

**МАТЕРІАЛИ**  
**НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,**  
**ПРИСВЯЧЕНОЇ 75 – РІЧЧЮ З ДНЯ**  
**НАРОДЖЕННЯ,**  
**50 – РІЧЧЮ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ**  
**ДІЯЛЬНОСТІ**  
**ЗАСЛУЖЕНОГО ДІЯЧА НАУКИ І ТЕХНІКИ**  
**УКРАЇНИ, ПРОФЕСОРА М.І. ХВИСЮКА**  
**(22 – 23 січня 2009 року)**

# ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ОБЛАСТИ

Н.Н. Шавга

Национальный научно-практический центр детской хирургии им. "Н. Георгиу".  
г. Кишинёв. Республика Молдова

В последние годы отмечается рост количества детей с болевым синдромом в поясничной области. Проведение адекватного, эффективного лечения возможно только после определения этиологического фактора болевого синдрома.

Цель исследования - создание оптимальной системы диагностики диспластических процессов пояснично-крестцового отдела позвоночника у детей и подростков.

Диспластические процессы выявлены у 551 пациентов, в возрасте от 9 до 18 лет. Из обследованных - 297 (53,9%) были мальчики, 254 (46,1%) - девочки. Преобладали пациенты из возрастной группы 13-15 лет 385 (69,81%), что соответствует второму ростковому спурту. Диагностический арсенал включал: клиничко-anamнестические (включая генетические), лучевые методы (Rg, КТ), ЯМР, УЗИ пояснично-крестцового отдела позвоночника, сцинтиграфия, термография, доплеровская флуометрия, биохимические пробы,

морфогистологические исследования материала полученного во время хирургических вмешательств.

Основная жалоба у всех 551 пациента - болевой синдром в поясничном отделе позвоночника. Преобладали люмбалгии - 314(56,9%) пациентов, люмбоишиалгии- 215(39%), ишиалгии-22(4%). Все больные с корешковыми синдромами прошли через люмбалгическую стадию заболевания. Продолжительность болевого синдрома от 3 месяцев до 8 лет, в среднем- 2,1 года.

У всех 551 обследованных пациентов обнаружены дисплазии межпозвоночных дисков и их осложнения (или стадии диспластического процесса): протрузии (>2мм)- 528(95,8%), грыжи - 28(5,1%), интракорпоральные грыжи (Шморля)- 308 (55,9%), «вакуум-феномен»- 9(1,6%); дисплазии развития задних анатомических структур пояснично-крестцового отдела позвоночника: Spina bifida displastica posterior - SI-148 (26,9%), LV-21(3,8%), гипо- гиперплазию дугоотростчатых суставов - 67(12,2%), аномалии тропизма - 88(16%), сакрализацию у 41 (7,4%) (односторонняя у 24(4,4%) и двухсторонняя у 17(3,1%), костная -16(2,9%), хрящевая с формированием неоартроза - 12(2,2%)); люмбализацию - 7 (1,3 %), открытый канал крестца (SI-SV) - 4 (0,7%), Spina bifida anterior в 6 (1,1%) случаях. Сочетание двух и более дисплазии (до 4-х) наблюдали у 103(18,7%) пациентов. Спондилолиз был выявлен у 4 (0,8%), спондилолистез I степени: LV-SI у 5 (0,9%), LIV-LV у 1 (0,2%) пациента, спондилолистез II-III степени сегмента LV-SI у 8 (1,5%) пациентов.

Диспластические процессы часто приводят к нарушению несущей способности пояснично-крестцового отдела. Согласно клинимоρφологической классификации Н.И.Хвисюка (1985, 1994) стабильная форма выявлена у 270 (49%) больных, нестабильная - у 281 (51 %). Моносегментарный тип патологического процесса наблюдался у 249 (45,2%) больных, полисегментарный у 302 (54,8%). Признаки функциональной блокады сегмента

были у 419(76%) пациентов.

Подробное изучение клинико-анамнестических данных пациента, сопоставление с результатами лучевых и других методов обследования позволяет установить морфологические причины болевого синдрома, дифференцировать пациентов по формам патологического процесса, различающимися в плане прогноза и лечебных рекомендаций, что и предопределяет эффективность лечения.