Методические указания для студентов

Практическое занятие № 8

* 1. **Тема занятия: «Нарушения осанки. Сколиоз. Кифоз».**

**2. Цель занятия:** Конкретизироватьпредставления студентов о деформациях позвоночника, лечебной тактике при сколиозах, принципах консервативного и хирургического лечения.

После изучения темы студент должен **ЗНАТЬ:**

* + «группы риска» по развитию диспластической патологии
* формирование физиологических изгибов позвоночника
* методику осмотра при определении осанки
* определение и эпидемиологию сколиоза
* классификацию и этиологию
* клиническую картину и диагностику сколиоза
* определение угла деформации
* консервативное лечение сколиоза
* показания и методы хирургического лечения

После изучения темы студент должен **УМЕТЬ:**

* проводить осмотр здорового ребенка
* обследовать ребенка для выявления сколиоза
* применить дополнительные методы диагностики
* определить показания к проведению консервативного и оперативного лечения

После изучения темы студент должен **ИМЕТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ:**

* о принципах лечения данной патологии в различных возрастных группах

**Актуальность и практическая значимость изучаемой темы.**

 Проблема сколиоза привлекает внимание ортопедов всех стран. Это обусловлено не только распространенностью заболевания, поражающего детский организм (по данным ЦИТО идиопатический сколиоз является самой частой ортопедической патологией поражает примерно 6,4% детей), но и сложностью, с которой встречаются врачи при лечении сколиоза. Раннее выявление сколиотической деформации и назначение адекватной терапии позволяет во многих случаях стабилизировать сколиоз.

**Диагностика сколиоза.**

Интерпретация признаков деформации или отклонений от нормального развития позвоночника у детей в различные возрастные периоды жизни не всегда является простой задачей. Прежде чем определиться в деформациях позвоночника, необходимо напомнить о нормальном развитии и формировании естественных изгибов позвоночника.Гален (II в. нашей эры) ввел следующие определения: кифоз - отклонения в сагиттальной плоскости назад; лордоз - отклонение в сагиттальной плоскости вперед; сколиоз - искривление во фронтальной плоскости.

У новорожденного позвоночник имеет форму пологой выгнутой кзади дуги, т. е. равномерного кифоза: в положении на спине на ровной поверхности позвоночник становится прямым. На 3 - 4-м месяце жизни ребенок поднимает и удерживает головку, откидывая ее назад; в результате уравновешивания затылочных и лестничных мышц развивается физиологический шейный лордоз. В 5 - 6 мес ребенок хорошо сидит, позвоночник легко подвижен, и под действием силы тяжести головы, плечевого пояса, внутренностей, устойчивого лордоза и уравновешивания мышцами спины формируется кифоз грудного отдела. В 8 - 9 мес ребенок начинает стоять, в 10 - 12 мес - ходить, при этом за счет мышц, сгибающих бедро (в основном m. psoas major), таз наклоняется вперед увлекая поясничную часть позвоночника. Туловище в вертикальном положении уравновешивается ягодичными мышцами и мышцами спины - формируется физиологический лордоз поясничного отдела позвоночника.

Возникшие к концу первого года жизни физиологические изгибы позвоночника в сагиттальной плоскости, свойственные позвоночнику взрослого, продолжают развиваться и индивидуально формируются в процессе роста ребенка, завершаясь к 17 - 22 годам.

С целью определения осанки, выявления деформаций позвоночника следует осматривать ребенка в положении стоя спереди, сзади и сбоку. При этом обращают внимание на положение головы, надплечий, форму и симметричность грудной клетки, выступание ребер, положение лопаток (уровень нижних углов, расстояние вертебрального края от средней линии и отстояние от грудной клетки); симметричность треугольников, образованных выемкой талии и рукой; изгибы позвоночника, их выраженность, наличие боковых искривлений стоя и при наклоне туловища вперед; положение таза, симметричность ягодичных складок, размеры и форму конечностей. Необходимо исследование походки ребенка и объема движений в крупных суставах конечностей. Объем движения позвоночника и болезненность проверяют сгибанием туловища вперед, назад, в сторону и ротации вокруг оси. Локальная боль определяется пальпацией остистых отростков и умеренной нагрузкой на надплечья.

При нормальной осанке вертикальная ось в сагиттальной плоскости, опущенная от бугра затылочной кости, проходит через остистый отросток VII шейного позвонка, складку между ягодичными мышцами и середину четырехугольника опоры (площадка, занимаемая стопами и поверхностью между ними). В результате сила тяжести тела распределена равномерно на обе ноги, что считается оптимальным. Вертикаль отклоняется влево или вправо при неравномерном распределении силы тяжести. Это возникает при асимметрии развития некоторых групп мышц туловища, особенно в период бурного роста, и выявляется при осмотре в наклонном положении.

Степень фиксации искривления позвоночника проверяют приподниманием тела ребенка в положении стоя двумя руками за подмышечные впадины или лежа на животе. При подобном методе исследования нефиксированное искривление выпрямляется. Если искривлениям позвоночника сопутствует ротация вокруг продольной оси тела, а при наклоне тела выявляется даже небольшое выстояние ребер кзади с одной стороны или выбухание поясничных мышц либо их сочетание, прежде всего следует думать о сколиозах, а не о патологической осанке.

В настоящее время термин "**сколиоз**" объединяет все виды стойкого бокового искривления позвоночника, сочетающегося с его торсией, обусловленные патологическими изменениями в позвоночнике и паравертебральных тканях, склонных к прогрессированию деформации со статико-динамическими нарушениями и функциональными изменениями внутренних органов. Сколиоз - наиболее часто встречающийся вид деформации у детей.

**8.4. Вопросы для самоподготовки:**

1. Эмбриогенез позвоночника
2. Формирование физиологических изгибов позвоночника
3. Методика выявления нарушений осанки
4. Сколиоз: определение, этиология, классификация
5. Клиническая картина и диагностика
6. Консервативное лечение
7. Хирургическое лечение