13, Москва (Лака А.А.)	более 800	Медилар, LSZ	60–95
МСЧ ОАО «Салаватнефтемаш» (Бакланов А.Н.)	19	Colorado2, Horizon	56–90
СПбГПМА (Елякин Д.В.)	320	BelCD, Moss Miami, CD-ped.	удовлетворительная
Новосибирский НИИТО (Михайловский М.В.)	574	Horizon, M8, HAFS, Harrington	60–90

Таблица 2

Осложнения при оперативном лечении деформаций позвоночника в медицинских учреждениях России в 2001–2005 гг.

Медицинские учреждения	Нагноения	Неврологические	Механические	Формирование серомы	Летальный исход
СПбГПМА (Ульрих Э.В.)	—	0,4 %	1,2 %	—	1 случай
СПбНИИФ (Мушкин А.Ю.)	—	5 случаев	нет данных	—	—
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, Иркутск (Копылов В.С.)	нет данных	нет данных	5–6 %	—	—
НИДОИ им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург (Виссарионов С.В.)	нет данных	1 %	1–2 %	—	—
ГКБ № 9, Челябинск (Боев Н.В.)	2 случая	—	—	—	—
МСЧ № 96, Красноярск (Гатиатулин Р.Р.)	—	—	5,3 %	3,7 %	—
ГКБ № 13, Москва (Лака А.А.)	0,27 %	—	2,4 %	1,9 %	1 случай
МСЧ ОАО "Салаватнефтемаш" (Бакланов А.Н.)	—	3 случая	1 случай	—	—
СПбГПМА (Елякин Д.В.)	нет данных	нет данных	нет данных	—	—
Новосибирский НИИТО (Михайловский М.В.)	4 случая (поздних)	2 случая	2,0 %	—	—

рование составляет 20–25 % полученного эффекта. Эндокорректоры III поколения (CDI) дают в среднем 60–70 % коррекции деформации, и в сроки более двух лет послеоперационное прогрессирование редко превышает 5°. Своевременно (то есть в возрасте до пяти лет) оперированные врожденные деформации удается исправить на 80–90 % и надежно удержать достигнутый эффект.

Наиболее типичными осложнениями при использовании двухпластинчатого эндокорректора являются асептическая серозная реакция тканей и нестабильность имплантата – от 3,8 до 9,8 %. Механические осложнения, сопровождающие применение дистрактора Harrington (перелом стержня, смещение крюка), отмечаются в 5–6 %, образова-

ние серомы – в 1,0 % случаев. После операций с использованием CDI неврологические осложнения отмечены в 0,6 % случаев (только при деформациях более 120°), нагноения (почти исключительно поздние) – в 1,5 %. Механические осложнения при лечении идиопатических сколиозов составляют не более 1 %. При оперативном лечении врожденных деформаций позвоночника у маленьких детей неврологические осложнения развиваются менее чем в 0,5 %, механические – чуть более чем в 1,0 % случаев. На 2800 операций было два летальных исхода. Сравнение приведенных данных с зарубежными демонстрирует отсутствие существенных различий (табл. 3). Это же касается неврологических осложнений при коррекции

Таблица 3

Осложнения при оперативном лечении деформаций позвоночника по данным J. Coe et al. (2006)

Инструментарий	Количество операций	Неврологические, п	Нагноения, п	Механические, п	Летальный исход, п
Вентральный	1164	3	2	16	—
Дорсальный	4369	14	59	28	2
Комбинированный	801	14	11	8	—
Всего (%)	6334	31 (0,48)	72 (1,10)	52 (0,82)	2

по Harrington: на 7885 больных приходится 87 (1,1 %) осложнений (Mac Ewen et al., 1975).

По нашему общему мнению, положение дел в стране применительно к решению обсуждаемых проблем постепенно меняется к лучшему, но изменения эти происходят очень медленно.

Решению проблемы подготовки специалистов способствует придание вертебологии официального статуса медицинской специальности, что позволит создать кафедры вертебологии в медресах.

Раннее выявление больных с начальными формами деформаций позвоночного столба необходимо проводить в ходе скрининговых обследований с использованием безопасных высокоточных методик (компьютерно-оптическая топография).

Пациентов, требующих консервативного лечения, целесообразно наблюдать и лечить в специализированных

школах-интернатах, где, помимо всего прочего, наиболее эффективна корсетотерапия. Для этого необходимо наладить производство корректирующих корсетов.

Больные, нуждающиеся в высокотехнологичных вмешательствах, должны концентрироваться в специализированных межобластных центрах, оснащенных современным лечебным и диагностическим оборудованием. Именно в таких центрах можно готовить хирургов, занимающихся узкопрофильной вертебральной патологией.

Оплата дорогостоящего импортного инструментария должна производиться с использованием различных источников: средств федерального и региональных бюджетов, фондов социального страхования, спонсорских и личных средств.

По материалам выступлений на VIII Российском съезде травматологов-ортопедов (Самара, 2006)



КНИЖНЫЕ НОВИНКИ

Э.В. Ульрих, А.Ю. Мушкин
**Хирургическое лечение пороков развития
позвоночника у детей.**
СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. 104 с.

Монография фактически является продолжением вышедшей в 1995 г. книги Э.В. Ульриха «Аномалии позвоночника у детей», обобщен многолетний опыт авторов по профилактике и лечению врожденных пороков позвонков, тактические и технические советы по их лечению. Представлены новые методы оперативных вмешательств, в том числе осуществляемых с использованием современных спинальных имплантатов, адаптированных для детского возраста. Приведены сведения о росте оперированного отдела позвоночника при костно-пластической и инструментальной фиксации. Наибольший интерес представляют рекомендации выполнения ранних оперативных вмешательств у детей первых лет жизни, эффективность которых подтверждена отдаленными наблюдениями.

Книга предназначена для ортопедов, детских хирургов, нейрохирургов, анестезиологов и лучевых диагностов.

