

Skolióza

Jedná se o velmi komplikovanou **rotační deformitu ve frontální rovině** – nejen, že jsou obratle ve frontální rovině zakřiveny laterálně.

⚠ **Neexistuje skolióza bez rotace - když jsou v předklonu lopatky ve stejné výši, není to skolióza.**

Rotující těla obratlů tlačí žebra na konvexní straně křivky dorzálně a vzniká **gibbus**. V konkavitě dochází ke stlačení žeber. Dochází ke změnám struktur páteře – těla obratlů se zužují ke konkávní straně, ploténky jsou na jedné straně stlačeny, pedikly jsou užší a kratší, kanál je zužen (všechny tyto změny jsou typické hlavně pro idiopatickou skoliózu).

Rozdělení skolióz dle etiopatogeneze

1. Kongenitální skolióza
2. Idiopatická skolióza
 - infantilní
 - juvenilní
 - adolescentní
3. Neuromuskulární skolióza
4. Skolióza při neurofibromatóze
5. Sekundární skoliózy
 - posturální
 - při jiných onemocněních
 - hysterická

Kongenitální skolióza

Příčinou je porucha formace nebo segmentace obratlů embryonálně.

- **Porucha segmentace** – stav, kdy se chorda dorsalis v různě dlouhém úseku nerozdělila:
 - v celém rozsahu páteře – páteř neroste vůbec, bez zakřivení,
 - pouze v určité části – v místě nesegmentované lišty páteř neroste, jinde ano, což vede k zakřivení, nejčastěji na hrudní páteři.
- **Porucha formace** – patologický vývoj obratle jako takového – poloobratel, čtvrtobratel, motýlovitý obratel (uprostřed je jakoby zaškrncený).

Může vést k těžkým deformitám nebo je nemá.

- Povinný screening – poporodní vyšetření páteře.

Léčba

Konzervativní léčba obvykle kompletně selhává. Pokud deformita progreduje, provádí se operační osteotomie a spondylodéza v časném věku.

Idiopatická skolióza

Jedná se o nejčastější typ skoliózy. Při větších zakřiveních deformuje hrudník a tím ohrožuje pulmonální a kardiální funkce.

Dělíme ji podle doby vzniku na:

- *Infantilní typ* – do 3. roku života, více u chlapců, většinou se koriguje spontánně, častěji je křivka levostranná.
- *Juvenilní typ* – mezi 3. a 10. rokem, u obou pohlaví stejně, více doprava.
- *Adolescentní typ* – mezi 10. rokem a skeletální maturací, výskyt u obou pohlaví stejně, ale těžší křivky (nad 20°) jsou většinou u děvčat.

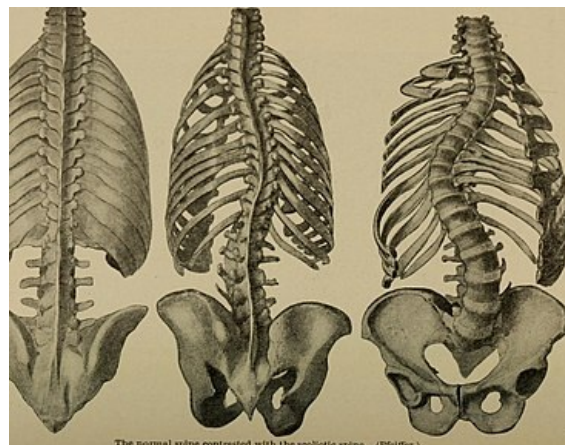
Léčba

Konzervativní léčba se uplatňuje pro křivky pod 40° a pro křivky neprogredující:

- křivka pod 20° – sleduje se a neléčí se, je doporučeno cvičení,
- křivka 20°–40° – sádrový korzet nebo Milwaukee korzet.

Operační léčba se uplatňuje u skolióz s výraznou progresí a u křivek nad 40°.

- *Zadní výkony* – prostá komprese na konvexitě a distrakce na konkavitě, bez spondylodézy (umělý srůst obratlů).
- Částečná korekce pomocí spondylodézy.
- *Přední výkony* – odstranění plotének a fixace spec. instrumentáři.



Skolióza



RTG snímek idiopatické skoliózy adolescentního typu. Torakální křivka 30°, lumbální 53°.

Pooperační RTG snímek po korekci skoliózy na méně než 15°. Byla provedena fúze obratlů pomocí drátu, skrutek, háků a kostních štepů.

Výsledek po operaci skoliózy.

Neuromuskulární skolióza

Vzniká v důsledku poruchy vývoje s periferním motorickým deficitem, kdy jedinec není schopen od narození volně ovládat svaly. V léčbě se uplatňuje operační stabilizace a dlouhá fúze obratlů.

Skolióza při neurofibromatóze

Neurofibrom v oblasti páteře způsobí krátké zakřivení páteře v postiženém úseku, v dalších úsecích vzniká kompenzační křivka. Pokud je to možné, neurofibrom se odstraní a provede se korekce křivky s fúzí.

Sekundární skoliózy

Vznikají kvůli zánětům (např. tuberkulóza), úrazům, operacím páteře. Skolióza se může vyskytnout také při některých nemocích - osteogenesis imperfecta, Marfanův syndrom, mukopolysacharidózy, mnohočetná epifyzární dysplazie.

- Posturální skolióza - při nestejně délce dolních končetin dojde k reaktivnímu zakřivení páteře.

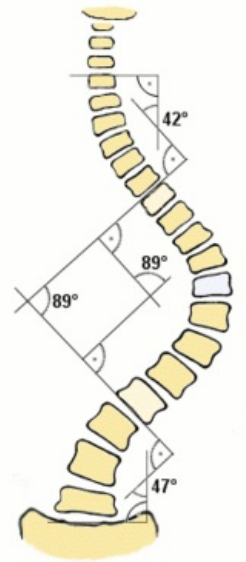
Vyšetření

Anamnesticky zjišťujeme vývoj od narození, celkový stav pacienta, rodinný výskyt malformací a vad, neurologické potíže, ptáme se na bolesti, na menarche.

- **Status localis** - aspekci, palpaci zjistíme směr křivky, přítomnost gibbu,
 - zjistit stav kompenzace trupu:
 - svésíme olovnici od týlního otvoru a když protne gluteální rýhu, je trup kompenzován,
 - vyšetřením v předklonu zjistíme velikost žeberní prominence,
 - zaznameneáme výšku ramen a sklon pánve (jejich asymetrie svědčí pro dekompenzaci křivky).
- **Rtg vyšetření** - ve stoje na dlouhý formát, abychom zachytili úsek od protuberantia occ. ke kyčelnímu kloubu, ve 2 projekcích.

Popis skoliotické deformity

- **Hlavní křivka** - je největší, strukturální, vzniká jako první.
- **Kompenzační křivka** - kompenzuje zakřivení páteře, směřuje na druhou stranu než hlavní, je nad nebo pod hlavní křivkou.
- **Koncový obratel** - je uložen nejkraniálněji nebo nejkaudálněji na křivce, nejvíce skloněn ke konkavitě křivky.
- **Vrcholový obratel** je nejvíce rotovaný obratel, nejvíce vychýlený od vertikální křivky, nejméně skloněný.
- **Orientace křivky** - znamená zda jde vlevo nebo vpravo.
- **Lokalizace** - znamená, kterou část páteře postihuje.
- **Tíže** se měří podle Cobba - jde o úhel, který spolu svírají oba koncové obratle



Měření Cobbova úhlu v AP projekci

Odkazy

Externí odkazy

- Skolióza - Diagnóza (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/kosterni-system/202-skolioza/?pridat=186>) (pořad ČT)
- Skolióza páteře - cviky, cvičení, informace, typy skolióz (<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/skolioza-patere-cviky-cviceni-informace-typy-skolioz>) na ZbynekMlcoch.cz

Zdroj

- BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. [cit. 2009]. <http://jirben2.chytrak.cz/materialy/orto,trauma_jb.doc>.

Použitá literatura

- SOSNA, A, P VAVŘÍK a M KRBEČ, et al. *Základy ortopedie*. 1. vydání. Praha : Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.

Citováno z „<https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Skolióza&oldid=416087>“