

SCREENINGUL DIFORMITĂȚILOR COLOANEI VERTEBRALE LA ELEVI

Anna KUSTUROVA,
Catedra Ortopedie și Traumatologie,
USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Spinal screening of the deformities in pupils

Spinal deformities in children and adolescents is an actual problem of contemporary orthopedics. School spinal screening programs are used in many countries around the world for early diagnosis of spinal deformities that reduces the necessity of surgical treatment. For the first time spinal screening has been performed in the schools of Chisinau. Its preliminary results confirm the importance and seriousness of this problem.

Резюме

Скрининг деформаций позвоночника у школьников

Деформации позвоночника у детей и подростков являются актуальной проблемой современной ортопедии. Для ранней диагностики этой патологии во многих странах мира используются школьные скрининг-программы, что значительно уменьшает количество пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении сколиоза. Предварительные результаты ортопедического скрининга учеников, впервые проведенного в школах мун. Кишинэу, подтверждают важность и серьезность данной проблемы.

Actualitatea temei

În ultimele decenii se observă tendințe negative în dinamica parametrilor principali ai sănătății copiilor și adolescenților. Cea mai accentuată creștere a morbidității se înregistrează la copiii de vârstă școlară. În condițiile intensificării procesului educativ, pe un fundal social-igienic defavorabil și într-o situație ecologică complicată, organismul copilului necesită o activitate fizică sporită, care lipsește din cauza factorilor enumerați.

Conform datelor statistice, 96,7% din copii au dereglări funcționale și maladii ale coloanei vertebrale: dereglări de ținută – 52,2%, scolioză gr. I – 24,9%, gr. II – 6,7%, gr. III-IV – 2,1%. După datele lui A.Г. Беленький (2002), la examinarea copiilor sănătoși din Moscova în vârstă de 16-20 de ani, la mai mult de 50% din fete și 25% din băieți au fost depistate simptome de hipermobilitate [5, 9].

Conform datelor dispensarizării obținute în Rusia în 2002 (examinați 30 mil. 400 mii sau 94,6% copii de 0-18 ani), dereglările de ținută se întâlnesc în 17,6% cazuri, practic egal la băieți și fete. Dereglările de ținută mai des se întâlnesc la populația urbană – 20,6%, iar la copiii din sate – doar în 11,95%.

După datele Biroului Național de Statistică al RM, în anul 2008 727,5 mii de tineri au fost supuși examenelor de profilaxie: la 1000 examinați 8,5 au dereglări de ținută.

Scolioza este cea mai serioasă maladie în ortopedia pediatrică, fiind cea mai des întâlnită printre diformitățile coloanei vertebrale [1-4]. Scolioza idiopatică este pe larg răspândită la copii și adolescenți, cu o rată de până la 27,6% (H.B. Корнилов, 2001): în SUA – 0,5-3% (F. Montgomery, 1997), în Marea Britanie – 1,2% (A.J. Stirling et al., 1996), în Norvegia – 1,3% (A. Miller, 1978), în Grecia – 1,5-1,7% (D. Soucacos, 1997), în Iran – 7,8% (F. Dehghan Manshadi et al., 2003), în Rusia – 15,3% (Э.В. Ульрих, 2002), în România – aproape 20% (I. Ciortan, 2009).

Trebuie de menționat că formele inițiale ale scoliozei sunt destul de frecvente în rândurile copiilor și adolescenților (25-40% din numărul copiilor) [9]. Din fericire pentru copii și părinții lor, majoritatea acestor cazuri de obicei nu sunt progresive și nu au nevoie de tratament special. Cu toate acestea, nu au fost încă găsiți indicatori suficient de siguri pentru diagnosticul diferențial al formelor progresive și neprogresive ale diformităților coloanei vertebrale. Prin urmare, pentru fiecare copil diagnosticat cu un grad inițial al deformării există un risc de progresie în perioada de creștere și formare a scheletului. În același timp, cea mai periculoasă din punct de vedere al progresiei diformității coloanei vertebrale este perioada pubertății, de aceea creșterea morbidității prin scolioză idiopatică se observă preponderent la copiii de vârstă școlară [1, 3, 5].

După datele diferiților autori, progresia scoliozei este observată de la 23-27% la 50% din cazuri [8]. Deformațiile statice necorectate la timp sunt un factor determinant pentru dezvoltarea schimbărilor structurale în coloana vertebrală și a bolilor organelor interne, ce ulterior rezultă în scăderea sau lipsa capacității de muncă la maturitate. Invaliditatea primară din copilarie, ca urmare a scoliozei idiopatice, este de 8-9% în structura generală de handicap al copiilor [9]. Tendința de creștere a numărului de bolnavi cu forme progresive grave ale maladii, ineficiența tratamentului conservator au ca rezultat faptul că 23-25% din pacienți necesită intervenție chirurgicală la diferite etape ale vieții [2, 8].

Pentru depistarea timpurie a diformităților coloanei vertebrale în multe țări ale lumii se utilizează programe de screening în școli, ceea ce reduce în mod semnificativ necesitatea de tratament chirurgical [6, 7]. Măsurile nonoperative sunt mai eficiente atunci când scolioza este depistată în faza inițială. Torell et al. (1989) au raportat că eforturile de detectare timpurie a scoliozei au dus la o creștere de trei ori a numărului de pacienții care ar putea fi tratați conservator: prin urmare scade procentul celor care necesită intervenție chirurgicală.

Metodele radiologice fiind de bază în diagnosticul scoliozei, binecunoscute și folosite pe larg în ortopedia pediatrică, nu se recomandă pentru examinarea în masă și monitoringul în dinamică al copiilor și adolescenților, din cauza nivelului înalt de risc cancerigen pentru organismul în creștere.

Deși diferitele metode instrumentale de examinare a pacienților ortopedici au cunoscut o dezvoltare intensivă, metoda principală este examenul clinic [4-7]. Examenul ortopedic se realizează în poziție ortostatică – din spate, din față și din profil, în poziția șezândă și în decubit dorsal. Se constată o serie de semne speciale caracteristice pentru scolioză: asimetria umerilor, denivelarea și bascularea vârfurilor scapulei, ghibozitatea costală, bureletul lombar, asimetria și denivelarea pliurilor interfesiere și subfesiere. Cu ajutorul examenului neurologic se determină dereglările de sensibilitate și motricitate [4].

Ca standard al multor programe de screening rămâne testul lui Adam – pacientul în „poziție îndoită înainte”, care determină asimetria trunchiului – un aspect al deformării scoliotice. Examinarea pacientului în poziție îndoită este destinată detectării unui grad de curbură ușoară la examenele de screening în masă. În Europa și SUA este pe larg folosit scoliometrul, eficacitatea căruia în programele de screening a scoliozei a fost dovedită de mulți autori [6, 7]. Adăugător la evaluarea ortopedică subiectivă și testul inclinării înainte, măsurările cu scoliometrul ar oferi date obiective pentru o evaluare mai amănunțită. Scoliomtria este inclusă în toate ghidurile privind screeningul scoliozei și în recomandările SOSORT din 2011.

În ultimii ani, în Republica Moldova nu se efectuează examinări medicale periodice în școli. Incidența diformităților coloanei vertebrale este determinată numai după adresarea pacienților tineri în policlinică sau la spital, ceea ce nu poate oferi date veridice. Majoritatea copiilor și părinților observă deformația când ea deja este statică și progresează în grade severe. De aceea a apărut necesitatea de a efectua examinarea ortopedică în masă, de a afla situația reală privind incidența defectelor de ținută și deformațiilor structurale ale coloanei vertebrale.

Materiale și metode

Pe parcursul anului școlar 2011-2012, a fost efectuată examinarea primară ortopedică a 2140 de elevi ai școlilor și liceelor mun. Chișinău, cu vârsta de 7-17 ani: fete – 1067 (49,86%), băieți – 1073 (50,14%). Elevii au fost examinați în 6 poziții (inclusiv testul lui Adam) cu utilizarea scoliometrului. Scoliomtria $>5^\circ$ a fost luată ca o indicație pentru radiografia coloanei vertebrale conform ghidului SOSORT (2011).

Rezultate

Dereglări de ținută au fost diagnosticate în 433 de cazuri (20,23%); dintre care fete – 211 (48,73%), băieți – 222 (51,27%). Postura incorectă mai des se întâlnește la băieții de 10-13 ani. Scoliomtria mai mult de 5° a fost depistată la 96 de elevi, constituind 4,49%, mai des întâlnită la fete – 67 (69,79%) cazuri.

Concluzii

Diagnosticul, tratamentul și profilaxia patologiei coloanei vertebrale la copii rămâne o problemă stringentă în ortopedia contemporană. Din cauza lipsei examinărilor medicale periodice în școli, copiii cu diformități ale coloanei vertebrale sunt deseori omiși, rămân fără atenția părinților, profesorilor și medicilor. Rezultatele preliminare obținute în urma screeningului scoliozei ne-au dovedit actualitatea și importanța depistării timpurii a diformităților coloanei vertebrale la copiii și adolescenții de vârsta școlară.

Bibliografie

1. Antonescu D. *Diformitățile coloanei vertebrale: scolioze – cifoze*. În: Patologia aparatului locomotor. București: Editura medicală, 2008; vol.II, p. 164 – 265.
2. Burnei Gh, Gavrilu St., Vlad C., Georgescu I., Logeanu M. *Idiopathic Scoliosis and its Treatment - Personal Experience*. SICOT / SIROT 2005, XXIII World Congress, 2-9 September 2005, Istanbul, Turkey. Abstract book, p. 76-77.
3. Burwell R.G., Aujla R.K., Grevitt M.P., Dangerfield P.H., Moulton A., Randell T.L., Anderson S.I. *Pathogenesis of adolescent idiopathic scoliosis in girls*. In: Scoliosis, 2009, 31(4): 24.
4. Caproș N. *Elemente de patologie a coloanei vertebrale*. Chișinău: Edit-Prest, 2009, 152 p.
5. Marin I. *Defectele ținutei, scoliozele, prevenirea și tratamentul lor la copii*. Chișinău: Cartea Moldovenească, 1969, 12 p.
6. Sater K., White N., Haynes R. *Spinal screening program: School spinal screening guidelines*. Texas Department of State Health Services. Revised September, 2008, 67 p.
7. Smyrnis P., Alexopoylos A., Sekouris N., Katsourakis E. *Screening for preadolescent and adolescent Idiopathic Scoliosis of the spine in a Greek population*. In: Scoliosis, 2009, 4 (suppl. 1):O4.
8. Дудин Г.М. *Идиопатический сколиоз*. В книге: Травматология и ортопедия. Под редакцией Корнилова Н.В., Грязнухина Э.Г. Спб.: Гиппократ, 2006; том 4, 624 с.
9. Сквознова Т.М. *Комплексная коррекция статических деформаций у подростков с дефектами осанки и сколиозами I и II степени*. Дисс. Москва, 2008, 281 с.