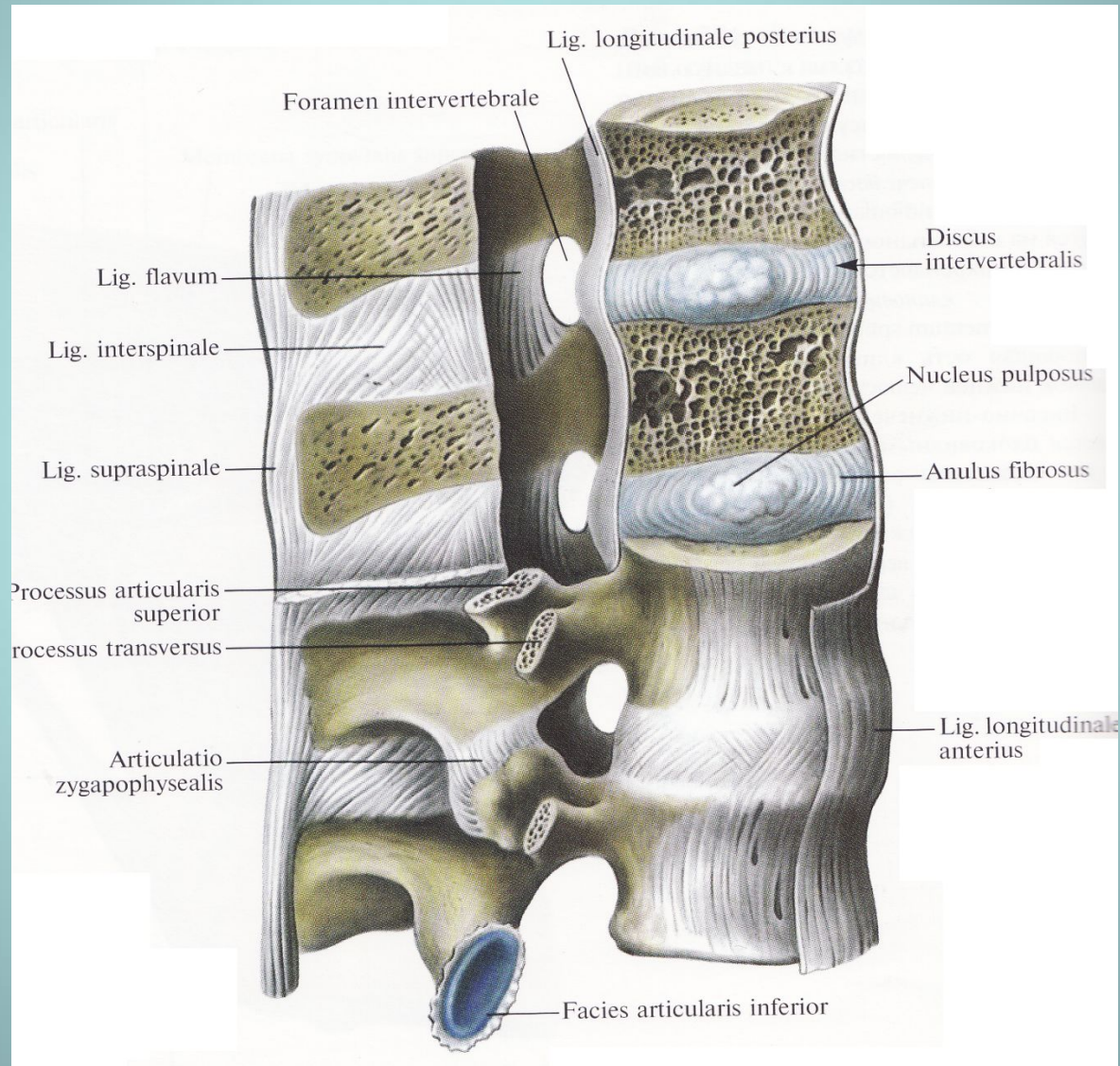




**Сколіотична
хвороба.
Вроджені вади**

АНАТОМІЯ



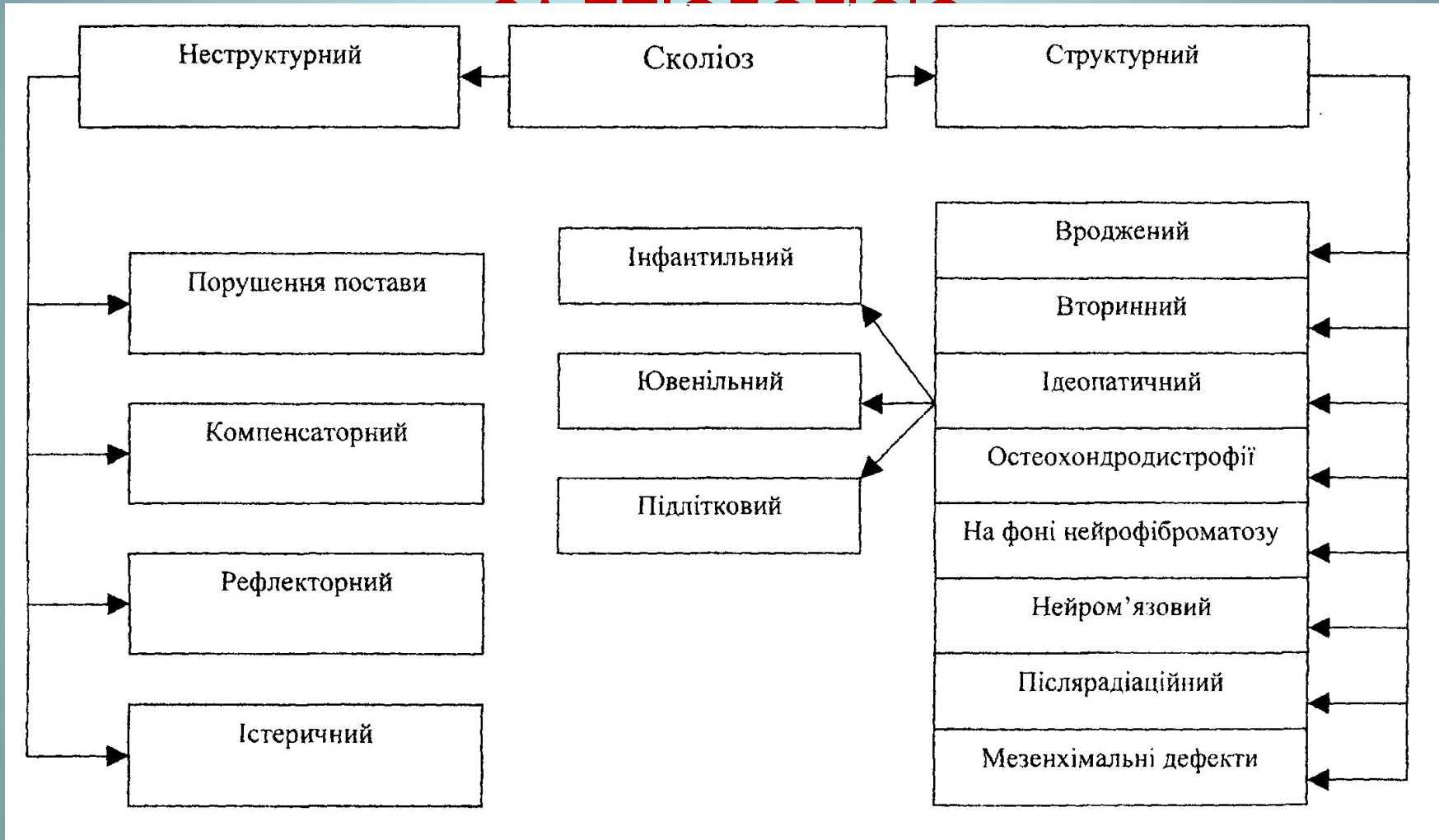
Актуальність теми

Сколіотична хвороба – широке поняття, що включає в себе морфо-функціональні зміни організму людини, які виникають внаслідок бокового викривлення хребта. Воно проявляється змінами діяльності дихальної, серцево-судинної, нервової систем, опорно-рухового апарату тощо.

Дана проблема постає досить гостро, оскільки поширеність сколіозу серед населення, зокрема дитячого, є досить великою. Вважається, що справжній (структурний) сколіоз розвивається лише у період формування та розвитку скелету.

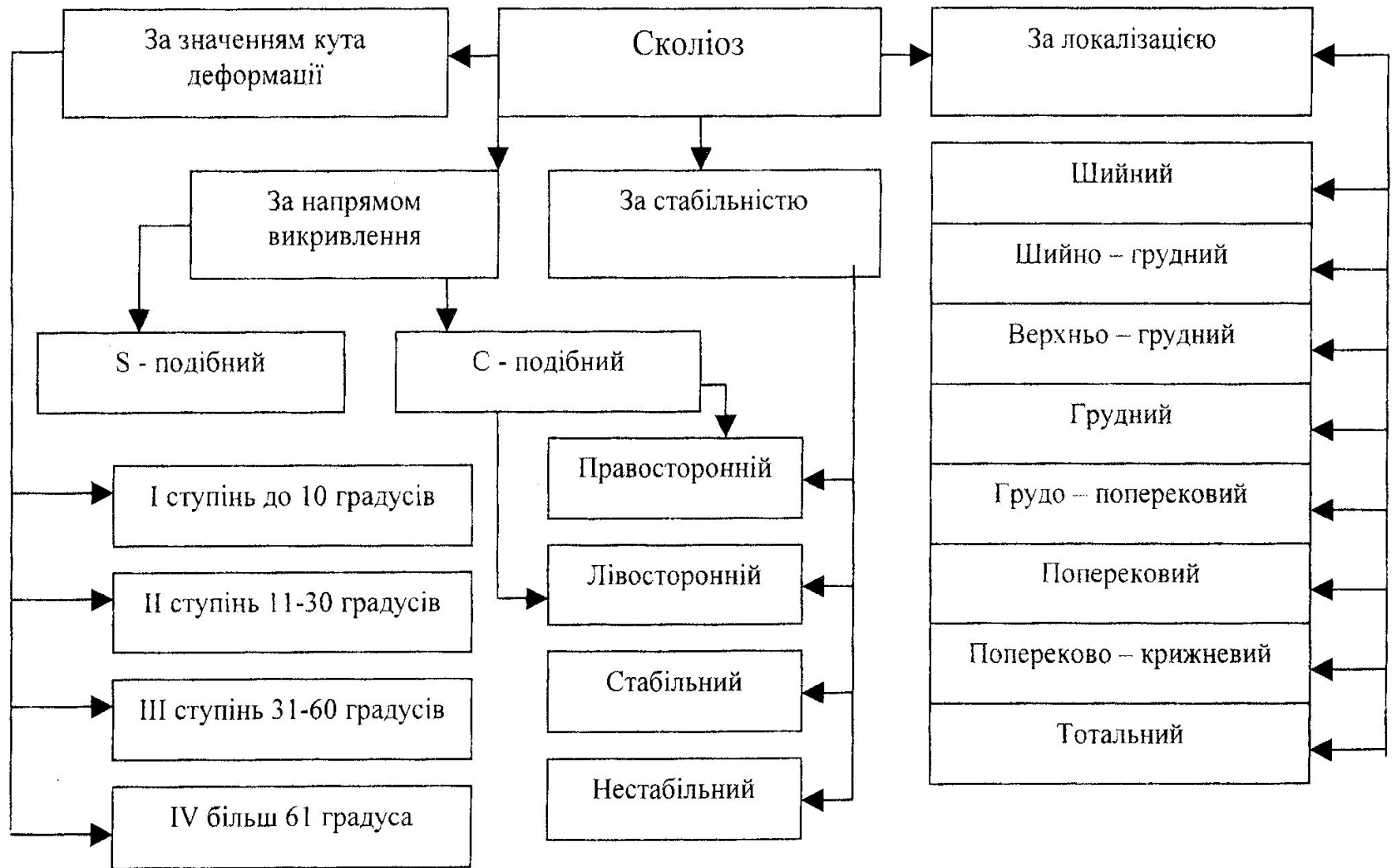
За даними різних авторів, найінтенсивніше сколіоз прогресує протягом перших двох років життя та після 10-ти років. Це пов'язується з швидким ростом та розвитком кісткової тканини у дані періоди. Поширеність сколіотичної деформації хребта серед дитячого населення віком від 1-го до 16-ти років становить 6,4%.

КЛАСИФІКАЦІЯ СКОЛІОТИЧНОЇ ХВОРОБИ

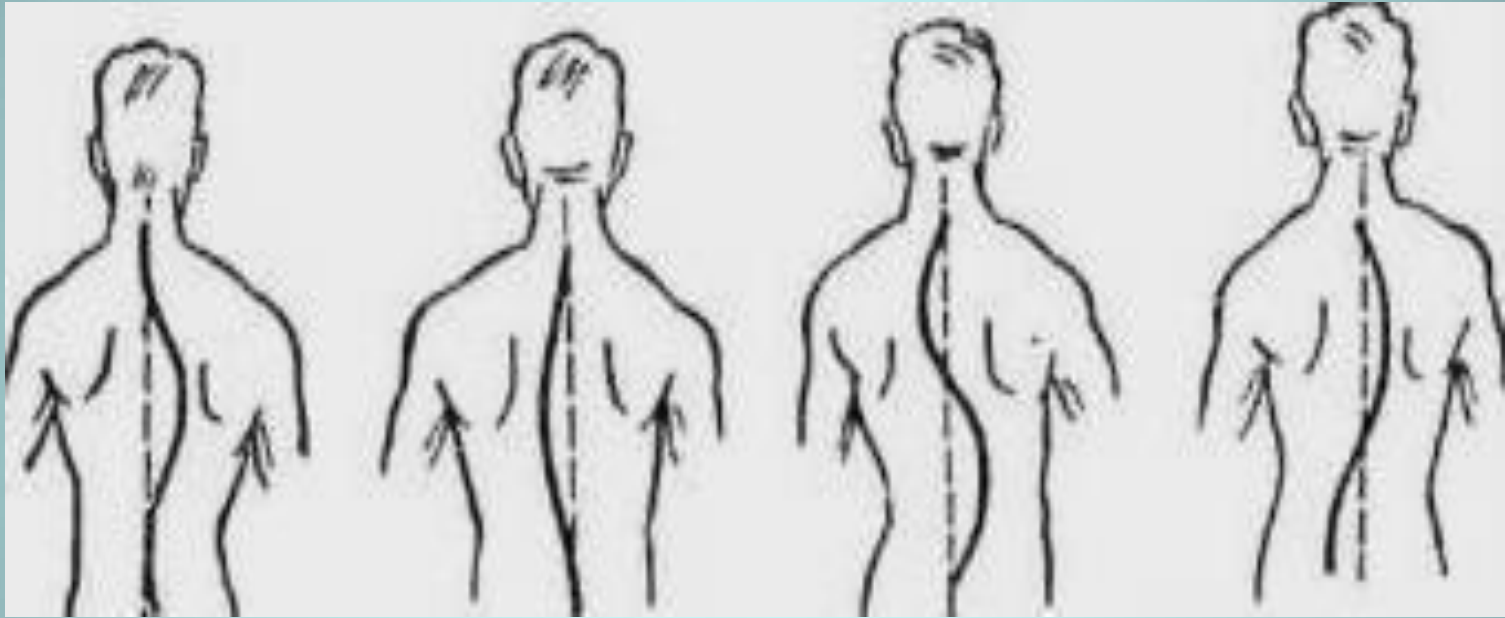


КЛАСИФІКАЦІЯ СКОЛІОТИЧНОЇ

УВРОДОБИ



ВИДИ СКОЛІОЗУ



- 1 - Правосторонній С- подібний сколіоз грудного відділу
- 2 – Лівосторонній С- подібний сколіоз грудного відділу
- 3, 4 – S-подібний сколіоз

ЗОВНІШНІЙ ВИГЛЯД ПАЦІЄНТІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ



I СТУПІНЬ



IV СТУПІНЬ

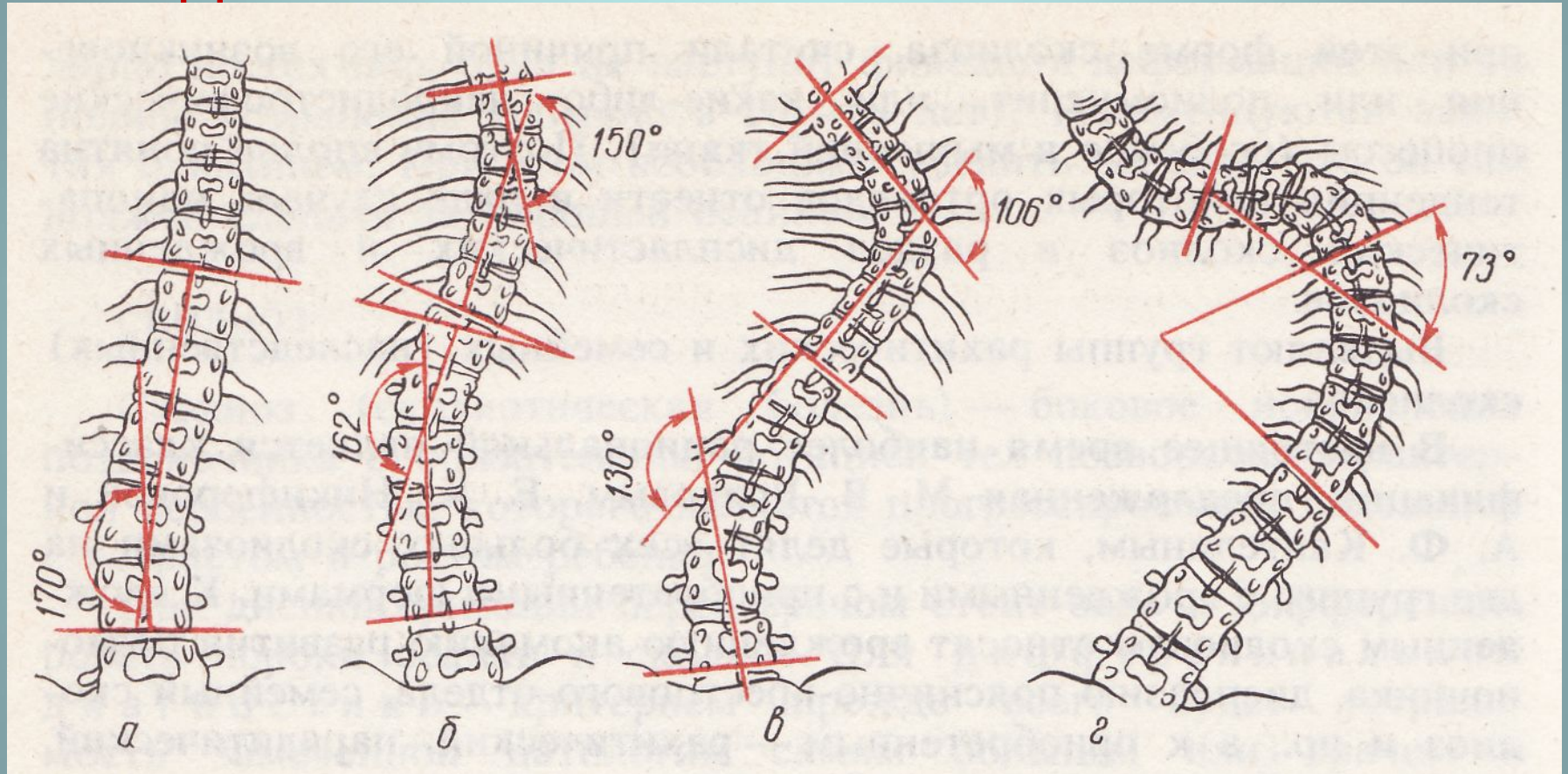
КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ СКОЛІОТИЧНОЇ ХВОРОБИ

При I ступені лінія остистих відростків відхилена від серединного положення, асиметрія висоти стояння лопаток і асиметрія відстаней між кутом лопаток і лінією остистих відростків, асиметрія "поперекових" трикутників та розташування крил клубових кісток, поява м'язового валика на випуклій стороні. При нахилі вперед — нерівність контурів грудної клітки на рівні викривлення.

II ступінь — ті самі вади і, крім того, легкий реберний горб, збільшення викривлення.

III, IV ступені — реберний горб, укорочення тулуба, подовження кінцівок, деформація грудної клітки спереду.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНИЙ МЕТОД ДІАГНОСТИКИ

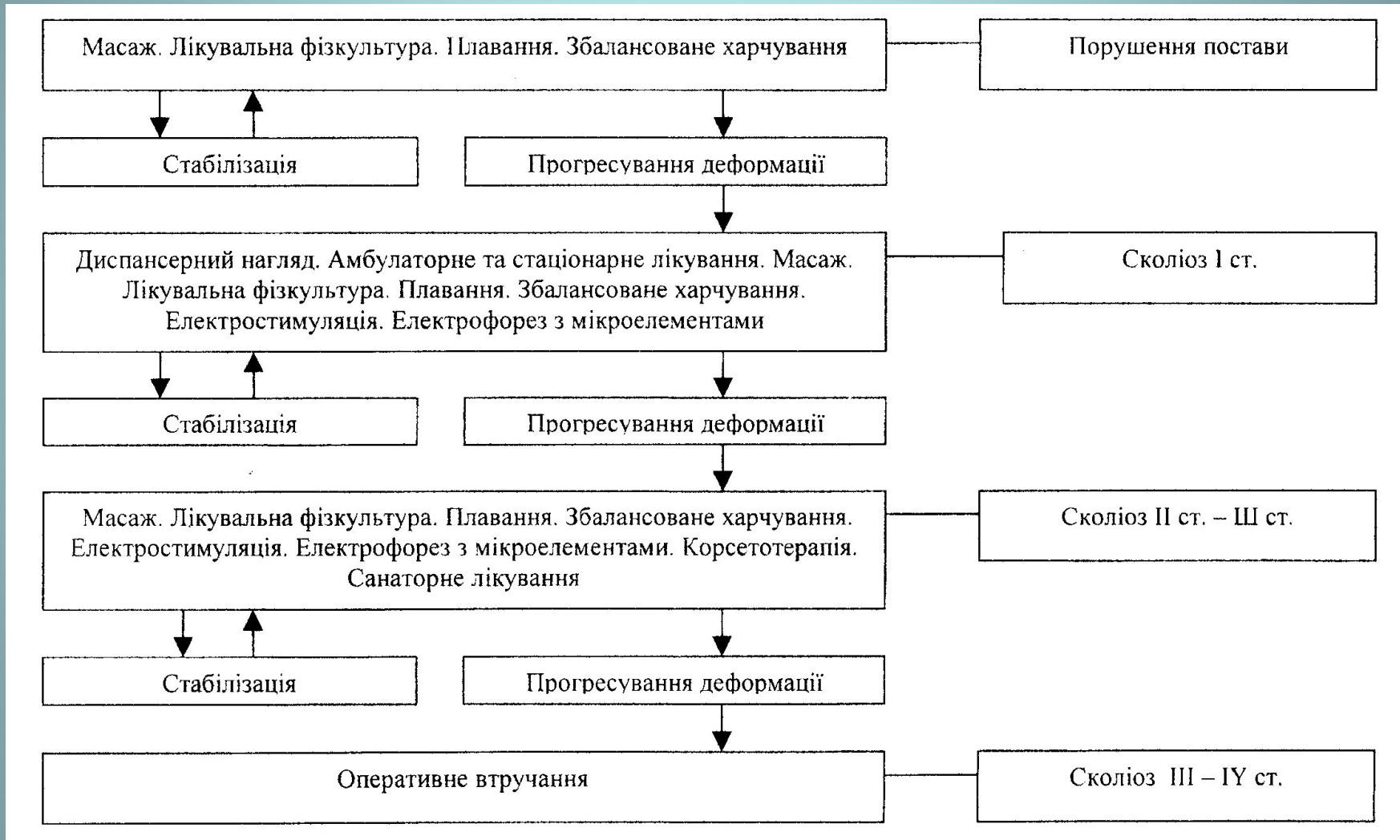


Класифікація сколіозу за Чакліним (графічний розрахунок за рентгенограмою).
а — I ступінь; б — II ступінь; в — III ступінь; г — IV ступінь.





АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ



План лікування

1. Регулювання росту хребців, які утворюють дугу викривлення.
1. Зменшення нестабільності хребта. При наявності кривизни хребта завжди має місце функціональна компенсація.
1. Усунення даного викривлення, декомпенсації. При різного ступеня величини дуг викривлення хребта неминуче відбувається збільшення меншою дуги і відхилення корпусу, тобто декомпенсація.
1. Здійснюється також медикаментозне та фізіотерапевтичне вплив на весь організм, яке спрямоване на нормалізацію обміну речовин.

Консервативне лікування

1. Обов'язково виробляється індивідуальний статикодинамічний режим - виключаються порочні пози (сприяють подальшому формуванню викривлення), дотримується оптимальна рухова активність, застосовується лікувальна гімнастика для функціонального виправлення хребта і грудної клітки.
2. Дотримується загальний ортопедичний режим (статичне розвантаження хребта) - наприклад, проводяться шкільні заняття на ліжку з ортопедичною підставкою у положенні лежачи, використовуються спеціальні ортопедичні укладання, необхідно носіння ортопедичного корсету, сон у гіпсовому ліжечку;
3. Використовується медикаментозне лікування (нестероїдні протизапальні препарати, хондропротектори і вітамінотерапія).
4. Проводяться загальнозміцнюючі заходи.
5. Призначаються фізіотерапевтичні процедури (бальнеотерапія, вплив електричним струмом низької напруги).

Викривлення осі хребта до 10 градусів - це тільки порушення постави, і медична допомога тут не потрібна.

Якщо ж вісь викривлення становить 10-20 градусів, пацієнт визнається хворим на сколіоз, у даному випадку обмежуються фізичні навантаження, але спеціального лікування не призначають, а лише спостерігають за пацієнтом (в силу безперспективності лікування).

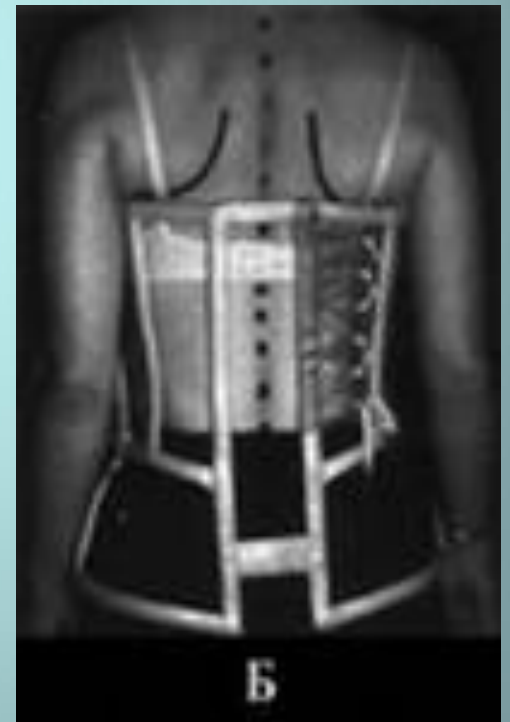
Хворим на сколіоз з віссю викривлення в 20 градусів і прогресуванням на 5 градусів на рік, рекомендують робити три рази на рік рентген хребта. Спеціальне лікування також не проводиться.

Корсет призначається тоді, коли вісь викривлення хребта становить 25-40 градусів.

Якщо ж вісь викривлення хребта більше ніж 40 градусів, призначається хірургічне лікування.

Види корсетів для лікування сколіотичної





ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ



ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ

ПОКАЗАННЯ

1. Кут сколіотичної деформації більше 40 градусів.
2. Біль. Виражений больовий синдром, резистентний до консервативного лікування є найбільш частим показанням до операції (приблизно 85% випадків)
3. Прогресування деформації хребта. Якщо деформація хребта перевищує 40-45 градусів, то пацієнту може бути запропонована хірургічна операція. Якщо кут сколіотичної деформації перевищує 60 градусів, то операція стає необхідною, оскільки така ступінь сколіозу завжди веде до порушення функції легень и серця.
4. Косметичний дефект. В деяких випадках операція проводиться, навіть якщо у пацієнта немає абсолютних показань до хірургічного втручання, однак виражений косметичний дефект значно погіршує якість життя пацієнта та обмежує його працездатність

МЕТА ХІРУРГІЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

1. Усунення деформації хребта
1. Зупинка прогресування сколіозу
1. Усунення компресії спинного мозку та нервових корінців
1. Захист нервових структур від пошкодження







Етіологія вад розвитку опорно-рухового апарату



ВРОДЖЕНИЙ ВИВИХ СТЕГНА

ЕТИОЛОГІЯ

Перша теорія - вада первинної закладки плоду.

Друга - внутрішньоутробна затримка розвитку нормально закладеного кульшового суглобу.

ПАТОГЕНЕЗ

Пов'язаний з сповільненим формуванням кульшової заглибини, її сплюсненням, затримкою скостеніння головки. В подальшому, по мірі зміщення догори головка стегна деформується, набуває грибоподібної форми, відстає в рості, хрящовий її покрив стоншується, шийно-діафізарний кут збільшується. Капсула суглоба перерозтягнута, набуває форми пісочного годинника.

КЛІНІКА

1. Обмеження відведення стегон.

1. Асиметрія шкірних складок по внутрішній поверхні стегон, вкорочення однієї кінцівки.

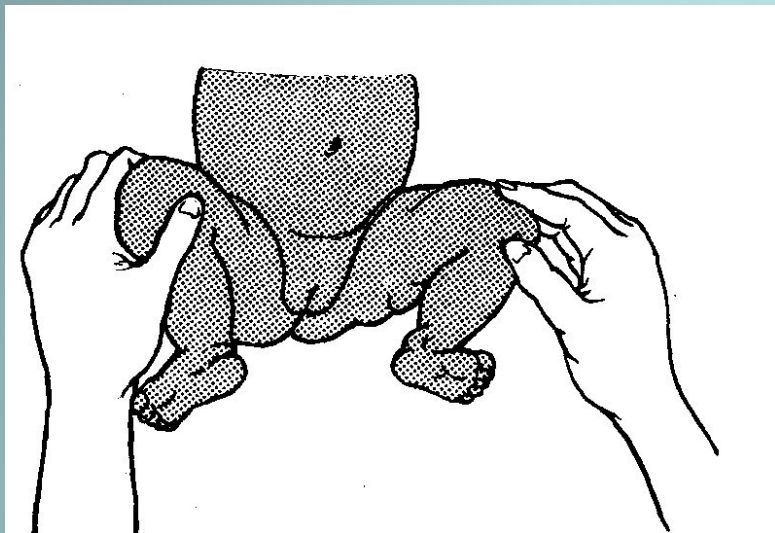
1. Зовнішня ротація кінцівки.

1. Симптом зісковзування виявляється тоді, коли сформувався вивих. Цей симптом є достовірною ознакою вивиху і називають його ще симптомом вправлення і вивихування, або симптомом Маркса-Ортолані. Визначають цей симптом таким чином : згинають ноги в кульшових і колінних суглобах і відводять в сторони, при наявності вивиху головка стегна, перекочуючись через край кульшової заглибини, вправляється, це супроводжується щиглем. Під час приведення ніг дитини до середньої лінії стається вивихування головки стегна.

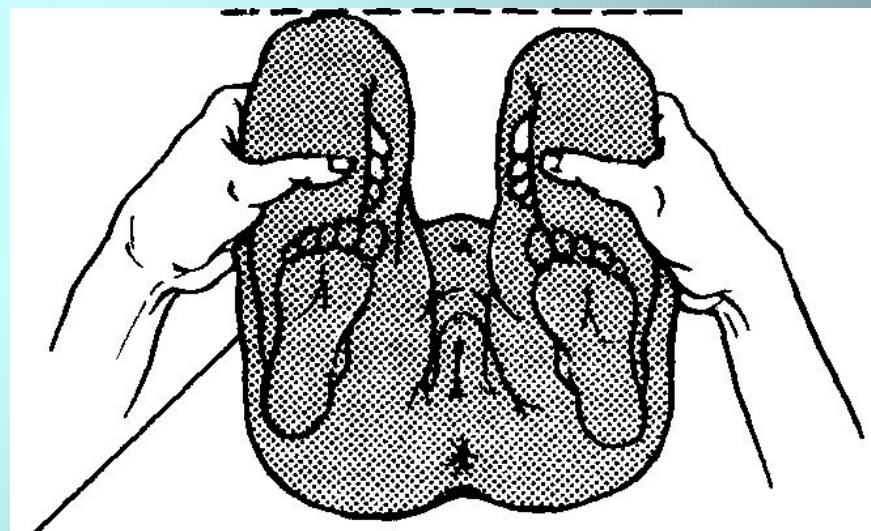
5 ступенів вивиху :

- 1) головка розташована латерально, але на рівні кульшової заглибини;
- 2) головка вище горизонтальної лінії U подібного хряща, в верхній частині схиленої заглибини (підвивих);
- 3) головка розташована над дашком кульшової заглибини;
- 4) головка покрита затінком даху кульшової заглибини;
- 5) головка розташована в верхній частині крила клубової кістки

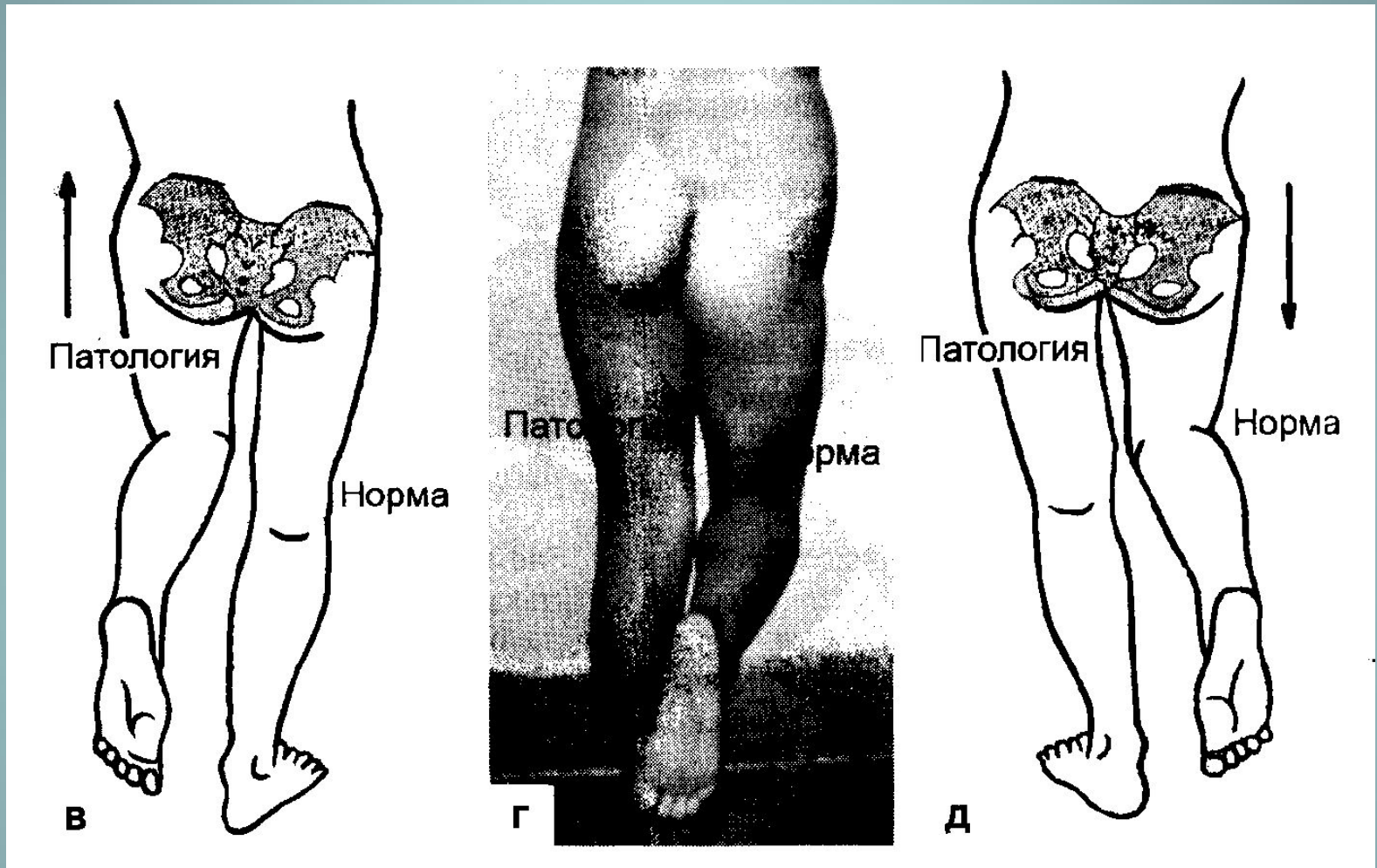
ДІАГНОСТИКА



Обмеження відведення
стегна на стороні вади

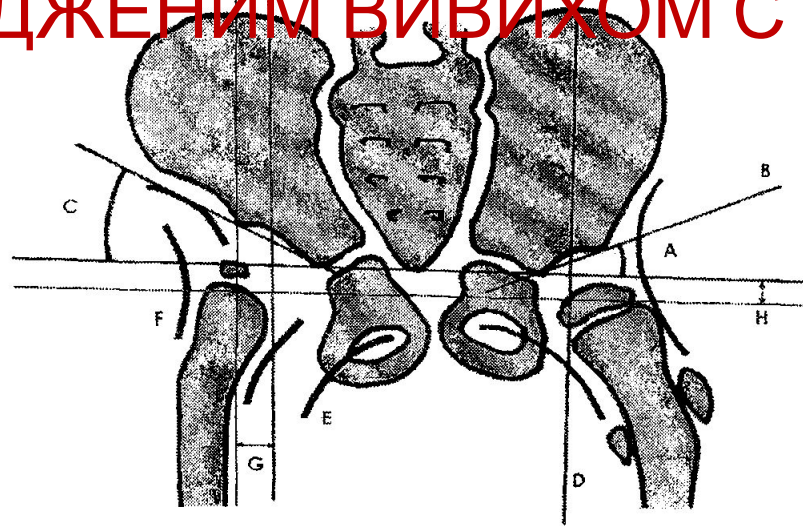


Вкорочення стегна на стороні
вади



Симптом Транделенбурга

СКИАГРАМА КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ ДИТИНИ З ВРОДЖЕНИМ ВИВИХОМ СТЕГНА



A -проводиться горизонтальна лінія крізь верхівки Y – подібного хряща;

B -проводиться дотична – дах вертлюгової западини – верхівка Y- подібного хряща (сіднична та лобкова кістки).

C -разом з горизонтальною лінією утворює кут Хільгенрейнера, відкритий назовні, який у нормі дорівнює 20° (збільшення величини кута свідчить про скошеність даху вертлюгової западини);

D -перпендикуляр від частини епіфіза стегнової кістки, яка найбільш випнута, до горизонтальної лінії (висота 10-12мм);

G -відстань від вище накресленого перпендикуляра до верхівки Y- подібного хряща (10-12мм) (збільшення відстані свідчить про латеропозицію проксимального відділу стегнової кістки);

E -лінія Шентона в нормі не переривчаста, вона проводиться по верхньому краю затульного отвору і нижньому краю шийки стегнової кістки;

F -лінія Кальве проводиться по зовнішньому краю клубової кістки і верхньому краю шийки стегнової кістки;

H -відстань від лінії A до вершини проксимального відділу стегнової кістки.

Лікування поділяють на декілька етапів :

- 1) консервативне лікування дітей до 3 міс;
- 2) консервативне від 3 міс. до 1 року;
- 3) консервативне від 1 року до 2 років;
- 4) оперативне від 2 до 5 років;
- 5) оперативне лікування дітей, старших 5 років.

Перші 3 місяці життя широко застосовують абдукційні штанці, подушку Фрейка, шину Ситенко, шину Віленського, паралельно проводять лікувальну гімнастику, масаж.



Оперативне лікування дітей, старших 2 років:

Всі операції поділяють на такі групи :

1. Відкрите вправлення;

1. Поєднання відкритого вправлення з реконструктивними операціями;

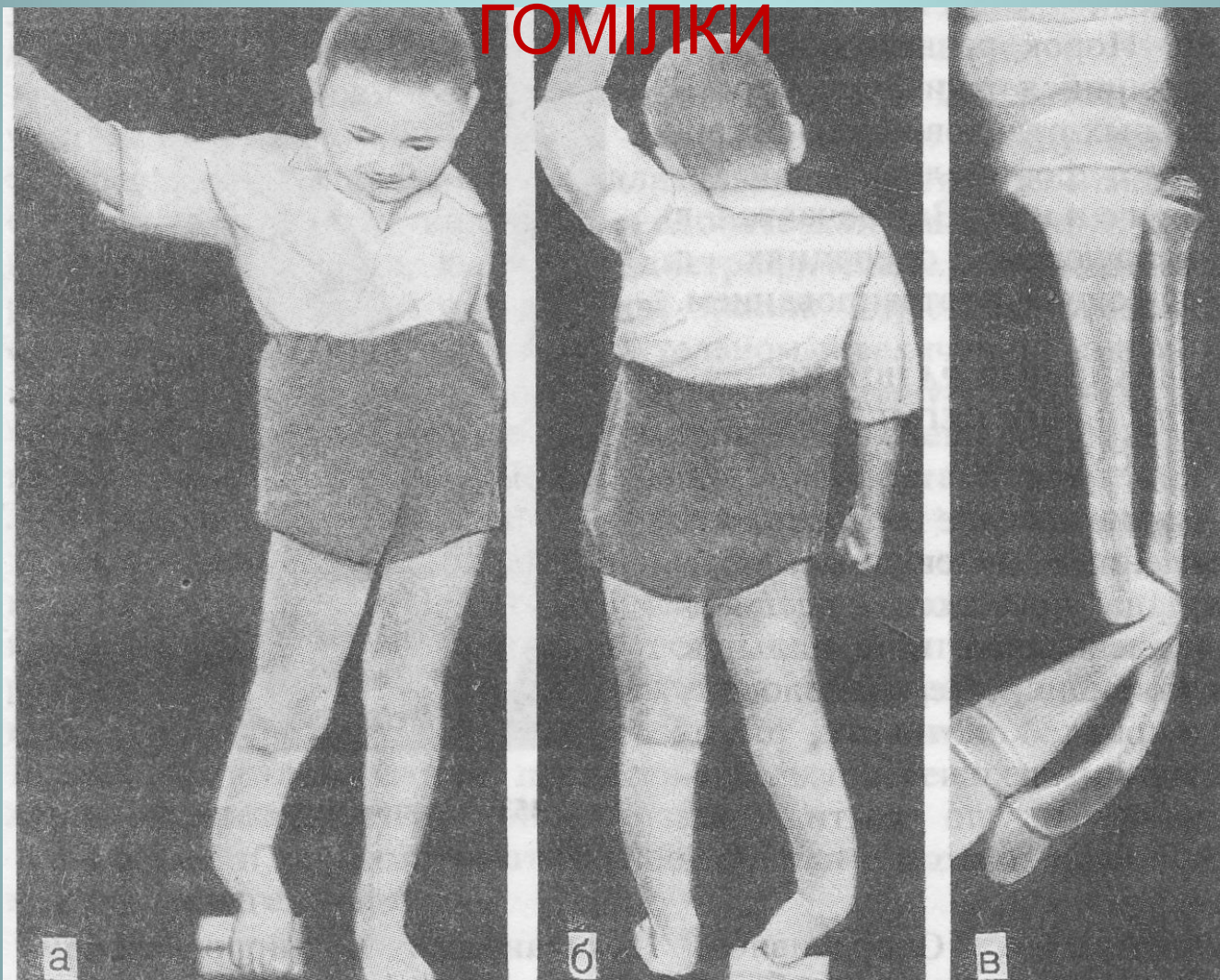
1. Реконструктивні операції на клубовій кістці і проксимальному відділі стегна.

1. Палліативні операції.

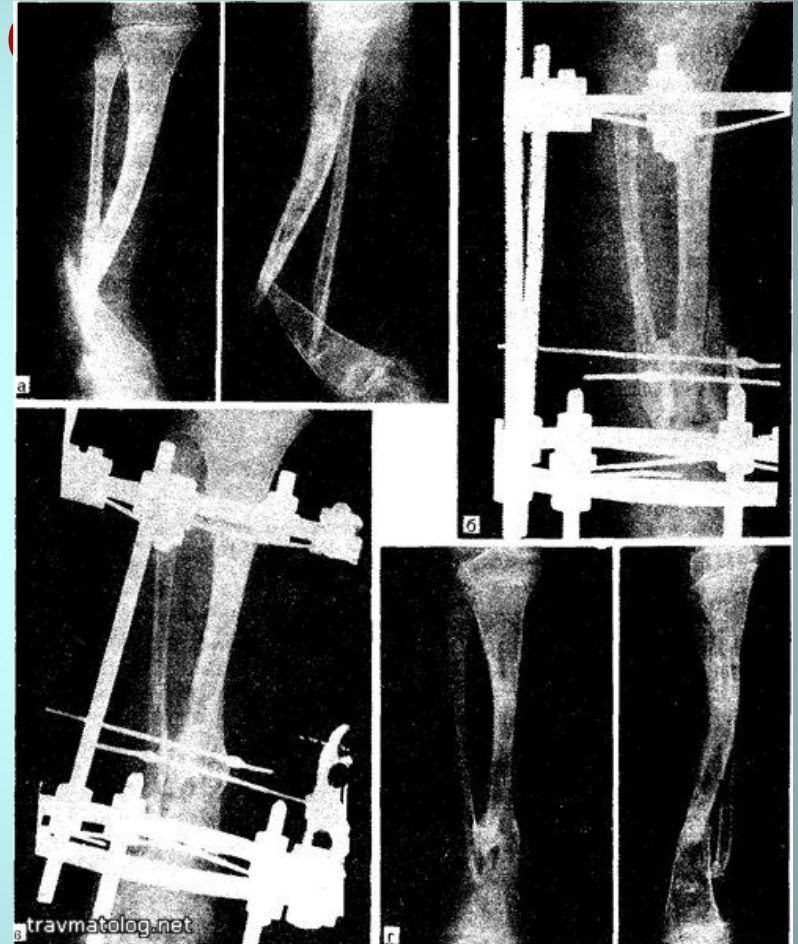
1. Просте вправлення рекомендується при добре сформованій западині і головці стегна.

ВРОДЖЕНИЙ ХИБНИЙ СУГЛОБ

ГОМІЛКИ



ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХИБНОГО СУГЛО



ВАДИ РОЗВИТКУ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ



Полідактилія, синдактилія

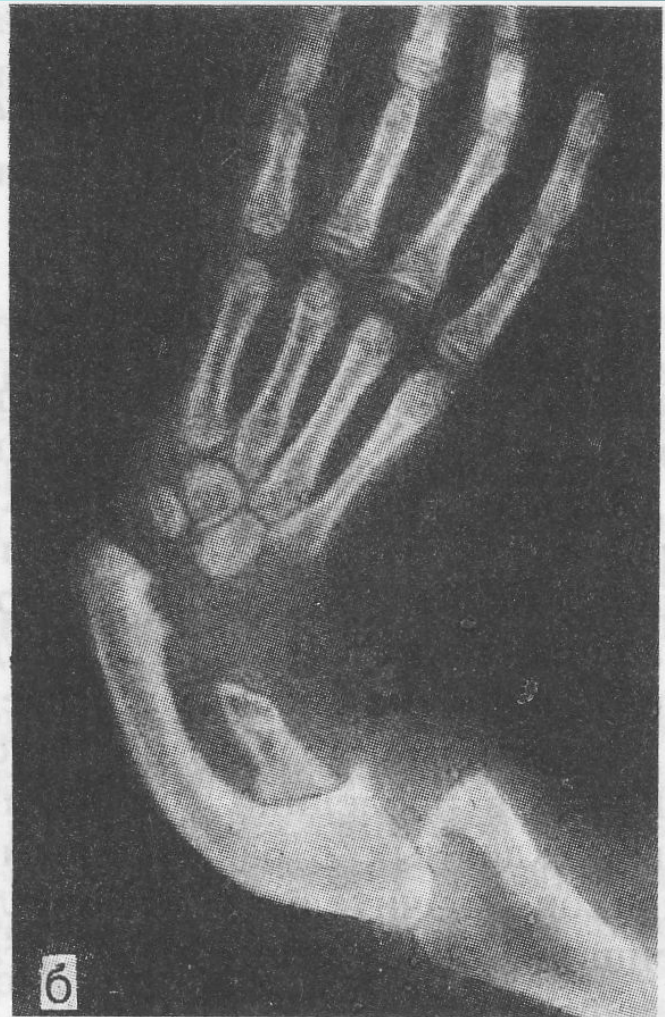
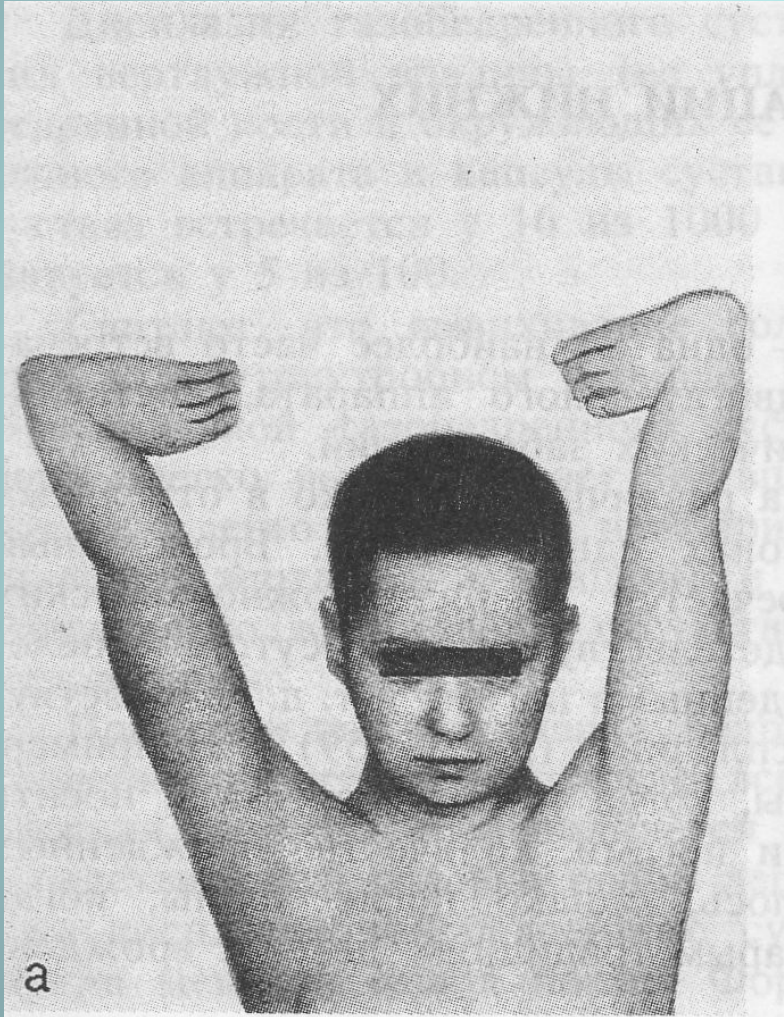


Синдактилія

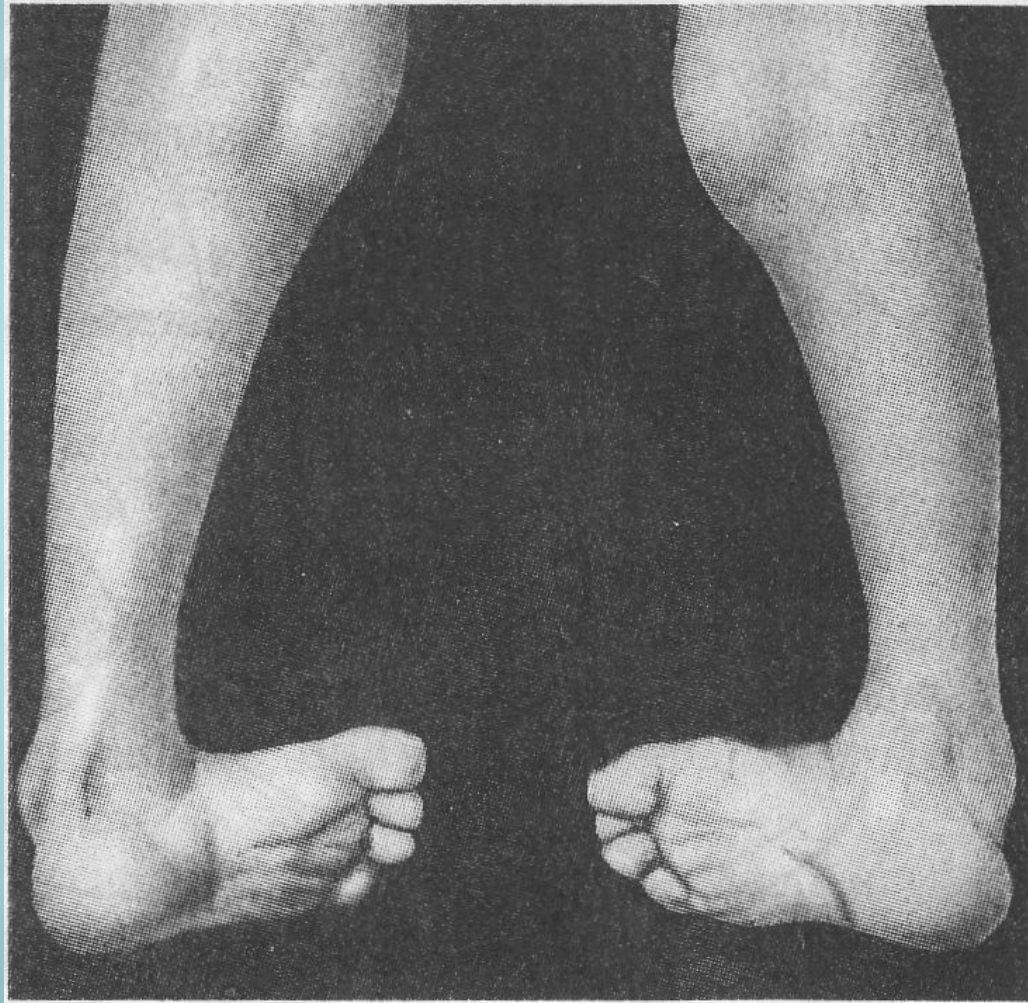
ХВОРОБА МАДЕЛУНГА



ВРОДЖЕНА КОСОРУКІСТЬ



ВРОДЖЕНА КОСОЛАПІСТЬ



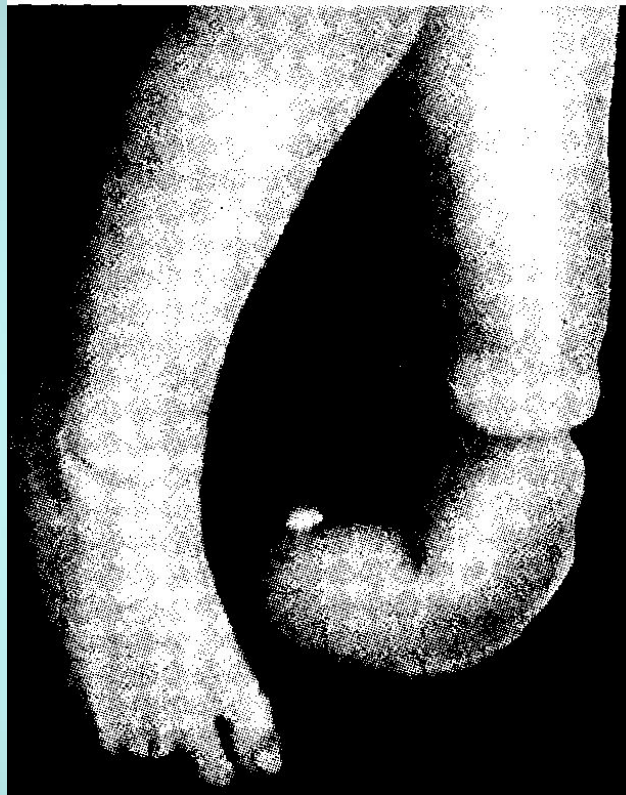
ВРОДЖЕНА АМПУТАЦІЯ КІНЦІВОК



Лікування:

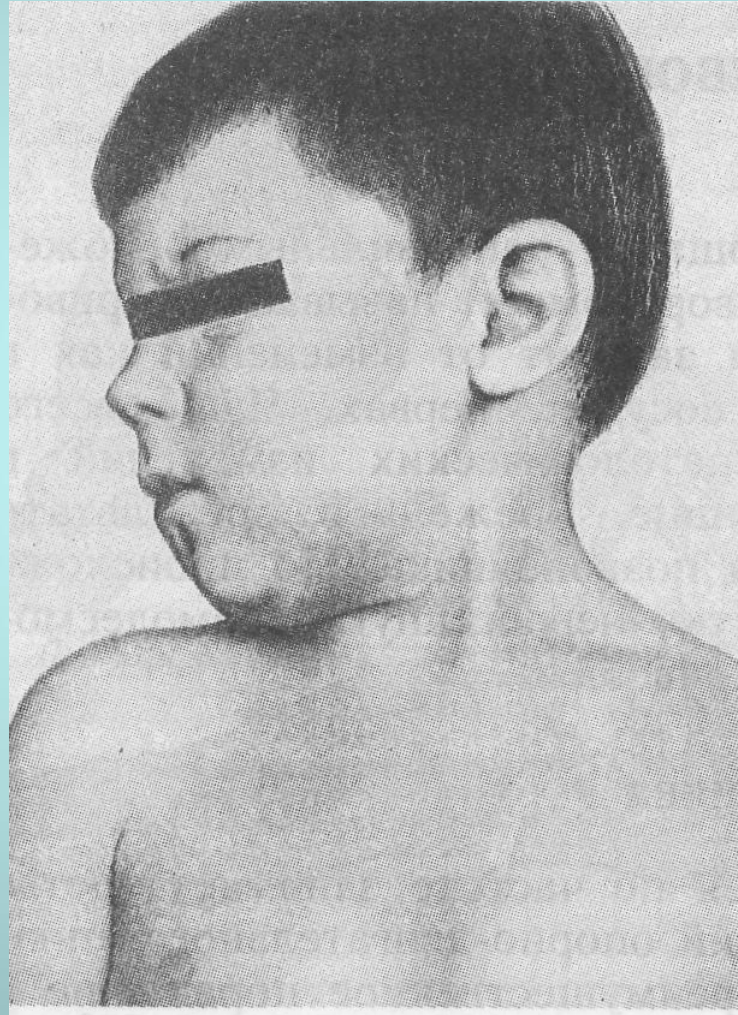
При наявності вродженої культі раціональне протезування

АМНІОТИЧНІ ПЕРЕТЯЖКИ КІНЦІВОК

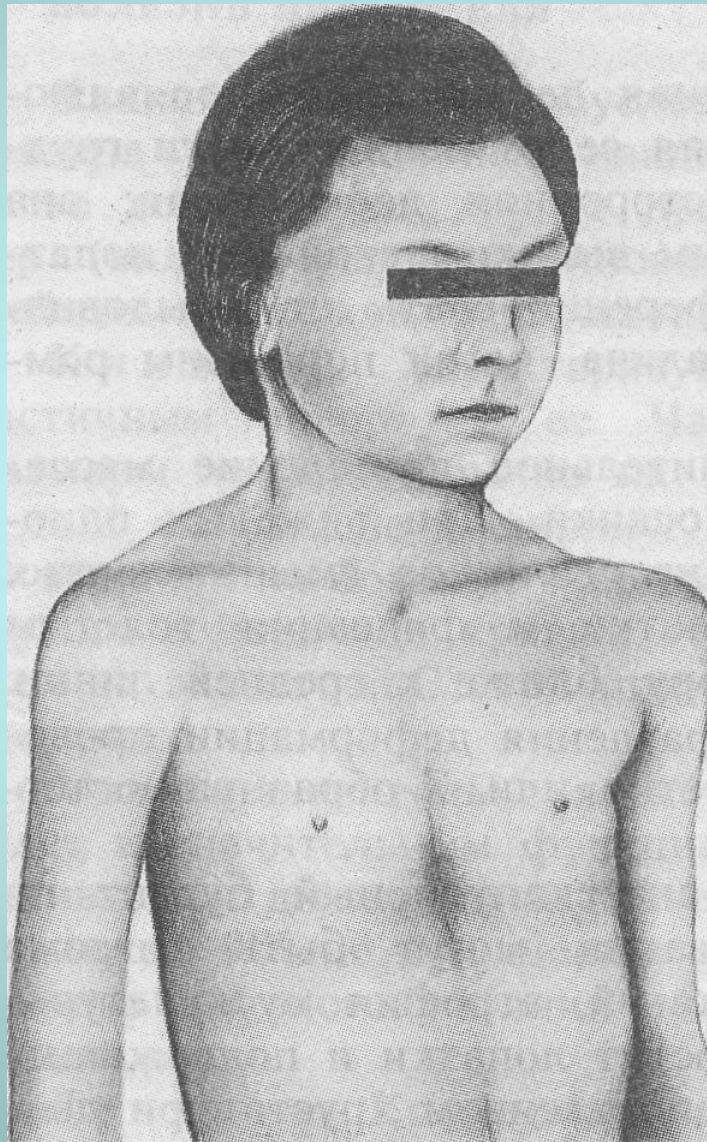


Лікування: хірургічне висічення перетяжки та пластичне заміщення дефекта шкіри місцевими тканинами. При наявності супутньої вади лікування починають з більш складного дефекту

ВРОДЖЕНА КРИВОШИЯ



ЛІЙКОПОДІБНА ГРУДНА КЛІТКА



ХВОРОБА КЛІПЕЛЯ-ФЕЙЛЯ



**Дякую за
увагу!**