**ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЗРАФИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО СИНДРОМА**

**С.О. Рябых, Д.М. Савин**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курган

**Краткое введение**

**Целью данной работы было разработка алгоритмов хирургического лечения пациентов с «дизрафическим статусом».**

**Задачи: выявить основополагающие синдромы при определении тактики лечения пациентов с «дизрафическим статусом»**

**Материалы и методы**

Ретроспективное исследование 44 пациентов с «дизрафическим статусом». 43 человека были прооперированы в Клинике, родители 1 пациентки от оперативного лечения воздержались в связи с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений.

Вертебральный синдром определен как основополагающий в выборе хирургической тактики. В зависимости от варианта дизрафии пациенты поделены на 3 группы:

1 группа - Миелоцеле - спинномозговая грыжа (СМГ);

2 группа - Диастематомиелия – Split Cord Malformation (SCM) – вариант дизрафии, характеризующийся сочетанием расщепления позвоночника и спинного мозга;

3 группа - Сочетание СМГ + SCM – наиболее сложный вариант аномалии развития позвоночника.

Исходя из этого нами предложены основные варианты хирургического лечения:

I. Коррекция с помощью систем «телескопического» типа показана у детей с мобильными деформациями с потенциалом роста;

II. Клиновидная корригирующая укорачивающая VCR вертебротомия, дорсальная коррекция и стабилизация деформации транспедикулярной системой с формированием спондилодеза на 360° у пациентов с ригидными кифозами на фоне миелоцеле более 30° по Cobb;

III. Этапное лечение с комбинацией систем внешней фиксации с методиками вертебротомии у пациентов с ригидными кифозами более 30°, осложненными пролежнями на вершине деформации: 1 этап: Внеочаговый остеосинтез (halo-pelvic, аппарат НТПФ, гибридные варивнты) в режиме поддерживающей дистракции; 2 этап: Клиновидная корригирующая укорачивающая VCR вертебротомия, дорсальная коррекция и стабилизация деформации транспедикулярной системой с формированием спондилодеза на 360°;

IV. Коррекция и стабилизация деформации транспедикулярной системой с формированием дорсального спондилодеза при кифо(лордо)сколиозе у детей с низким потенциалом роста;

V. Устранение фиксации спинного мозга, реконструкция позвоночного канала и ТМО, формирование локального заднего спондилодеза;

VI. Устранение фиксации спинного мозга, реконструкция позвоночного канала и ТМО, дорсальная коррекция и стабилизация деформации транспедикулярной системой с формированием локального заднего спондилодеза.

**Заключение.**

1. Хирургическое лечение является этапом общей стратегии лечения пациента. План лечения, в том числе оперативного, может быть реализован только при возможности многопрофильного обследования, мониторинга состояния и заключения консилиума с учетом рекомендаций ортопеда, педиатра, невролога, анестезиолога-реаниматолога, врача лучевой диагностики, физиолога, реабилитолога.
2. Хирургическая коррекция при вторичных деформациях позвоночника не влияет на динамику основного заболевания, но значительно улучшает качество жизни, за счет уменьшения функционального дефицита и улучшения баланса туловища. Все перечисленные факторы переводят пациентов на более высокий функциональный уровень, что объективно отражает повышение качества их жизни.
3. Быстропрогрессирующие деформации позвоночника требуют раннего оперативного лечения при сохранении параметров легочной вентиляции на адекватном уровне.
4. Основная цель оперативного лечения - перевод деформации в компенсированную форму с возможностью вертикализации. Подход к каждому пациенту должен быть строго индивидуален с учетом сопутствующей патологии. Так, например, при аномалии Арнольда-Киари дистракционные усилия не приемлемы и необходим укорачивающий маневр, а при диастематомиелии первым этапом всегда проводится реконструкция позвоночного канала и дефиксация спинного мозга.

**Выводы:**

1. Синдромальная оценка играет определяющую роль в определении реабилитационного потенциала конкретного пациента и определяет риск, метод, этапность и место хирургического лечения в общем комплексе реабилитации или абилитации.
2. Отсутствие или несвоевременное выполнение нейровертебральной реконструкции позвоночного канала приводит к аутохтонному каскаду прогрессирования синдрома фиксации спинного мозга с усугублением неврологического статуса, декомпенсации комбинированной деформации позвоночника, нарушению баланса туловища, торсионной деформации грудной клетки, дисфункции внутренних органов, что определяет прогностически жизненные показания хирургического лечения. Увеличивающаяся деформация позвоночника и грудной клетки неизбежно приводит к дистопии легких и сердца и, как следствие, к дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Нарушение функции тазовых органов в совокупности с прогрессирующей деформацией позвоночника вызывают нарушение пассажа мочи с уретерогидронефрозом.
3. Своевременная нейровертебрологическая помощь позволяет сохранить и поддержать функциональный класс пациента когнитивный статус и улучшить образовательный потенциал.