

ՈՂՆԱՇԱՐԻ ՋԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՆՈՍԱԼԻԱՆԵՐ

Ողնաշարի բնածին դեֆորմացիաների պատճառներն են դրա կմախքի, կրծքավանդակի, ուսագոտու և կոնքի զարգացման արատները: Ողնաշարի զարգացման արատները կարող են արտահայտվել ողերի քանակի քչացման կամ շատացման, ինչպես նաև նորմալ քանակի պայմաններում դրանց փոփոխությունների ձևով (յուրմբալիզացիա և սակրալիզացիա): Հայտնաբերվում են նաև ողերի մարմինների լոկալիզացված սերտաճումներ: Թիակների և սրբոսկրների զարգացման արատները նույնպես կարող են հանդիսանալ ողնաշարի սխալ զարգացման պատճառ:

Ողնաշար կմախքի զարգացման այս արատները հաճախ ուղեկցվում են համապատասխան հատվածների, ինչպես նաև կրծքավանդակի մկանների թերզարգացվածությամբ, որն էլ իր հերթին բերում է ողնաշարի ձևի և ֆունկցիայի զգալի փոփոխությունների:

Նշված զարգացման արատների, ինչպես և մյուս դեֆորմացիաների էթիոլոգիան անհայտ է:

Լյուրմբալիզացիա և սակրալիզացիա

Սրանք ողնաշարի հատուկ տիպի դեֆորմացիաներ են, որոնց ժամանակ առկա են գոտկային կամ սրբանային հատվածի ողերի քանակի փոփոխումներ՝ այսպես կոչված անցողիկ գոտկասրբանային (Շմորլի) ող: Լյուրմբալիզացիայի ժամանակ, սրբոսկրից I սրբանային ողի անջատման հաշվին, հինգ ողի փոխարեն կա գոտկային վեց ողեր: Սակրալիզացիայի ժամանակ V գոտկային ողը սերտաճում է սրբոսկրին :

Սակրալիզացիայի և յուրմբալիզացիայի առկայությունը հաճախ դիտում են որպես ողնաշարի կողմային դեֆորմացիայի (սկոլիզի), իսկ երբեմն էլ գոտկասրբանային ցավերի պատճառ:

Տարբերվում են իրական լրիվ սակրալիզացիա, երբ առկա է գոտկային V ողի հաստացած լայնակի ելունները սերտաճում սրբոսկրի հետ, և գոտկային V ողի սինոխոնդրոզ սրբոսկրի հետ կամ լայնակի ելունի սինոխոնդրոզ զստոսկրի հետ: Հանդիպում է նաև ոչ լրիվ սակրալիզացիա, երբ լինում է միայն գոտկային V ողի լայնակի ելունների հաստացում:



Рисунок 1. Сакрализация L5 (двухсторонняя суставная)



Рисунок 2. Сакрализация L5. Гипоплазия XI ребер



Рисунок 3. Люмбализация S1

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Նշված արատի ժամանակ հաճախակի առաջանում են գոտկասրբանային ցավեր՝ հատկապես զգալի հաստացած լայնակի ելունի շրջանում: Առաջացած համակցման մեջ (լայնակի ելունների և սրբոսկրի, կամ զստոսկրի) զարգանում է սպոնդիլոարթրոզ և ,բացի այդ, օստեոխոնդրոզ գոտկային վերջին և սրբային առաջին ողերի միջև եղած միջողային սկավառակում:

Նշված հիվանդությունը կլինիկորեն ի հայտ է գալիս 20-25 տարեկան հասակում գոտկասրբանային հատվածի արտահայտված ցավերով: Երկար կանգնելուց, շարժումներից, ծանրություն կրելուց ցավերը ուժեղանում են: Երբեմն դրանք ռադիկուլյար ցավերի նման ճառագայթվում են դեպի ստորին վերջույթ: Շոշափումը ցավոտ է հաստացած լայնակի ելունի շրջանում:

Բ ու ժ ու մ ը : Կոնսերվատիվ բուժումը ներառում է ֆիզոթերապիա, մերսում, բուժական մարմնամարզություն և օրթոպետիկ կորսետի կրում: Հիվանդը պետք է քնի կոշտ մակերեսի վրա: Ցավերի ուժգնությունը կարող են մեղմել ծծմբաջրածնային տաք լոզանքները, պարաֆինը, նովոկաինով էլեկտրոֆորեզը, ուլտրաձայնային բուժումը: Ծանր ֆիզիկական աշխատանքը հակացուցված է: Սակայն երբեմն նույնիսկ երկարատև կոնսերվատիվ բուժումը արդյունք չի տալիս և այդ դեպքերում ցուցված է կատարել վիրահատություն՝ հաստացած լայնակի ելունի հեռացում և հետին սպոնդիլոդեզ ոսկրային պատվաստուկով:

Պլատիսպոնդիլիա

Ողերի տափակումն է սահմանափակ տարածության վրա, որը զուգակցվում է այնպիսի արատների հետ, ինչպիսիք են ողերի մարմինների սերտաձումը և դրանց հիպերտրոֆիան: Նշված դեֆորմացիան հաճախակի զուգակցվում է նաև այլ արատների հետ և բնորոշվում արագ պրոգրոսիվոլ և ողնաշարային ցավեր առաջացնող սկոլիոզով, շարժումների սահմանափակմամբ և ողնաշարի առանձին հատվածների դիսպրոպորցիայով:

Ողի չսերտաձում

Ողերի առաջնային և, հատկապես, հետին հատվածների չսերտաձումները բավականին հաճախ հանդիպող բնածին արատներ են: Աղեղիկների ոչ լրիվ սերտաձումները հանդիպում են 30-35 % դեպքերում, իսկ սրբանային ողերի լրիվ բացված ողնուղեղային խողովակը՝ 3-5 % դեպքում: Առաջնային և հետին ձեղքվածքները սովորաբար տեղեկայվում են միջին գծով, սակայն երբեմն նկատվում է դրանց ասիմետրիկ սեղակայում, երբեմն ձեղքը տեղակայվում է թեք:

Հաճախ ախտահարված շրջանում հայտնաբերում են ֆիբրոզ կպումների, աճառային հյուսվածքի, ֆիբրոմաների տիպի գոյացություններ, որոնք կարող են հանդիսանալ գոտկասրբանային ռադիկուլիտի տեսքով ընթացող ցավային համախտանիշի զարգացման պատճառ: Տարբերում են նշված արատի երկրու հիմնական ձև՝ 1) ողնուղեղային ճողվածք, որն իր մեջ ընդգրկում է ողնուղեղի թաղանթները (մենինգոցելե), կամ ողնուղեղի էլեմենտները թաղանթների հետ միասին (մենինգոմիելոցելե); 2) ողնուղեղի խողովակի պատի պարզ չսերտաձում:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Ողնուղեղային ճողվածքի ժամանակ սրբոսկրի կամ գոտկասրբոսկրային շրջաններում հայտնաբերում է ուռուցքանման արտափքում: Որքան վեր է տեղակայված ողնուղեղային ճողվածքը, այնքան ծանր է լինում նյարդաբանական պատկերը (հաճախակի պարալիչներ):

Բ ու ժ ու մ ը միայն վիրաբուժական է: Նյարդային արմատիկները ճողվածքապարկից անջատելուց հետո, այն կապում և հեռացնում են: Եթե վիրահատությունը ժամանակին չի կատարվում, ապա երեխան կարող է մահանալ մենինգիտից կամ ողնուղեղի էլեմենտների ախտահարումների հետ կապված բարդություններից:

Ողի աղեղիկների պարզ ճեղքվածքի կլինիկան բավականին աղքատ է և հայտնաբերվում է պատահական: Դրա ժամանակ հաճախ նկատվում են հիպերտրիխոզ, մաշկի պիգմենտավորում, Միքալիսի շեղանկյան գերմազակալում:

Մինչև 10 տարեկան երեխաների մոտ նշված պաթոլոգիան հանդիպում է շատ հաճախ: Սա տարիքային առանձնահատկություն է կապված այն փաստի հետ, որ այդ տարիքում աղեղիկները դեռ ոսկրացած չեն: Պատանիների մոտ, կապված ողնաշարի հենման և ստատիկ հատկությունների թուլացման հետ, աղեղիկների թերսերտաձունը կարող է արտահայտվել ողնաշարի կողմնային ծռումների տեսքով: Երեխայի աճի ավարտման շրջանում ֆիզիկական զգալի ծանրաբեռնվածությունների դեպքում կարող են առաջանալ ցավեր գոտկասրբանային հատվածում, ստորին վերջույթներում, արագ հոգնածություն, կծկումներ: Հնարավոր են գիշերային անմիզապահություն, ստորին վերջույթների սնուցման խանգարումներ:

Կլինիկական պատկերը ձևավորում են ռենտգենաբանական հետազոտության միջոցով:

Բուժումը: Անհրաժեշտ է ներմուծել ցավազրկողներ, լավացնել տեղային արյան շրջանառությունը (ֆիզոթերապևտիկ միջոցառումներ), վերականգնել ողնաշարը ֆիզիոլոգիական դիրքում պահող մկանները (բուժական մարմնամարզություն, մերսում, լող):

Ուսիչիզիս: Սա միաժամանակ և ողի մարմնի, և աղեղիկի չսերտաձունն է: Այն հաճախ հանդիպում է գոտկային հատվածում, սակայն երբեմն նաև պարանոցային հատվածում և կարող է առաջացնել սկոլիոզ:

Կողմային կիսաողեր

Կողմային կիսաողերը լինում են մեկուսացած, երկակի և նույնիսկ եռակի, հաճախ տեղակայվում են պարանոցակրծքային կամ, ավելի հազվադեպ, գոտկային հատվածներում: Կիսաողը կրծքային հատվածում ունի նաև իրեն միացած ավելնորդ կող: Ավելնորդ ողի աճը բերում է դեֆորմացիայի, որը արտահայտվում է ողնաշարի կողմնային ծռումով՝ սկոլիոզով:

Ողերի սինոստոզ (պաշարում)

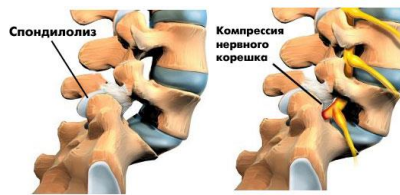
Ողերի սինոստոզը կարող է լինել լրիվ կամ մասնակի: Լրիվ սինոստոզի դեպքում տեղի է ունենում ողերի մարմինների և հետին հատվածների սերտաձուն: Ախտահանումից վեր և ցած ընկած ողերում առաջանում է կոմպենսատոր դեֆորմացնող սպոնդիլեզ, որը և հանդիսանում է ցավային համախտանիշի պատճառ: Հաճախ սերտաձուն են պարանոցային հատվածի ողերը (Կլիպպել-Ֆեյլի հիվանդություն): Երբեմն կարող է հանդիպել ծոծրակային ոսկրի և ատլանտի սերտաձուն, որը բերում է ծոծրակային մեծ անցքի նեղացմանը: Չափազանց հազվադեպ հանդիպում է ողնաշարի բոլոր հատվածների ողերի սերտաձուն:

Սպոնդիլոլիզ

Սպոնդիլոլիզը՝ ողնաշարի միակողմանի արատն է, որը արտահայտվում է ողի մարմնի հետ աղեղիկների ոսկրային սերտաձման բացակայությամբ:

Էթիոլոգիան կարող է լինել բնածին, ձեռք բերովի և խառը: Հաճախականությունը տատանվում է 2-7 % մինչև 20 տարեկան հասակում: Մինչև 20 տարեկանը այս պաթոլոգիան հանդիպում է և տղամարդկանց և կանանց մոտ նույն հաճախականությամբ, 20 տարեկանից հետո սպոնդիլոլիզը 2 անգամ ավելի հաճախ հանդիպում է տղամարդկանց մոտ:

Կլինիկան: Մեծամասամբ դեպքերում սպոնդիլոլիզը ընթանում է անախտանիշ, սակայն երբեմն լինում է ոչ զգալի ցավոտություն գոտկային շրջանում, որը առաջանում է նուպայածև և սաստկանում նստելու կամ ոտքի վրա կանգնելու ժամանակ: Կարող է նշվել գոտկային լորդոզի ավելացում: Ճնշումը գոտկային V ողի փուշելունի վրա ցավոտ է: Ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերում են սրբոսկրի հորիզոնական դիրք, իսկ թեք պրոյեկցիայով կատարված նկարների վրա՝ ողի աղեղիկի շրջանում անցք:



Բուժումը ուղղված է ողնաշարը ճիշտ դիրքում պահող «մկանային կորսետի» ստեղծմանը: Ցավերը վերացնելու նպատակով կիրառում են մագնիսային ցածր հաճախականության դաշտ: Սպոնդիլոլիզի ժամանակ ֆիզիկական ծանր աշխատանքը հակացուցված է:

Սպոնդիլոլիստեզ

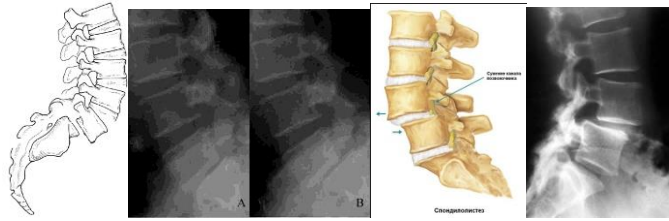
Դա ողի մարմնի սահունն է ողնաշարի վերընկած հատվածի հետ միասին: Հաճախ սահում է գոտկային V ողը սրբանային I ողի նկատմամբ: Ավելի հազվադեպ գոտկային IV ողը կարող է սահել դեպի ետ կամ կողմեր:

Սպոնդիլոլիստեզը կարող է լինել բնածին, ձեռք բերովի և խառը: Բնածին սպոնդիլոլիստեզը պայմանավորված է լինում աղեղիկներում ոսկրացման օջախի բացակայությամբ (սպոնդիլոլիզ), որը բնորոշվում է դրա միջհողային հատվածում մեկ կամ երկու կողմերից ձեղքվածքի առկայությամբ: Ձեռք բերովի սպոնդիլոլիստեզը աղեղիկների միկրովնասվածքի հետևանք է: Երբ համակցվում են բնածին սպոնդիլոլիստեզը և աղեղիկների միկրովնասվածքը, ապա խոսում են սպոնդիլոլիստեզի խառը ձևի մասին:

Եթե սպոնդիլոլիստեզը պայմանավորված է սպոնդիլոլիզով, ապա կյանքի առաջին 8 տարիների ընթացքում այն հնարավոր չէ հայտնաբերել: Ավելի ճշգրիտ այն կարելի է հայտնաբերել 10-20 տարեկան հասակում, կամ ավելի մեծ տարիքում:

Սպոնդիլոլիզը մոտ 65% դեպքում բերում է սպոնդիլոլիստեզի: Դրա առաջացմանը նպաստում է վնասվածքը: 67,7% դեպքում այն լինում է գոտկային V ողում, իսկ 25,8% դեպքերում՝ գոտկային IV ողում : Որքան բարձր է տեղակայված ողը, այնքան նվազում է սպոնդիլոլիստեզի առաջացման հավանականությունը: Այսպես, գոտկային I ողը սահում է դեպքերի միայն 0,4%:

Կլինիկան: Ըստ կլինիկառենտգենաբանական նշանների տարբերում հիվանդության զարգացման մի քանի աստիճան (ըստ Մեյերդինգի)՝ I աստիճան. ողի սահում մարմնի 1/4 չափով; II աստիճան. 1/2 չափով; III աստիճան. 3/4 չափով և IV աստիճան. ողի մարմնի ամբողջ մակերեսի չափով:



Տարբերում են նշված պաթոլոգիայի հետևյալ ախտանիշները՝

- գոտկային և գոտկասբանային շրջանի ցավեր, որոնք ուժեղանում են նստելուց և կռանալուց, առաջանում է ցավոտություն գոտկային ողերի փուշելուների վրա սեղմելիս;

- շենքի ախտանիշ՝ գոտկային V ողի տեղաշարժի հետևանքով փուշելունը արտացցվում է և անմիջապես դրա տակ առաջանում փոսիկ, իսկ ողնաշարի վերին հատվածներում՝ կիֆոզ;

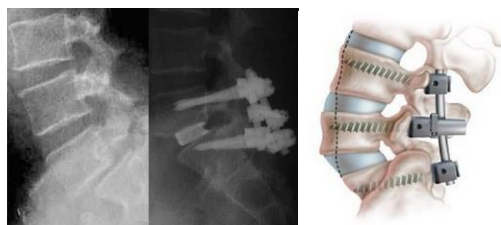
- գոտկային լորդոզի ավելացում;
- սրբոսկրի հորիզոնական դիրք;
- իրանի կարճացում;
- կրծքավանդակի, իսկ ավելի ուշ՝ որովայնի արտափքում;
- գոտկային հատվածում շարժումների սահմանափակում
- «լարախաղացին» բնորոշ քայլվածք;
- նյարդարմատների, երբեմն էլ՝ ամբողջ նստանյարդի գրգռում:

Հաճախ հայտնաբերում է մկանների ատրոֆա, ռեֆլեքսների թուլացում կամ բացակայում, հիպեսթեզիա: Մեծահասակների մոտ նյարդային ախտանիշերը լինում են էլ ավելի արտահայտված, քանի որ պրոցեսին միանում է նաև օստեոխոնդրիոզը և ողնաշարի անկայությունը:

Բ ու ժ ու մ ը : Կոնսերվատիվ բուժումը նիայն 6% դեպքերում է տալիս լավ արդյունքներ:

Մնացած դեպքերում այն միայն ժամանակավորապես լավացնում է վիճակը: Այդ միջոցներն են կանգնելու և քայլելու սահմանափակումը, անկողնային ռեժիմը, մերսումը, նովոկաինային բլոկադաները, վիտամինների, ցավազրկող միջոցների ներմուծելը, ուլտրաձայնային բուժումը, սանատորակուրորտային բուժումը (Սոչի, Նալչիկ, Պյատիգորսկ):

Հիմնական բուժումը վիրահատությունն է: Կատարում են ողնաշարի հետին ոսկրապլաստիկ անշարժացումների տարբեր տեսակներ, կամ միջողային սկավառակի փոփոխությունների վերացում և սահող ողի լիարժեք անշարժացում՝ Չակլինի, Կորժի, Օլբիի, Մերսերի և այլ վիրահատություններ:



ԿԵՑՎԱԾՔԻ ՇԵՂՈՒՄՆԵՐ: ՍԿՈՒԻՈԶ

Նորմալ կեցվածքը բնորոշվում է գլխի և ողնաշարի ուղիղ դիրքով, հետույքային ծալքերի սիմետրիկությամբ, փուշելունների ուղղաձիգ դիրքով, գստոսկրերի կատարների հորիզոնական մակարդակով, սագիտալ հարթության մեջ ողնաշարի ֆիզիոլոգիական նորմալ ծռվածքներով, ստորին վերջույթների միանման երկարությամբ և ոտնաթաթերի ճիշտ դիրքով:

Գոյություն ունի ախտաբանական կեցվածքը որոշելու բազմաթիվ եղանակներ, սակայն պրակտիկ աշխատանքում բավական է լինում երեխայի լուսանկարելը:

Առավել տիպիկ են կեցվածքի հետևյալ շեղումները՝

Կորացած մեջք ողնաշարի կրծքային հատվածում ֆիզիոլոգիական կիֆոզի ավելացում: Գոտկային լորդոզը և կոնքի թեքվածությունը աննշան են:

Կլոր մեջք կրծքային հատվածում կիֆոզի ավելացումը զուգակցվում է ողնաշարի գոտկային հատվածի լորդոզի ավելացման հետ:

Տափակ մեջք գոտկային լորդոզի լրիվ հարթեցում, թույլ արտահայտված ծռվածքներ ողնաշարի պարանոցային և կրծքային հատվածներում: Մարմնի առանցքը այս դեպքում անցնում է ողնաշարի ողջ երկարությամբ: Կեցվածքի այս տիպը ամենից շատ է հակված սկոլիոտիկ դեֆորմացիայի:

Կիֆոզ ողնաշարի կրծքային հատվածի զգալի հետին կորացումն է, որի զագաթն է հիմնականում հանդիսանում կրծքային VII ողը: Ֆրոնտալ հարթության մեջ, երեխային զննելիս, կարելի է հայտնաբերել ողերի փուշելունների թեթևակի շեղվածություն միջին գծից:

Ասիմետրիկ կեցվածք ողնաշարի ֆունկցիոնալ, ոչ կայուն շեղումն է ֆրոնտալ հարթության մեջ, որը հնարավոր է ուղղել մկանների լարման հաշվին: Կեցվածքի խախտման այս տեսակը տարբերվում է I աստիճանի սկոլիոզից ողնաշարի կողմից ռենտգենաբանորեն որոշվող փոփոխությունների բացակայությամբ:

Կեցվածքի շեղումները որոշելիս առաջին հերթին հարկավոր է ուշադրություն դարձնել երեխայի օրգանիզմում առկա ախտաբանությանը (վատ տեսողություն, միակողմանի խլություն, շնչառության խախտում), որը ազդում է ստատիկայի վրա: Կեցվածքի խախտումները առաջանում և զարգանում են երեխաների մոտ կապված շարժողական ակտիվության փոփոխման (դպրոցում ուսման սկիզբը) և առավել ինտենսիվ աճի շրջանում (սեռական զարգացում):

Օրգանիզմում որևէ ախտաբանական պրոցեսի բացակայության, սակայն կեցվածքի շեղման առկայության դեպքում բժիշկը առաջին հերթին պետք է պարզի դրա առաջացման պատճառը, սկսելով խոշոր հոդերի կոնտրակտուրաները որոշելուց:

Ուսային հողի կոնտրակտուրան առավել հաճախ առաջանում է կրծքային մեծ մկանների ռետրակցիայի հետևանքով, երբ կորչում է ձեռքերը վեր բարձրացնելու ունակությունը առանց արտահայտված գոտկային լորդոզի առաջացման: Ախտաբանական վիճակում կրծքային հատվածի երկարատև դիրքում զարգանում է *կրծքային ֆիքսված կիֆոզ*, երբ ռոտացիոն շարժումները կրծքային հատվածում բացակայում են:

Կոնքազդրային հողերի կոնտրակտուրան, որի պատճառը կարող են լինել հետույքային մեծ մկանների թուլությունը, ազդրի ծալիչների հիպերֆունկցիան կամ գստազդրային (բերտինյան) կապանի կարճանալը, որոշում են Տոմասի ախտանիշի միջոցով: Այդ նպատակով հիվանդի մոտ մեջքի վրա պառկած

դիրքում ծավաթ ոտքը սեղմում են որովայնին. այդ ժամանակ կոնտրակտուրայի անկյան չափով բարձրանում է մյուս ոտքը:

Գոտկային ֆիքսված լորդոզի առաջացման դեպքում երկու ոտքերը միաժամանակ բարձրացնելու և դրանք որովայնին սեղմելու ժամանակ լորդոզը անհետանում է:

Նստածնկային մկանների կոնտրակտուրան հաճախ առաջանում է ազդրի երկգլուխ, կիսաջլային և կիսաթաղանթային մկանների կարճացման հետևանքով: Տվյալ ախտաբանության բնորոշ ախտանիշերն են՝ հիվանդը ձեռքի մատերով չի կարողանում կապել հատակին կամ աթոռի վրա ուղղված ծնկան հողերով նստելիս մարմինը թեքում է դեպի հետ: Երբեմն կրծքային ստորին հատվածում առաջանում է նկատելի կիֆոզ:

Ախտաբանական կեցվածք առաջացնող նշված խախտումները այս կամ այն չափով ազդում են կրծքավանդակի և որովայնի խոռոչի օրգանների դիրքի, իսկ երբեմն էլ ֆունկցիայի վրա:

Ախտաբանական կեցվածքը ախտորոշելու նպատակով Վ. Դեզան առաջարկել է 31 տեստ-հարցեր, որտեղ բացի հիվանդի մասին ընդհանուր հարցերից (հասակ, մարմնի զանգված և այլն.) մտնում են նաև հատուկ հետազոտությունների տվյալները և մի շարք տեսանելի փոփոխություններ (որովայնի չափը, ոտնաթաթի կամարների հարթեցում և այլն.): Հետազոտությունը լրացնում են մի շարք ֆունկցիոնալ տեստերով (թոքերի կենսական տարողությունը և այլն.):

Բ ու ժ ու մ ը : Օրթոպեդիկ բուժման հիմքում ընկած է «ճիշտ կեցվածքի զգացողության» մշակելը: Անհրաժեշտ պայմանն է՝ մարմնի դիրքը փոխել ստիպող պատճառների վերացնելը (տեսողության սրության կորրեկցիա, քթըմպանի սանացիա և այլն.): Մեծ նշանակություն ունի ուղղող մարմնամարզությունը, որն ուղղված է հողերի կոնտրակտուրաների վերացմանը, մարմնի տարածող մկանների ամրացմանը: Բուժական մարմնամարզությունը կատարում են կանոնավոր մինչև դեֆորմացիաների ֆիքսացիան կամ դրանց լրիվ վերացնելը (սովորաբար 16-18 տարեկան հասակում): Խորհուրդ են տրվում պարապմունքները լողով:

Սկոլիոզ

Սկոլիոտիկ հիվանդությունը դա ողնաշարի կողմային ծռվածությունն է ողերի մարմինների պարտադիր ռոտացիայով: Սկոլիոզին բնորոշ է պրոցեսի պրոգրեսիվելը կապված երեխայի աճի և տարիքի հետ:

Կարևոր է սկոլիոզի ճիշտ տարբերակելը կեցվածքի այլ շեղումների հետ: Տարբերակիչ ախտորոշման համար առաջին հերթին ճշտում են հետևյալ ցուցանիշը՝ նկատված ախտաբանության վելացնելու հնարավորությունը բժիշկի կամ հիվանդի կողմից, ինչպես նաև պառկած դիրքում կատարված ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ ողնաշարի շեղվածության բացակայությունը: Իրական սկոլիոզը նույնիսկ զարգացման սկզբնական փուլում բնորոշվում է ողնաշարի դեֆորմացիայով, որը պահպանվում է անկախ հիվանդի ծանրաբեռնումից և դիրքից:

Ելնելով սկոլիոզի էթիոլոգիայից և պաթոգենեզից տարբերում են դրա հետևյալ ձևերը՝ բնածին (այդ թվում և դիսպլաստիկ), ներոգեն, ստատիկ և իդիոպատիկ:

Բնածին սկոլիոզը պայմանավորված է դեֆորմացիայով, որը զարգացել է ողնաշարի ոսկրային կմախքի փոփոխությունների ֆոնի վրա՝ կողերի միակողմանի սինոստոզ, հավելյալ կողեր և կիսաողեր, փուշելուների սինոստոզ, աղեղիկների դեֆեկտներ, գոտկասրբանային հատվածի դիսպլազիա; *դիսպլաստիկ սկոլիոզ*՝ սպոնդիլոլիզ, ողերի աղեղիկների թերաճ, միակողմանի սակրալիզացիա և լյունբալիզացիա:

Ներոգեն սկոլիոզը հիմնականում զարգանում է տարած պոլիոմիելիտի արդյունքում և դրա պատճառ է հանդիսանում մեջքի մկանների և որովայնի թեք մկանների կողմից հավասարակշռության խախտումը: Այս խմբին են դասում նաև միոպատիայի, սիրինգոմիելիայի, նեյրոֆիբրոմատոզի, սպաստիկ պարալիչների և այլնի ֆոնի վրա զարգացած սկոլիոզը:

Ստատիկ սկոլիոզը առավել հաճախ զարգանում է ստորին վերջույթի հողի ախտահարման (անկիլոզ, ազդրի բնածին հողախախտ և այլնի) հետևանքով, քանի որ դրանք ուղեկցվում են վերջույթի կարճացումով, որն էլ հետագայում բերում է ողնաշարի կայուն փոփոխությունների:

Իդիոպատիկ սկոլիոզ՝ առավել տարածված ձևն է, սակայն դրա ախտածագումը մինչ օրս պարզ չէ: Որոշ հեղինակներ այսպես կոչված ռախիտիկ սկոլիոզը դասում են իդիոպատիկի շարքին: Սակայն կենսաքիմիական մի շարք պրոցեսների առանձնահատկությունները թույլ տվեցին պարզել, որ իդիոպատիկ սկոլիոզի հիմքում ընկած է հորմոնալ ծագում:

Առանձնացնում են ռախիտիկ և ընտանեկան (ժառանգական) սկոլիոզների խմբեր:

Ըստ Մ. Վ. Վոլկովի, Ե. Կ. Նիկիֆորովի և Ա. Ֆ. Կապտելինի դասակարգման սկոլիոզով բոլոր հիվանդներին բաժանում են երկու խմբի՝ բնածին և ձեռք բերովի ձևերով: Բնածին սկոլիոզներին են դասում՝ ողնաշարի զարգացման բնածին անոմալիան, գոտկասրբանային հատվածի դիսպլազիան, ընտանեկան սկոլիոզը և այլն, իսկ ձեռք բերովի են՝ ռախիտիկ, պարալիտիկ, ստատիկ և իդիոպատիկ սկոլիոզները:

Ա խ տ ո ռ ո շ ու մ ը : Չափազանց կարևոր է սկոլիոզի ախտորոշելը դրա զարգացման վաղ շրջաններում, քանի որ միայն ժամանակին սկսված բուժման միջոցով կարելի է կանխել շեղման պրոգրեսիվելը: Անամնեզ հավաքելիս հարկավոր է պարզել ժառանգական պաթոլոգիայի հնարավորությունը: Կարևոր է, թե որ տարիքում է նկատվել ողնաշարի դեֆորմացիան և ինչպես է այն զարգացել:

Ողնաշարի դեֆորմացիայի կասկածով երեխային զննում են նստաց, կանգնած և պառկած դիրքերում: Հնարավոր դեֆորմացիաները հայտնաբերելու նպատակով կատարում են ոսկրային կողմնորոշիչների (բոլոր ողերի փուշելուները, թիակների ստորին անկյունները, թիակների վերին փշերը, գստոսկրի կատարը, անրակը, կրծոսկրի լծային կտրուճը) գունային դրոշմում:

Նստած դիրքում որոշում են կոնքի շեղվածության բացակայությունը կամ առկայությունը, ողնաշարի գոտկային լորդոզի աստիճանը, մարմնի կողմային թեքվածությունը և ողնաշարի կողմային շեղվածությունը:

Կանգնած դիրքում գնահատում են փուշելուների դասավորվածությունը: Սկոլիոզի առկայության դեպքում մի ուսը լինում է մյուսից բարձր, որը հեշտությամբ որոշվում է թիակների և անրակների տեղադրման մակարդակով: Շեղման ներընկած կողմում թիակը տեղակայվում է փուշելուներին ավելի մոտ: Պարանոցային VII ողի փուշելունի գազաթից մինչև թիակի անկյունը ընկած տարածությունը ավելի երկար է շեղման ներընկած կողմում: Առջևից որոշում են

կրծոսկրի թրածն ելունի դիրքը և առաջային կողային սապատի առկայությունը կամ բացակայությունը:

Կանգնած դիրքում որոշում են նաև ստորին վերջույթների երկարությունը, կոնքազդրային, ծնկան և սրունք-թաթային հողերի կոնտրակտուրաների առկայությունը, պարզում լորդոզի փոփոխումը, որոշում ողնաշարի գոտկային հատվածի շարժունության աստիճանը: Գլխից ձգման միջոցով պարզում են դեֆորմացիայի կայունության աստիճանը:

Հիվանդի մեջքի վրա պառկած դիրքում գնում են որովայնի մկանների, մարմնի թեք մկանների ֆունկցիոնալ վիճակը, որովայնի վրա պառկած դիրքում՝ շեղման առաջնային և կոմպենսատոր աղեղների աստիճանը:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը պարտադիր կատարում են երկու պրոյեկցիաներով պառկած և կանգնած դիրքերում: Պրոֆիլային նկարի օգնությամբ որոշում են ողնաշարի զարգացման ոսկրային անոմալիաների առկայությունը:

Սկոլիոզի ծանրությունը բնորոշվում է փոփոխությունների աստիճանով: Սկոլիոզի դասակարգումը ըստ Վ. Դ. Չակլինի՝ I աստիճանը բնորոշվում է կողմային մինչև 10 ° շեղմամբ և ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվող սկզբնական տորսիայով; II աստիճանը արտահայտվում է տորսիայով և կոմպենսատոր աղեղներով: Կլինիկորեն շոշափվում են ողերի տորսիայով պայմանավորված մկանային գլանիկ և կողային փոքրիկ սապատ; III աստիճան՝ ավելի արտահայտված դեֆորմացիա կողմային 25-40 ° շեղումով և կողային մեծ սապատի առկայությամբ; IV աստիճան՝ մարմնի կոպիտ դեֆորմացիա, որը բնորոշվում է ողնաշարի կրծքային հատվածի կիֆոսկոլիոզով, կողային արտահայտված սապատով, կոնքի դեֆորմացիայով, մարմնի շեղվածությամբ: Հիմնական շեղման անկյունը կազմում է 41-90 °:

Շեղման անկյունը որոշող բազմաթիվ եղանակներից առավել տարածում է գտել Կոբբի եղանակը, ըստ որի որոշում են շեղման աղեղի ծայրային ողերով կազմած անկյունը: Ուղիղ պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա նեյտրալ ողերի հիմքերի մոտ անց են կացնում երկու գիծ միջողային անցքին զուգահեռ: Այդ գծեր վրա իջեցնում են ուղղահայաց: Ուղղահայացների տեղում առաջացած անկյունը կազմում է որոնվող անկյունը աստիճաններով: Թեթև արտահայտված շեղումների դեպքում լրացուցիչ որոշում են անկյունը ուղղահայացների և այդ գծերի միջև:

Բնածին սկոլիոզով հիվանդների մոտ լինում են սիրտանոթային համակարգի և շնչառական օրգանների փոփոխություններ: Որքան երկար է սկոլիոզի ժամկետը, այնքան այն դառնում է կայուն և ֆիքսված: Դեֆորմացիայի կայունությունը որոշելու առավել պարզ եղանակներն են՝ 1) փուշելունների նշագծում, որից հետո հիվանդին թեքում են աջ և ձախ կողմեր; 2) ողնաշարի ձգում գլխի կողմից; 3) հիվանդին պառկեցնելը ներընկած կողմի վրա; 4) ձեռքերով դուրսընկած կողմի վրա ճնշելը; 5) ռենտգենաբանական հետազոտություն; 6) կանգնած կամ նստած, ինչպես նաև թեքվելիս կատարված ռենտգեն նկարների համեմատում:

Առավել հարմար է կատարել դեֆորմացիայի կայունության ինդեքսի հաշվարկը Կազմինի եղանակով: Հաշվարկները կատարում են պառկած և կանգնած դիրքերում կատարված ռենտգեն նկարների հիման վրա հետևյալ բանաձևով՝

$$\text{Ինդեքս} = \frac{180^\circ - a}{180^\circ - a_1}$$

որտեղ a – շեղման աղեղի մեծությունն է հիվանդի պառկած դիրքում; a_1 – այդ նույն անկյունը կանգնած դիրքում:

Կայունության ինդեքսը տատանվում է 1-ից (լրիվ ֆիքսված դեֆորմացիա) մինչև 0 (լրիվ շարժուն շեղում): Սովորաբար ինդեքսը տատանվում է 0.3-1.0:

Սկոլիոզի ժամանակ դեֆորմացիայի աճը կախված է հիվանդի տարիքից, շեղման տեսակից և աստիճանից, ինչպես նաև էթիոլոգիայից: Առավել պրոգրեսիվումը նկատվում է երեխայի բուռն աճի շրջանում և սովորաբար այն ավարտվում է աճը դադարելու ժամանակ: Սակայն սա չի վերաբերվում պոլիոմիելիտի հողի վրա զարգացած սկոլիոզներին, քանի որ այս դեպքերում այն կարող է պրոգրեսիվել նաև երեխայի աճի ավարտից հետո: Հետևաբար, որքան շուտ է հիվանդացել երեխան, այնքան ավելի մեծ է դեֆորմացիայի աճի վտանգը: Եվ հակառակը, որքան ուշ է հիվանդացել, այնքան ավելի քիչ է սկոլիոզի զգալի զարգացման հնարավորությունը: Սկոլիոզի պրոգրեսիվելը շարունակվում է երեխայի աճին զուգընթաց և իր մաքսիմումին հասնում պուբերտատ շրջանում՝ աղջիկների մոտ 11-13, իսկ տղաների մոտ 14-16 տարեկանում: Այս տարիքից ստսած պրոգրեսիվման աստիճանը աստիճանաբար մարում է և ավարտվում կմախքի աչի շրանի վերջին, այսինքն 17-20 տարեկանում:

Երեխայի աճի դադարմանը կարելի է հետևել գստոսկրի կատարի (Ռիսսերի գոտու) ոսկրացման տեստերով՝ աճման գոտու լրիվ միաձուլվելը գստոսկրի հետ վկայում է աճի դադարը:

Էլեկտրոմիոգրաֆիկ հետազոտությունը կամ մկանների քրոնաքսիմետրիան թույլ են տալիս որոշել մկանային համակարգի վիճակը, որը հատկապես կարևոր է սկոլիոզի ներթոգեն ձևերի ժամանակ:

Կ ա ն խ ա ր գ ե ռ ու մ ը և բ ու ժ ու մ ը : Հաշվի առնելով սկոլիոզի պրոգրեսիվման հնարավորությունը և մոտավորապես իմանալով դրա առաջացման ժամկետը, իսկ մեծամասամբ դեպքերում նաև հետագա ընթացքը, մեծ ուշադրություն է հարկավոր դարձնել դրա կանխարգելմանը:

Երեխայի կյանքի վաղ շրջաններում (մինչև 3 տարեկան) կարևոր են ճիշտ սնվելը, մաքուր օդը, քնի հիգիենան և երեխաների կոփելը որպես հնարավոր ռախիտի կանխարգելում: Պրոցեսի աճի հակման դեպքում ցուցված են գիպսային մահճակալը, մարմնի մկանների մերսելը, լոզանքները:

Նախադպրոցական տարիքում հարկավոր է հետևել, որ մանկական կահույքը համապատասխանի երեխայի աճին: Երեխաները պետք է քնեն կոշտ մահճակալի վրա գլխի տակ դնելով փոքրիկ բարձիկ; երեխայի կողմի վրա պառկած դիրքում շեղման աղեղի տակ դնում են բարձիկ: Առավել մեծ ուշադրություն է հարկավոր դարձնել դպրոցականներին, քանի որ 7-9 և 12-14 տարեկան հասակում են նշում սկոլիոզի մաքսիմալ աճը: Եթե սկոլիոզը չի պրոգրեսիվում, հնարավոր է ամբուլատոր բուժումը՝ կանոնավոր զբաղվել բուժական մարմնամարզությամբ (ողնաշարի կապանային համակարգը ձգող վարժությունները հակացուցված են): Արդյունավետ է սպորտով զբաղվելը՝ խորհուրդ են տալիս դահուկներով սահելը, բասկետբոլը և վոլեյբոլը, լողը:

Սկոլիոզի կ ո ն ս ե ռ վ ա տ ի վ բ ու ժ մ ա ն նպատակն է կոմպենսատոր շեղումների առաջացնելը և առաջնային շեղվածքի վերացնելը (ռեդրեսացիա): Սկոլիոզի կոնսերվատիվ բուժման եղանակները կախված են դեֆորմացիայի մեծությունից և դրա կայունությունից:

Կյանքի առաջին 3 տարիների ընթացքում սկոլիոզի բուժման հիմնական եղանակն է հանդիսանում երեխայի մարմնի ճիշտ ֆիքսելը ուղղված դիրքում գիպսային մահճակալի օգնությամբ: Կյանքի առաջին ամիսներին երեխաները պետք է ամբողջ օրը մնան այդպիսի մահճակալներում, իսկ ավելի մեծ տարիքում՝ միայն քնի ժամանակ: Նորածինների մոտ սկոլիոզի ելքը, որպես կանոն, լինում է լավ:

I և II աստիճանի սկոլիոզի դեպքում որպես կանխարգելիչ միջոց հարկավոր է վերացնել հնարավոր բոլոր անբարենպաստ գործոնները երեխայի կյանքում աշխատանքատեղի ճիշտ կազմակերպման ճանապարհով՝ սեղանի և աթոռի բարձրությունը պետք է համապատասխանեն երեխայի հասակին, լույսի աղբյուրը տեղակայված լինի օպտիմալ: Երեխաները պետք է քնեկ կոշտ մահճակալի վրա: Խորհուրդ են տալիս սահել դահուկների վրա, լողալ բրասս ոճով:

Այն դեպքերում, երբ դինամիկ հսկողության ժամանակ նշվում է սկոլիոզի աճ, երեխաներին հարկավոր է ուղարկել հատուկ դպրոց-ինտերնատներ, որտեղ բուժումը զուգակցում են ուսման հետ:

Կիրառում են գիպսային ուղղող մահճակալներ, օրթոպեդիկ կորսետներ: Երեխան կորսետը հանում է միայն քնելիս և քնում գիպսային մահճակալի վրա դետորսիոն բարձիկներով:

Բացի ֆիզիոթերապևտիկ բուժումից, ելնելով սկոլիոզի էթիոլոգիայից, մեծ նշանակություն ունի նաև սանատորակուրորտային բուժումը:

Վերջին տարիներին առաջարկում են շեղման դուրսընկած կողմի մկանների թուլացած տոնուսը վերականգնել կիրառելով փոքր մեծության իմպուլսիոն տոկեր:

Օրթոպեդիկ կոնսերվատիվ բուժումը (բուժական մարմնամարզությունը, մերսումը), ֆիզիոթերապիան, սանատորակուրորտային բուժումը և ռացիոնալ դիետան դեպքերի զգալի տոկոսի մոտ տալիս են դրական արդյունք, հատկապես հիվանդության վաղ շրջաններում:

Սկոլիոզի վիրահատական բուժումը ունի որոշակի ցուցումներ՝ կոնսերվատիվ երկարատև բուժման անարդյունավետություն II աստիճանի սկոլիոզի պրոգրեսիվման դեպքում: III և IV աստիճանի սկոլիոզի և կիֆոսկոլիոզի դեպքում պահանջվում են ողնաշարի ուղղում և վիրահատական ֆիքսում:

Չնայած առաջարկված բազմաթիվ եղանակների, վիրահատական բուժումը ոչ միշտ է բերում ապաքինման: Տարբերում են վիրահատությունների հետևյալ տեսակներ՝ *վիրահատություններ ողնաշարի կապանաջլային համակարգի վրա*. վեր- և միջփշային կապանների հատում, միջողային հողերի պատիճների բացահատում; *վիրահատություններ դիսկերի վրա*. դիսկոտոմիա, դեֆորմացիայի զազաթին գտնվող դիսկերի էնուկլեացիա; *վիրահատություններ ողերի մարմինների վրա*. սեպաձև հատում ըստ Կազմինի, էպիֆիզեոդեզ:

Վիրահատությունների այս երեք տեսակները զուգակցում են ողնաշարի ոսկրապլաստիկ ֆիքսացիայի հետ՝ ուղղորդող վիրահատություններ մետաղական կոնստրուկցիաների (Կազմինի, Հարրինգտոնի դիստրակտորի, Ռոդնյանսկու թիթեղավոր ինքնաուղղորդող ֆիքսատորի) կիրառումով:

Կողային սապատի առկայության դեպքում կատարում են առավել դուրս ցցված կողերի ռեզեկցիա կամ թորակոպլաստիկա:

Հաշվի առնելով հիվանդության էթիոլոգիան, կիրառում են վիրահատությունների կոմբինացված եղանակներ, որոնք իրենց մեջ ներառում են վերընշված եղանակների առանձին կոմպոնենտներ:

Վիրահատությունից հետո երեխաներին պահանջվում է կոմպլեքսային բուժում մինչև աճի շրջանի ավարտը:

ՊԱՐԱԼԻՏԻԿ ԴԵՖՈՐՄԱՑԻԱՆԵՐ

Սպաստիկ պարալիչ

Վերջույթների դեֆորմացիաները, առաջացված սպաստիկ պարալիչների հետևանքով կարող են լինել կախման մեջ գլխուղեղի և ողնուղեղի փոփոխումներից մեջ:

Ցերեբրալ ծագումից առաջացած սպազմիկ դեֆորմացիաներ:

Վերջույթների դեֆորմացիաները կապված փոփոխություններով գլխուղեղում անվանվում են ցերեբրալ սպաստիկ պարալիչներ: Վերջին ժամանակներում ցերեբրալ պարալիչներով հիվանդների քանակը ավելացել է երեխաների մահացության իջեցման հաշվին, ծննդաբերության շրջանում, վերակենդանացման որակի բարելավման հաշվին և այլն.: Սպաստիկ պարալիչներ առաջացնող պատճառները կարելի է բաժանել երեք հիմնական խմբերի. ներարգանդային (բնածին), ծննդաբերական և հետծննդաբերական:

Բնածին պատճառները պայմանավորված են գանգուղեղի զարգացման արատներով, հաճախ գանգի թերի զարգացումով, որոնք առաջացվում են հղիության տոքսիկոզից, մոր հիվանդություններից (սիֆիլիս, տուբերկուլյոզ և այլն): Մոր մեխանիկական և հոգեբանական վնասվածքներից, ճառագայթային հիվանդությունից և այլն:

Ծննդաբերական պատճառները կարելի է վերագրել արյունազեղումներին գանգուղեղում և նրա թաղանթներում, որոնք առաջանում են մանկաբարցական եղանակների և ակցանների անհաջող օգտագործման հետևանքով: Պտուղի մեծ գլուխը և մոր մեծ կոնքը կարող են բերել գանգի ոսկրերի ճնշման և ուղեղի և թաղանթների անոթների վնասման: Երեխայի գանգուղեղի անօքսիան, որը կախված է պլացենտար արյան շրջանառությունից (ընկերքի շերտազատում), նույնպես կարող է առաջացնել գանգուղեղի վնասում: Ասֆիկսիաների 70-80 % բարդանում են ցերեբրալ պարալիչներով:

Հետծննդաբերական պատճառներին են պատկանում առաջին օրերում, նույնիսկ կյանքի առաջին ամիսներում առաջացած վնասվածքները, սալջարդերը, ուղեղի ցնցումները և այլն, որոնց հետևանքով կարող են լինել մենինգիտներ, էնցեֆալիտներ, մենինգոէնցեֆալիտներ, որոնք նույնպես կարող են առաջացնել այդ ախտահարումը: Յուրահատուկ խումբ է հանդիսանում անհասունությունը, որի ժամանակ վաղաժամ ծնունդները կարող են լինել ցերեբրալ պարալիչների առաջացման պատճառներ: Խախտումը կարող է վերաբերվել ոչ միայն գանգուղեղի կեղևին ապա և կենտրոնական նյարդային համակարգի ստորին հատվածներին: Այսպիսով սպաստիկ պարալիչները և պարեզները առաջանում են կենտրոնական շարժողական ուղիների կամ շարժողական ուղիների քայքայման պատճառով գանգուղեղի կեղևում: Գանգուղեղի և նրա թաղանթների ախտահարման աստիճանից կախված է սպաստիկ երևույթների տարածումը և հիվանդների հոգեբանական խախտումների աստիճանը: Թերի զարգացածները կազմում են 56% բոլոր սպաստիկ պարալիչներով հիվանդների թվից:

Սպաստիկ պարալիչների թեթև դեպքերում ծնվելուց անմիջապես հետո դժվար է հայտնաբերել հիվանդությունը և միայն այն ժամանակ երբ երեխան ժամանակին չի սկսում քայլել (2-3 տարեկանում), կարելի է ենթադրել փոփոխություն քայլվածքում: Այդ ժամանակ կարելի է նշել մկանների լարվածության (հայտնաբերվում է ոտքերի զատման ժամանակ), ազդրերի ռոտացիան դեպի ներս: Որոշ հիվանդները քայլում են մատների վրա, բայց նրանք կարող են քայլել ինքնուրույն, սպասարկել իրենց, սովորում են և ձեռք են բերում մասնագիտություն:

Մեծ նշանակություն ունեն ժամանակին և լիարժեք անցկացվող կոնսերվատիվ բուժումը: Բացի դեղորայքային բուժումից անց է կացվում բուժական մարմնամարզություն, մերսում, ֆիզիոթերապիա: Վաղաժամ սկսած բուժումը (2 տարեկանից) տալիս է բավարար արդյունք: Մեծ նշանակություն ունեն հատուկ սարքավորումները, որոնք պետք է օգտագործվեն բուժական մարմնամարզության ժամանակ:

Միջին աստիճանի պարալիչի ժամանակ բոլոր ախտանիշները ավելի են արտահայտված: Ստորին վերջույթների սպաստիկ պարալիչները այնքան են ախտահարված, որ հիվանդները հաճախ չեն կարող ինքնուրույն քայլել, հագնվել և հանվել: Այդ ժամանակ նկատվում է, ինտելեկտի նվազում: Խոսակցությունը դանդաղեցված է: Հիվանդների մեծ մասը չեն կարող հաճախել դպրոց և աշխատել:

Սպաստիկ պարալիչի ծանր ձևի դեպքում հիվանդները գտնվում են անկողնային ռեժիմի տակ, չեն կարողանում իրենք իրենց սպասարկել: Նշվում է հոգեբանական խանգարում, ընդհուպ մինչև ապուշություն: Խանգարվում են խոսակցականը տեսողությունը և այլն:

Սպաստիկ պարալիչների ախտորոշումը, հատկապես միջին և ծանր աստիճանների դժվարություն չի ներկայացնում: Մեկ հայացք բավական է ճիշտ ախտորոշման համար: Հիվանդների մոտ նկատվում է ստորին վերջույթների լարվածություն, ծավված են ծնկային և կոնքազդրային հոդերում: Ազդրերի արտահայտված առքեռումը քայլելու ժամանակ ստիպում է հիվանդին խաչել ոտքերը, իսկ սրունքներում որոշ չափով դուրս ցցել: Ծնկան հոդերը քսվում են իրար, վերջույթները պտտված են դեպի ներս մարմինը թեքված է առաջ: Հոգեկանի խանգարմանը զուգահեռ խախտվում է խոսակցականը:

Վաղ հասակում, երբ նշվում են շարժումների խախտումները, աչքի են ընկնում վերին վերջույթների տարածման տենդենցը, իսկ ստորին վերջույթների-ծալման: Առաջանում է ծալող-առքերող կոնտրակտուրա: Դրանից հետո առաջանում է ծալող առքերող դիրքավորում: Շարժումների խանգարումները սպաստիկ պարալիչների ժամանակ առավել տարբեր են խանգարված են շարժումների կոորդինացիան, առկա են անկանոն շարժումներ: Ցերեբրալ սպաստիկ պարալիչներով հիվանդների մոտ խանգարված է կոորդինացիան արգելակման և գրգռման մեջ, և միշտ գերազանցում են գրգռման էլեմենտները: Սպաստիկ պարալիչի պարալիչները երեխայի հասակի հետ կարող են պակասել, սակայն մինչև 14-15 տարեկանը: Ավելի ուշ ժամկետում պրոցեսը կայունանում է :

Տարբերում են սպաստիկ պարալիչների հետևյալ կլինիկական ձևերը:

Մոնոպարեզը բնութագրվում է միայն վերին կամ ստորին վերջույթի ախտահարությամբ: Վերին վերջույթի մոնոպարեզի համար բնորոշ են ծալիչ պրոնացիոն նախաբազկի դիրքը, մատերի և դաստակի ծալում, ստորին

վերջույթի համար ծնկան հողում ծալիչ կոնտրակտուրա և ոտնաթաթի տեղադրման նրբանային ծալման դիրքում:

Հեմիպարեզ՝ սպաստիկ պարալիչ, վերաբերվող մարմնի կեսին: Որպես կանոն, հեմիպարեզի ժամանակ ստորին վերջույթը առավել առբերված է և պտտված է ներս: Վերջույթի աճը ետ է մնում կծկման պատճառով, ակտիվ շարժումները հողերում անհամեմատ սահմանափակված են: Սպաստիկ հեմիպլեգիան առաջանում է երեխայի էնցեֆալիտով հիվանդանալուց հետո, և եթե այդ ժամանակ ախտահարվում են արտապիրամիդալ ուղիները, կարող է առաջանալ աթետոզ, որը բնորոշվում է դաստակի մատերի մշտական շարժումներով: Շարժումները կրում են պարբերական բնույթ և պակասում են վերջույթի մեջքային ծալման ժամանակ:

Պարապարեզ (պարապլեգիա)՝ ստորին վերջույթների պարալիչ հաճախ դիտվում է Լիտլի հիվանդության ժամանակ: Ուռքերը առբերված են, ծալված են կոնքազդրային և ծնկային հողերում և պտտված են դեպի ներս: Ոտնաթաթերը նրբանային ծալված դիրքում են, հիվանդները քայլում են մատների վրա:

Կվադրիպլեգիա (կվադրիպարեզ)՝ ստորին վերջույթների վիճակն է պարապարեզում, ախտահատման բոլոր էլեմենտները ավելի արտահայտված են ընդհուպ մինչև ուռքերի խաչումը: Վերին վերջույթները ծալված են և պրոնացիայի դիրքում են: Այսպիսի հիվանդությունները ստիպված են միշտ պառկած մնալ, որի պատճառով ողնաշարում վերանում են բոլոր ֆիզիոլոգիական ծռվածությունները: Գլուխը ետ է ցցված, մնում են հողախախտեր կոնքազդրային հողերում:

Բ ու ժ ու մ ը: Ցերեքրալ ախտահարումներով հիվանդները պետք է գտնվեն հատուկ կիսախավար և մութ սենյակում, ուղեղի այտուցի պատճառով ծննդաբերումից հետո առաջին օրերում նշանակվում է դեհիդրատացիոն թերապիա, B խմբի վիտամիններ, հակաբիոտիկներ: Փսիխիկայի անկման ժամանակ եթե դա հաջողվել է հայտնաբերել ծննդաբերությունից առաջիկա շաբաթների ընթացքում, ցուցված է գերեբրոլիզինի նշանակում:

Նշանակում են դիբազոլ, որը բարելավում է նյարդային իմպուլսների հաղորդականությունը, տրոպացին: Առաջին շաբաթներում նշանակված բուժական մարմնամարզությունը նպաստում է մկանների տոնուսի ճիշտ բաժանմանը, պարոնացիային վերջույթների դիրքի կորեկցիայի: Այդ ժամանակ պետք է աշխատել առբերված ազդերը բերել ճիշտ դիրքի: Ֆիզիոթերապեվտիկ պրոցեդուրաներ, ջրային, ջերմային տաքացնող, պարաֆին, դեղաբուժում, իմպուլսային տոկ, դիաթերմիա:

Վիրահատությունները պերիֆերիկ ներվերի վրա հաճախ կատարվում են ստորին վերջույթների վրա. փականային ներվի ռեզեկցիա առբերվող մկանների միոտոմիայով, Շտոֆելի վիրահատությունը- նստատեղի և ոլոքի ներվերի ճուղերի հատում, Էգգերսի վիրահատությունը- դրսային կտրվածքով երկզուլի մկանի ջիլը ֆիկսում են դրսային կոճից: Միջային կտրվածքից- մերկացնում են կիսաշլակագմ և կիսաթաղանթակագմ մկանները և ֆիկսում են միջային կոճից: Կատարում են նաև աքիլեյան ջլի երկարացում:

Սպաստիկ պարալիչներով հիվանդները կոնսերվատիվ և վիրահատական բուժումից հետո կարիք ունեն պրոթեզավորման, ստացած դրական արդյունքները պահպանելու նպատակով: Նշանակելով այս կամ այն

սարքավորումը անհրաժեշտ է ճիշտ գնահատել վերջույթի վիճակի և հողերի ֆունկցիան:

Ողնուղեղային ծագումով սպաստիկ դեֆորմացիաներ: Ստորին և վերին վերջույթների սպաստիկ պարալիչները, պարեզները և հողերի կոնտրակտուրաները առաջանում են ողնուղեղի և նրա թաղանթների վնասվածքների հետևանքով, ինչպես նաև տարբեր էթիոլոգիայի բորբոքային պրոցեսներից: Այդ դեպքերում հիվանդների մոտ նկատվում է ռեֆլեքսների ուժեղացում, ախտաբանական ախտանիշների առկայության (Բաբինսկու, Կեռնիգի), ինչպես նաև ծնկոսկրի և ոտնաթաթերի կլոնուս: Քայլերը հաճախ անհնարին է զգալի կլոնիկ շշերակցումների պատճառով: Կլինիկո-ռետզենոլոգիական պատկերի ժամանակ որը ընդգծում է ողնուղեղի ճնշումը ողնաշարի վնասվածքի կամ բորբոքման հետևանքով ցուցված է լամինեկտրոմիա: Եթե վերջինը արդյունք չի տալիս կատարում են միջամտություն պերիֆերիկ ներվերի վրա մկանների և ջլերի տեղափոխում:

Այդպիսով լամինեկտրոմիան հաջորդվող կոնսերվատիվ բուժումով և լրացուցիչ վիրահատություններով պերիֆերիկ ներվերի մկանների վրա, համարվում են սպաստիկ պարալիչներով հիվանդների հիմնական բուժման նշանակները:

Թորշումած պարալիչ

Մանկական պարալիչների հետևանքները: **Պոլիմիելիտը** էպիդեմիկ հիվանդություն է, ունի մի քանի անվանում, որոնցից ամենատարածվածն է «մանկական ողնուղեղային պարալիչ», «էպիդեմիկ մանկական պարալիչ», «առաջնային սուր պլիմիելիտ», Հեյնե-Մեդինայի» հիվանդություն: Առաջին անգամ հիվանդությունը նկարագրել է 1840թ. Հեյնեն: Հիվանդության ինֆեկցիոն բնույթը նշել է Մեդինան 1890թ.: Պոլիմիելիտի հարուցիչը վիրուս է, որը հիմնականում արտահայտում է ողնուղեղի առաջային եղջուրները: Վիրուսը գտնվում է աղեստամոքսային շրջանում որտեղից ինֆեկցիան ներխուժում է կերակրափողով, շնչական ուղիներով և մաշկով (ճանճերի միջոցով): Պոլիմիելիտի վիրուսը թափանցում է ուղեղի մեջ պերիֆերիկ ներվային համակարգով հիպոթալամուսի մոտ, որտեղից իջնում է ողնուղեղի մոտ: Վիրուսը անջատվում է աղեստամոքսային տրակտից կեղտերի հետ և կեղտաջրերից:

Ամենից հաճախ պոլիմիելիտով հիվանդանում են երեխաները 1-3 տարեկան հասակում, հաճախ նրանք, ում մոտ հեռացված են նշիկները կամ աղենոդները, հնարավոր է հիվանդանան և մեծահասակները նույնիսկ 60 տարեկանում:

Պաթոմորֆոլոգիական փոփոխությունները պոլիմիելիտի ժամանակ լինում են ոչ միայն ողնուղեղի առաջնային եղջուրներում, նաև ուղեղի կեղևում, չորրորդ փորոքում, մինջին ուղեղում և ուղեղի թաղանթներում:

Պոլիմիելիտով հիվանդների մոտ հայտնաբերվում են փոփոխություններ միոկարդում, աղեստամոքսային տրակտի լորձաթաղանթում և լիմֆատիկ հանգույցներում: Պոլիմիելիտի ընթացքին բնորոշ են մի քանի փուլեր՝ 1)

պրոդրոմալ, 2) նախապարալիտիկ, 3) պարալիտիկ, 4) վերականգնողական, 5) անցորդային երևույթների փուլ (ռեզիդուալ):

Առաջին փուլում նշվում է ախորժակի կորուստ, ընդհանուր թուլություն, որոշ դեպքերում աղեստամոքսային խանգարումներ: Առաջին փուլը կարճատև է կարծես թե միաձուլվում է նախապարալիտիկ փուլի հետ, որը նույնպես կարևոր է, շարունակվում է ընդհամենը 24-48 ժամ, բնորոշվում է բարձր ջերմությամբ, ուժեղ գլխացավով երբեմն գիտակցության մթացնացությունով, աղեստամոքսային տրակտի խանգարումով, խախտումով: Հաճախ հանդիպում են ուղեղի թաղանթների գրգռման ախտանիշներ- պարանոցի մկանների լարվածության, ընդհանուր հիպերամնեզիա: Հիվանդության զարգացման սրացումից 3-4 օր հետո սովորաբար առավոտը զարգանում են պարալիչներ:

Պոլիմիելիտով հիվանդանալուց հետո պարալիչներով հիվանդների տոկոսը հասնում է 70: Պոլիմիելիտի ախտորոշման մեջ մեծ նշանակություն ունի ուղեղային հեղուկի հետազոտումը, որի մեջ **ցիտոզ** կարող է հասնել 200-ի (նորման 5-10), սպիտակուցը կազմում է 0.56%, այսինքն սկսում է սպիտակուցաբջջային դիսսոցիացիա:

Վերականգնողական փուլը բնութագրվում է պարալիչների հետ զարգացումով: Այն բացատրվում է նրանով, որ չի եղել զանգվող բջիջների մեջ, իսկ պարալիչի պատճառներին են եղել բորբոքային այտուցը անոթային փոփոխությունները ողնուղեղի առաջնային եղջույրներում (պերիֆոկալ երևույթներ): Պարալիչների հիմնական մասսայի վերականգնումը տեղի է ունենում 1 շաբաթվա ընթացքում, սակայն կորցրած ֆունկցիայի վերականգնումը կարող է ձգձգվել 1-ից 8 տարվա ժամկետով (մեծ մասում վերականգնումը վերջանում է 2 տարում):

Փոփոխությունները մկաններում բնութագրվում են ատրոֆիայով և դեգեներացիաներով: Ոտքերի պարալիչի ժամանակ, առաջանում է ատրոֆիա, մաշկը ցիանոտիկ է երակներում կանգի պատճառով, հողերի կապանները ձգված են, ջլերը կորցրել են իրենց էլաստիկությունը: Մեկ վերջույթի ախտահարման ժամանակ նշվում է նրա կարճեցումը:

Վերին վերջույթի ախտահարման ժամանակ, նույնիսկ դիտվում է ատրոֆիա, ուսահողի անհավասարակշռություն:

Մկանային և կապանային ապարատներում փոփոխությունները կարող են առաջացնել հոդախախտում կամ ենթահոդախախտում խոշոր հոդերում (կոնքազդային կամ ուսային): Վերջույթների ոսկրերը պորոտիկ են, բարակ: Որովայնի մարմնի մանների ախտահարման ժամանակ տեղի է ունենում ողնաշարի դեֆորմացիա (պարալիտիկ սկոլիոզ): Մկանների փոփոխությունները նպաստում են վերջույթների դեֆորմացիաների և կոնտրակտուրաների առաջացմանը: Մկանների ախտորոշման աստիճանի և տեղակայման ճիշտ որոշելու համար կատարում են խրոնակսիմետրիա, էլեկտրոմիոգրաֆիա, դինամոմետրիա և այլն: Վերջիններիս օգնությամբ կարելի է որոշել նյարդա-մկանային ապարատի ախտորոշման բնույթը և խորությունը:

Պոլիմիելիտի պրոֆիլակտիկայի լավագույն եղանակն է այսօր երեխաների վակցինացիան (Սուլկի, Սեբինի, Չումակովի վակցինացիաներ): Դրա ժամանակ միջամտությունները ընդգրկում են հիգիենիկ և դեղորայքային միջոցներ (պրոզերին, դիբազոլ, B խմբի վիտամիններ, գոլ ջրով լոզանքներ և շփում):

Պոլիմիեթիլտի հետևանքների կանխարգելման ժամանակ հիմնական ուշադրությունը պետք է ուղղել կոնտրակտորանների և դեֆորմացիաների կանխմանը, որոնք հաճախ են զարգանում անուշադրության հետևանքով:

Խիստ կարևոր է օրտոպեդիկ կանխարգելումը՝ Հիվանդի ճիշտ դիրքը մահճակալում, շինաների օգտագործումը, գիպսային , կրծկակալներ:

Պոլիմիեթիլտի վերականգնման շրջանում կարևոր է ժամանակին կրել օրթոպեդիկ սարքավորումներ, կորսետներ, հատուկ կոշիկ և մերսում, բուժական գիմնաստիկա, ֆիզիոթերապիա, սանատորակուրորտային բուժում:

Վերին վերջույթի մկանների պարալիզմանը անհրաժեշտ է ընտրել այնպիսի դիրք, որի ժամանակ չի մնում պարալիզացված մկանների ձգվածություն: Ստորին վերջույթների մկանների ախտահարումը նույնպես պահանջում է տալ հասարակ հարմար դիրք կամ դնել շինա: Ազդրի քառազուլիս մկանի պարալիչի ժամանակ հնարավոր է զարգանա ծնկան հողում ծալիչ կոնտրակտուրա, այդ պատճառով ծնկան հողերի վրա դրվել է գիպսային վիրակապ պարտադիր:

Մկանների խմբերի ախտահարման դեպքում բացի պրոֆիլակտիկայից պետք է հաշվի առնել հնարավոր տարբեր դեֆորմացիաների առաջացում: X և O տեսակի սրունքների ծովածություն և ռոտացիա:

Պոլիմիեթիլտի հետևանքով հիվանդների վիրահատական բուժման ցուցումները մշակելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել կոնպենսատոր հարմարավետության հնարավորությունը, հիվանդի մոտ: Սակայն մի շարք հարմարանքներ, որոնք հիվանդին օգնում են քայլել, եռնավորման ժամանակ կարող է առաջացնել դեֆորմացիաներ: Բուժման պլանը առաջադնելիս պետք է հաշվի առնվի հիվանդի հոգեբանական վիճակը: Վիրահատությունները բաժանում ենք երկու խմբի՝ 1) վիրահատություններ փափուկ հյուսվածքի վրա, ջլամկանային պլաստիկա, 2) վիրահատություններ ոսկրային համակարգի վրա, վերջույթների, ողնաշարի, կրցքավանդակի վրա:

Վիրահատություններ կատարելիս կոնքազդրային հողի, ազդրի նստատեղի, ծնկան հողի, ոտնաթաթի վրա: Վիրահատությունից հետո ցուցված է երկարատև կրել օրթոպեդիկ կոշիկ, քանի որ հիվանդների մեծամասնության ժամանակ հնարավոր է դեֆորմացիայի զարգացում: