



9-Я НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

1–4 июля 2012 г. в Познани (Польша) состоялась 9-я конференция Международного общества исследования деформаций позвоночника (IRSSD). Конференция проходила в конгресс-центре Познанского университета медицинских наук, в ней приняли участие 194 специалиста из 19 стран, в том числе из России.

IRSSD было организовано в 1994 г., но его история началась раньше. В 1980 г. в Вермонте (США) по инициативе М. Moreland, М. Pope и G. Armstrong собралась группа исследователей с целью обобщения опыта применения муаровой топографии для диагностики сколиоза и скрининга школьников. Следует отметить, что за десять лет до этого была опубликована работа японского профессора Н. Takasaki о возможности использования муаровой топографии для обследования живых людей, что послужило толчком для начала применения муаровой топографии в медицине. С 1980 г. стали регулярно проводиться конференции «Surface Topography and Spinal Deformity». В 1992 г. в Монреале (Канада) была проведена совместная конференция двух исследовательских групп – «Surface Topography & Spinal Deformity» и «3D Scoliotic Deformities» и принято решение об их объединении. В 1994 г. на конференции «Three-Dimensional Analysis of Spinal Deformities» было учреждено новое общество «International Research Society of Spinal Deformities». Первая конференция IRSSD состоялась в 1996 г. в Швеции. Ее основными темами, помимо топографии, стали этиология и патомеханизм сколиоза. В последующие годы конференции IRSSD были проведены в Вермонте (США, 1998), Клермон-Ферране (Франция, 2000), Афинах (Греция, 2002), Ванкувере (Канада, 2004), Генте (Бельгия, 2006), Ливерпуле (Англия, 2008), Монреале (Канада, 2010) и Познани (Польша, 2012).

Направления исследований общества постоянно расширялись, и на 9-й конференции в Познани тематика исследований охватила все аспекты изучения деформаций позвоночника, включая этиологию, генетику, биологию, рост, метаболизм, биомеханику, технологии получения медицинских изображений, инновации в лечении сколиоза, результаты консервативного и хирургического лечения, оценку качества жизни больных сколиозом. За четыре дня работы конференции было проведено 14 пленарных сессий (80 докладов) и 3 постерные сессии (40 докладов).

Картину современного понимания этиологии идиопатического сколиоза представил Р.Н. Dangerfield (Англия) в своей лекции «Тенденции в изучении этиопатогенеза подросткового идиопатического сколиоза». Он перечислил более 20 существующих на сегодня теорий и гипотез по этиологии AIS и констатировал, что ни одна из них в отдельности не может полностью объяснить патогенез сколиоза, поэтому в современных исследованиях предпринимаются попытки интеграции этих теорий как взаимодействующих патомеханизмов. Докладчиком было подчеркнуто, что современные доказательства, в том числе по близнецам, достаточно убедительно поддерживают важную роль генетического фактора в этиологии AIS. Р.Н. Dangerfield предложил создать «Меморандум понимания для исследований этиологии AIS» и на его основе разработать программу международных исследований в этой области, а также ввести новый термин – scoligeny (возможный перевод «сколиогенез»), объединяющий этиологию, патогенез и патомеханизм.

По генетике AIS интересную работу представили китайские специалисты (S. Zhou с соавт.), которые у 648 больных AIS и 573 здоровых представителей китайской националь-





ности исследовали связь генов IL-17RC, CHL1, DSCAM и CNTNAP2 с AIS и установили статистически значимую связь AIS только с геном IL-17RC.

О необходимости перехода к 3D-анализу при исследовании AIS и в клинической практике доложил С.Е. Aubin (Канада), приведя результаты сравнения величины RVAD (разницы реберно-позвоночных углов, которая используется в признаке Mehta), рассчитанной традиционным способом, и RVAD 3D, получаемой посредством трехмерной реконструкции позвоночника и ребер по бипланарным рентгенограммам. Показано, что RVAD 3D и RVAD существенно различаются и традиционный индекс RVAD не отражает истинного пространственного соотношения между грудной клеткой и позвоночником, поэтому в качестве прогностического фактора более предпочтительно в дальнейшем использовать RVAD 3D.

3D-подходу при оценке осанки был посвящен доклад В.Н. Сарнадского (Новосибирск), в котором предложена классификация нарушений осанки и деформации позвоночника в трех плоскостях по данным компьютерной оптической топографии. В другом его докладе с использованием этой классификации были представлены результаты исследования половозрастной структуры нарушений осанки по данным топографического скрининга более 33 000 детей и подростков 5–17 лет из шести крупных городов России. Доклад вызвал интерес и показал приоритет России в вопросе топографического скрининга школьников. За рубежом для скрининга школьников до сих пор в основном используют тест Адамса и сколиометр (доклад L. Stolinski из Польши «Trunk asymmetry in one thousand school children age 7–10 years»), а применение топографических систем носит пилотный характер (доклад W. Glinkowski из Польши «Telediagnostic 3D school screening of back curvatures and posture using structured light method-pilot study», 1145 обследованных).

Новым перспективным методом консервативного лечения сколиоза были посвящены два доклада представителей научной школы М.Г. Дудина из Санкт-Петербурга «Photodynamic Impact on the Epiphyseal Plate» и «Idiopathic Scoliosis, Growth Zones, Magnetic Therapy». Оба метода основаны на механизме угнетения роста тел позвонков на выпуклой стороне сколиоза. В первом для этой цели используют лазер и фотосенсибилизаторы, которые могут селективно накапливаться в быстро растущих тканях организма (в том числе и пластинках роста тел позвонков на выпуклой стороне сколиоза). Под воздействием лазерного освещения определенной длины волны фотосенсибилизатор, накопленный в клетке, резко увеличивается в объеме и убивает клетки, угнетая рост тела позвонка с выпуклой стороны. Во втором методе для этой же цели применяют магнитные поля. Оба метода успешно проверены на экспериментальных животных, в дальнейшем планируется их апробация на больных сколиозом.

Лечение сколиозов в основном было представлено докладами о традиционном (общепризнанном за рубежом) методе консервативного лечения сколиоза – корсетотерапии. Вызвал интерес доклад J. Raso (Канада) о пилотных исследованиях результатов применения предложенного им «умного» корсета. В отличие от известных «интеллектуальных» корсетов, которые позволяют врачу контролировать режим ношения, непрерывно регистрируя данные с датчиков давления и температуры, предложенный корсет имеет встроенную микрокомпьютерную систему контроля и управления давлением пневмоцилинов. Выполненное исследование показало преимущество «умных» корсетов перед стандартными жесткими: все пациенты из группы «умных» корсетов (6) имели успешный результат лечения, из группы стандартных – у 2 из 6 получен неудовлетворительный результат.

Высокая эффективность корсета Шено для предотвращения необходимости хирургического лечения сколиоза показана в докладе H.R. Weiss (Германия). В исследование были включены 34 пациента: средний возраст 12 лет; средний угол Cobb 31° (25–40°); средняя стадия по тесту Risser 0,35; средняя коррекция в корсете 59 %. Худший результат – прогрессирование на 10° (с 40 до 50°). Однако пациент остался вполне удовлетворен косметическим результатом и не пожелал хирургической коррекции. Остальные пациенты в хирургической операции не нуждались. В другом докладе этого же автора рассматривался вопрос о том, стоит ли применять корсетотерапию при инфантильных и ювенильных прогресси-



рующих сколиозах. Обоснованный материалами исследования вывод: стоит, если в корсете достигается существенная коррекция сколиоза.

Возможность использования корсета у больных сколиозом после завершения роста показана в докладе S. Negrini (Италия), основанном на ретроспективном исследовании, в которое были включены на добровольной основе 36 пациентов (возраст $16,2 \pm 1,6$ лет; угол Cobb $27,6^\circ \pm 8,9^\circ$; тест Risser 4–5). Пациентов разбили на две группы по цели лечения: AEST (эстетика) – 23 пациента, с углом Cobb ниже 30° , и COBV (эстетика и возможная коррекция сколиоза) – 13 пациентов, с углом Cobb более 30° . Улучшение достигнуто в 46 % случаев в группе COBV и в 35 % – в группе AEST, и только у одного пациента сколиоз увеличился на 6° . Выводы: у пациентов с завершенным ростом возможно достижение рентгенологического и эстетического улучшения, хотя не столь существенного, как при лечении в процессе роста. Этот же автор в другом своем докладе показал, что возможно совмещение лечения корсетом с привычными для пациента занятиями спортом, если пациенты и их родители проинструктированы и корсет разработан соответственно.

Вопросу о том, влияет ли корсетотерапия на качество жизни пациентов, был посвящен доклад E. Kinel (Польша). В исследование включены 45 больных AIS (возраст 10–15 лет; угол Cobb 20–45°; корсет Шено). Использованы опросники «SSQ-Brace» и «BSSQ-Deformity». Не выявлено существенной корреляции между общей оценкой по обеим опросникам и углом Cobb. Установлено, что консервативное лечение больных сколиозом не оказывает существенного влияния на качество их жизни, пациенты испытывают средний уровень стресса от имеющейся у них деформации позвоночника.

Интересной оказалась дискуссия «Консервативное или хирургическое лечение идиопатического сколиоза – будущая перспектива?». Со стороны хирургов выступил D. Zarzycki (Польша) и констатировал, что сегодня существуют эффективные методы оперативного лечения и соответствующий инструментарий, позволяющие лечить сколиоз у пациентов практически любого возраста (от 1 года и до 70 лет). Со стороны физиотерапевтов в дискуссии принял участие S. Negrini (Италия), который констатировал, что корсетотерапия является наиболее эффективным методом консервативного лечения сколиозов от 20 до 45°. При своевременном начале в большинстве случаев лечения корсетом можно остановить прогрессирование или даже достичь коррекции сколиоза. При этом, в зависимости от состояния пациента, могут быть применены разные режимы ношения корсета: ночной жесткий (8–12 ч), специальный мягкий, жесткий part time (частичного времени ношения, 12–20 ч), жесткий full time (полного времени ношения, 20–24 ч). По мнению большинства участников дискуссии, предпочтительным все-таки является консервативное лечение сколиоза, и только когда оно не помогает остановить прогрессирование, целесообразно прибегать к хирургии.

Следует отметить высокий уровень научной и культурной программы конференции. Следующая конференция IRSSD состоится в 2014 г. в Саппоро (Япония).

В.Н. Сарнадский, генеральный директор ООО «МЕТОС»