**Правила подготовки к изготовлению корригирующего корсета типа Шено**

 Широкое применение при лечении Идиопатического сколиоза (ИС) нашла конструкция корригирующего корсета типа Шено, которая позволяет повысить эффективность лечения, снижая количество пациентов, нуждающихся в оперативном лечении и процент инвалидизации при деформациях позвоночника у детей.

Показания к использованию корригирующего корсета:

1. Идиопатический прогрессирующий сколиоз II, III степени при показателях ростковой костной зрелости по Садофьевой S0-SIV, по Риссеру R0-RIV для активного корригирующего воздействия на деформацию, для сдерживания развития деформации до возраста завершения формирования скелета и последующего одноэтапного хирургического лечения; наличие прогрессирующей сколиотической деформации позвоночника величиной 20 градусов и выше при измерении по Коббу при незавершенном костном росте пациента.
2. Наличие сопутствующих генетических заболеваний и синдромов (Марфана, Элерса-Данлоса, нейрофиброматозе и так далее).

Противопоказания к использованию корсета:

1. Хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации;
2. Инфекционные заболевания;
3. Патология кожных покровов в местах соприкосновения с корсетом;
4. Неврологическая патология с двигательными нарушениями;
5. Психические заболевания в стадии обострения.

Перед назначением корсета проводится осмотр врачом- травматологом- ортопедом, рентгенологическое исследование позвоночника в 2 стандартных проекциях стоя (а при невозможности – лежа) с захватом нижне-шейного либо верхне-грудного отдела позвоночника (в зависимости от технических возможностей) и обязательно крыльев таза, топография позвоночника компьютерная оптическая (опционно). Порядок надевания корсета строго регламентирован.

Корсет носится круглосуточно, снимается для проведения гигиенических мероприятий, лечебных процедур, не более чем на 40-50 минут подряд. Таким образом, пациент находится в корсете не менее 20 часов в сутки.

Условия корсетотерапии:

- Регулярные занятия ЛФК;

- Комплексные курсы реабилитации 2- 3 раз в год;

- Соблюдение правил корсетного лечения:

- Период адаптации (2-3 недели) до достижения времени ношения 21 ч/сутки;

- Рентгенография в корсете через 8-12 недель – оценка коррекции в корсете, корректировка корсета при необходимости;

- Осмотр через 3 месяца;

- Рентгенологический контроль в корсете каждые 6-12 месяцев в зависимости от течения патологии по назначению врача травматолога-ортопеда;

- Строгое соблюдение режима ношения корсета;

- Периодические осмотры врачом травматологом-ортопедом с антропометрией не реже 1 раза в 4 месяца.

Возможные осложнения корсетотерапии:

1. Образование мацераций, гнойников в местах потертостей от ремней, устраняемые путем временного прекращения корсетотерапии и наложением повязки при нарушении целостности кожных покровов;
2. Возникновение болей в области ребер и грудины при неадекватной нагрузке, что устраняется ослаблением нагрузки;
3. Снижение жизненной емкости легких, компенсируемое назначением дополнительных упражнений ЛФК и дыхательной гимнастики.

Согласно недавним рандомизированным исследованиям наиболее перспективной для использования в практике консервативного лечения является классификация Риго, сочетающая в себе топографические и рентгенологические критерии. Данная классификация была разработана в соответствии с специфическими принципами коррекции деформации необходимыми для проектирования и изготовления корригирующего корсета, что приведено в Приложении А3.

Рекомендуется у всех пациентов с диагностической целью на всех этапах наблюдения пациента проводить визуализацию патологии позвоночника:

- рентгенография позвоночника, специальные исследования и проекции;

- рентгенография позвоночника с функциональными пробами;

- рентгенография позвоночника, вертикальная;

- КТ-исследование позвоночника (КТ позвоночника (один отдел), КТ позвоночника с мультипланарной и трехмерной реконструкцией, КТ позвоночника с внутривенным контрастированием (один отдел);

- МРТ позвоночника (МРТ спинного мозга (один отдел), МРТ спинного мозга с контрастированием (один отдел);

Основу инструментального обследования пациента с деформацией позвоночного столба составляет лучевая диагностика. Снимки в прямой проекции выполняются ежегодно при искривлении позвоночника менее 15−20°, и каждые 6 месяцев при искривлении более 20° до созревания скелета. Промежуток между проведением рентгенографии более 1 года увеличивает вероятность того, что прогрессирование сколиоза останется незамеченным. После созревания скелета решение о необходимости проведения рентгенографии принимается снова, на основании клинической оценки