

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТАТИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

К числу факторов, способствующих возникновению и развитию патологических состояний опорно-двигательной системы относятся статические нарушения, которые можно условно разделить на внутренние, обусловленные врожденной или приобретенной природной асимметрией туловища во фронтальной и чрезмерной или непропорциональной величиной кифолордотических искривлений в сагиттальной плоскостях, и внешние, являющиеся результатом привычных условий удержания вертикального положения при стоянии и ходьбе, которое осуществляется при разной степени выраженности асимметрии мышечных перенапряжений, которые могут быть причиной развития миотензофасциопатий, ранних дистрофически-дегенеративных процессов в позвоночнике (чаще в пояснично-крестцовом отделе).

Диагностика статических нарушений опорно-двигательной системы достаточно сложна, т. к. используется главным образом визуальная оценка, которую сложно объективизировать, подвергнуть биомеханическому анализу и выявить их значение в возникновении болевых синдромов. Наиболее перспективной методикой оценки статических нарушений позвоночника следует считать оптическую компьютерную топографию. Положительные свойства этой методики – неинвазивность, абсолютная безвредность, точный трёхмерный анализ, возможность функциональных исследований.

Цель данной публикации – исследование и описание субклинических статических асимметрий опорно-двигательной системы в патогенезе болевых синдромов позвоночника и разработка оптимальных схем лечения. **Методы** исследования включали клинический осмотр, во время которого тщательно анализировался характер болевого синдрома: локализация и источник болевой импульсации (мышцы, сухожильно-связочный, сухожильно-периостальный комплекс), а также интенсивность, распространённость и иррадиация у 82 больных в возрасте от 10 до 17 лет, лиц мужского пола было 43 (52%), женского 39 (47%).

Также при необходимости использовались методы лучевой диагностики: рентгенография, КТ, МРТ, на основании которых можно было установить окончательный диагноз.

Предметом анализа были клинические наблюдения детей и подростков, у которых имели место патология стояния и ходьбы вследствие различных

заболеваний опорно-двигательной системы и хроническая боль в спине, возникавшая после длительного стояния или сидения в школе и дома или по каким-либо другим причинам.

Материалом исследования являлись результаты клинического обследования 82 больных в возрасте от 10 до 17 лет, лиц мужского пола было 43 (52%), женского 39 (47%).

По своему характеру боли в спине можно было условно разделить на два типа.

К *первому* типу были отнесены боли, главным образом, в верхней части туловища без точной локализации, которые имели характер мышечный, усталостный, нами квалифицировались как миотензопатии и клинически проявлялись болевыми участками в местах прикрепления мышц. Топографическое обследование в этой группе больных преимущественно выявляло асимметрии туловища во фронтальной плоскости: ротированную осанку, стойкие сколиотические деформации I-II степени, перекосы таза с и без укорочения конечности, а также функциональные или структурные нарушения формы позвоночника в сагиттальной плоскости (усиление кифоза, лордоза или кифолордотические нарушения, вертикализация крестца).

Второй тип был представлен в виде поясничной боли, которая имела более локальный характер и клинически проявлялась болезненностью при пальпации в паравертебральных точках в проекции суставов позвонков (чаще в области LIV, LV, SI) и усиливалась при переразгибании, наклонах в стороны и ротации с разгибанием. При топографическом исследовании у этих больных наиболее часто выявлялись перекосы таза вследствие укорочения одной из нижних конечностей или же поясничные сколиозы различной степени и направленности. Рентгенологическое обследование выявляло признаки дисплазии пояснично-крестцового отдела позвоночника и сопутствующие артрозные изменения дугоотростчатых суставов.

Лечение детей и подростков с болевыми хроническими синдромами в спине должно быть направлено на устранение болевого синдрома путём снижения мышечного спазма, улучшения трофики поражённой области и использования методов ортопедической коррекции статических асимметрий опорно-двигательной системы с помощью ортопедических корсетов, корректоров осанки, бандажей, стелек и косков.