



## СОГЛАСИТЕЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПО ПРОБЛЕМЕ РАННИХ СКОЛИОЗОВ

Согласительное положение по проблеме ранних сколиозов подготовлено Комитетом по растущему позвоночнику SRS (Scoliosis Research Society) в 2015 г.

Состав Комитета: David L. Skaggs, MD, MMM; Tenner Guillaume, MD; Ron El-Hawary, MD; John Emans, MD; Michael Mendelow, MD; John Smith, MD.

Термин «ранние сколиозы (Early Onset Scoliosis – EOS)» означает деформации позвоночника, выявленные в возрасте до 10 лет. Выделяют следующие этиологические формы EOS:

### Диагностические категории EOS

**Идиопатические** – деформации, в отношении которых неизвестны причина развития или этиология. Идиопатические искривления, развивающиеся у детей в возрасте до трех лет, обозначают как подгруппу А идиопатических инфантильных деформаций.

**Врожденные** – особый тип EOS, характеризующийся аномальным внутриутробным развитием позвонков. Врожденные сколиозы могут сочетаться с аномалиями развития сердца и почек, поэтому необходимо исследовать сердечно-сосудистую и мочевыделительную системы.

**Торакогенные** – особый тип EOS, развитие которого может сопровождать следующие состояния:

- множественные врожденные блокирования ребер, как при спондилококостальном или спондилоторакальном дизостозах, которые могут сочетаться с аномалиями позвонков и рассматриваться как врожденный сколиоз;
- изменения грудной стенки после торакальных вмешательств, действующие как тяга и вызывающие изменение формы позвоночника.

**Нейромышечные** – сколиозы, которые могут развиваться у детей с нейромышечной патологией (мышечная спинальная атрофия, детский церебральный паралич, spina bifida (спинно-мозговая грыжа), повреждения головного или спинного мозга).

**Синдромальные** – развивающиеся на фоне определенных синдромов (Marfan, Ehlers – Danlos), другой патологии соединительной ткани, а также нейрофиброматоза, синдрома Prader – Willi; многие варианты костной дисплазии могут сопровождаться EOS.

### Прогноз EOS

В зависимости от тяжести течения может сопровождаться нарушением легочной функции у ребенка, что чревато

крайне серьезными проблемами при достижении взрослого возраста.

Без лечения грубый EOS может сопровождаться возрастающим риском ранней смерти вследствие легочной недостаточности.

Термин «синдром торакальной недостаточности» (Thoracic Insufficiency Syndrome – TIS) используется для описания потенциальных комбинированных проблем со стороны позвоночника и легких при EOS. TIS определяется как невозможность грудной клетки поддерживать нормальное дыхание и рост легких.

Идиопатические EOS с величиной деформации более 35° по Cobb склонны к прогрессированию.

У многих детей моложе двух лет инфантильные идиопатические сколиозы величиной менее 35° способны к спонтанному самоизлечению.

Прогноз также зависит от любых сопутствующих нарушений и заболеваний.

### Обследование при EOS

Обзорная спондилография достаточна для установления диагноза EOS.

МРТ может быть показана при деформациях, превышающих 20° или прогрессирующих, при наличии признаков и симптомов неврологических нарушений и стойко сохраняющихся или прогрессирующих инфантильных идиопатических сколиозах. Позвоночные аномалии нередко сочетаются с EOS, особенно с врожденными сколиозами.

МСКТ лучше всего помогает визуализировать костные аномалии при врожденных сколиозах и часто полезна при планировании вмешательства, но использование этого метода должно учитывать риск радиационного воздействия на ребенка.

### Цель лечения EOS

Минимизация деформации позвоночника в течение всей жизни пациента.

Максимальное улучшение объема и функции грудной клетки в течение всей жизни пациента.

Минимизация протяженности зоны финального спондилодеза с максимальным сохранением мобильности грудной клетки и позвоночника.

Минимизация осложнений, вмешательств, госпитализаций и проблем членов семьи пациента.

Внимание к общему развитию ребенка.

### Что может включать в себя лечение EOS

*Наблюдение.* Мониторирование деформации позвоночника путем повторных осмотров и лучевого обследования через различные промежутки времени в течение развития болезни с целью выявления ухудшения или прогрессирования сколиоза. При наличии прогрессирования характер лечения может меняться.

*Корсетное лечение* (фиксирующие или этапные корригирующие корсеты). Подобные программы могут быть полезны для минимизации прогрессирования и сохранения потенциалов роста пациента. Оперативное лечение

может быть в результате перенесено на более поздний срок, а в некоторых случаях, например при инфантильном идиопатическом сколиозе, его удастся избежать. Изготовление этапного корсета обычно требует общей анестезии. Корсетотерапия малоэффективна при врожденных сколиозах, но, по мнению некоторых специалистов, позволяет контролировать состояние компенсаторных дуг.

*Хирургия.* Существует несколько вариантов техники, позволяющей сохранить рост позвоночника и грудной клетки в соответствии с вышеперечисленными принципами. Оперативное лечение обычно рекомендуется при неэффективном корсетном лечении или когда характер деформации исключает его использование. Протяженный спондилодез грудного отдела позвоночника у юных пациентов ассоциируется с нарушениями легочной функции и редко может рассматриваться как оптимальный метод.

Применение мануальной терапии, физиотерапии и/или лечебной физкультуры не доказало влияния на течение деформации позвоночника при EOS.

*Опубликовано в журнале «Spine Deformity», Vol. 3. Issue 2, March 2015. P. 107.*

*Переведено и опубликовано в журнале «Хирургия позвоночника» с разрешения Copyright Clearance Center's Rightslink Service.*