

4. ПЛЕХАНОВ Л.Г., ЖОВТАНОВСКИЙ О.М., КИНЗНРСКИЙ А.Ю., ПОЛЛАК Л.Н. Место ультрасонографии в диагностике поясничного межпозвонкового остеохондроза. Ультразвуковые методы диагностики в современной клинике: Материалы Междунар.науч.-практ. конф. Харьковб 1992.с.163.
5. УЛЬРИХ Э.В. Ультразвуковая диагностика врождённых пороков развития позвонков и спинного мозга у детей. Метод.руководство. Л., 1991.195с.
6. NAISB C., HALLIVELL M. Intervertebral disc structure observation by a novel use of ultrasound imaging. J. Bone Jt Surg. 2000. Vol.82B, Supp. 3. p.207-208.
7. KONNERMAN W., GRIBER G. Ultraschalldiagnostik der Stutz-und Bewegungsorgane. Stuttgart, 2000. 236p.

## **PROFILAXIA AFECTĂRILOR VERTEBROGENE A SEGMENTULUI LOMBO-SACRAT AL COLOANEI VERTEBRALE LA COPII**

**Nicolae Şavga**

Catedra de Chirurgie Pediatrică, Laboratorului „Infecții chirurgicale la copii”  
USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### *The profilaxy of the vertebral affections of the lombo-sacral segment in children*

The prophylaxis of the vertebral affections of the lombo-sacral segment of the vertebral column in patients with displasion must be started from the childhood. The prophylactic measures that prevent the beginning of the disease, are actually measures that are oriented to destroying the unfavorable factors, that do not permit the normal functioning of the human body.

### **Rezumat**

Profilaxia afectărilor vertebrogene a segmentului lombo-sacrat al coloanei vertebrale pacienților cu displazii trebuie începută încă din copilărie. Măsurile profilactice care preîntîmpină apariția bolii, reprezintă de fapt măsuri orientate spre lichidarea factorilor nefavorabili, care perturbă funcționarea normală a organismului uman.

Procesele displastice ale regiunii lombo - sacrale ale coloanei vertebrale, au luat poziția de lider în ceea ce privește structura bolilor în copilărie și este principala cauză a sindromului algic a porțiunii inferioare a spatelui [5]. Datele cu privire la distribuția durerilor în spate la copii și adolescenți variază într-o gamă foarte largă, de la 20-30 la 83%(Aderson GB, 1991), și în 82-91% durerile sunt localizate în regiunile lombo – sacrale ale coloanei vertebrale. În decursul vieții durerile de spate apar la 87-93% anual, și se respectă la 22%. La o treime din pacienți, ulterior se dezvoltă o patologie cronică (Şapiro K.I. 1989, 1993).

Profilaxia afectărilor vertebrogene a segmentului lombo-sacrat al coloanei vertebrale pacienților cu displazii trebuie începută încă din copilărie[1,6,7,14]. Există profilaxia apariției procesului patologic și profilaxia recidivelor. Măsurile profilactice care preîntîmpină apariția bolii, reprezintă de fapt măsuri generale orientate spre menținerea și întărirea sănătății. Ele cuprind aproape toate sferele de activitate a omului,și se reumă la lichidarea factorilor nefavorabili, care perturbă funcționarea normală a organismului uman.

Profilaxia proceselor displazice ale segmentului lombo-sacrat , ca și majoritatea patologiilor, include în sine măsuri de ordin individual și social. Un rol important în apariția proceselor degenerative lombare o au factorii predispozanți, dintre care cei mai importanți sunt ereditatea nefavorabilă, particularitățile constituționale (disponibilitatea semnelor displazice), fondul premorbid împovărat. Identificarea predispoziției genetice și a semnelor displazice ( cel mai important mod de

dezvoltare a anomaliilor segmentului lombo - sacrat al coloanei vertebrale) trebuie să fie pe primul loc după importanța a măsurilor profilactice.

Sportul contemporan se caracterizează prin eforturi crescânde și mai întâi de toate asupra aparatului locomotor, lezarea și îmbolnăvirea căruia reprezintă factorii de bază, ce limitează creșterea performanței sportive și de asemenea a rezultatelor. De aceea se dă o mare importanță alegerii motivate științifice a copiilor și adolescenților pentru practicarea sportului.

Cu toate acestea este important de luat în considerare că selecția riguroasă inclusiv și în sport reprezintă cum spunea D.A.Șamburov(1954), o întrebare grea „pentru rezolvarea căreia nu poate fi nici prea multă seriozitate bazată pe un semn s-au două, și nici prea puțină”. De aceea nu ar fi corect nepermiterea practicării sportului acelor tineri și tinere, în familiile cărora se vizualizează patologii vertebrogene a segmentului lombo-sacrat al coloanei vertebrale. Concomitent ar fi binevenit ca toți să fie supuși unui examen roenghenologic al coloanei vertebrale în lipsa unor semne clinice evidente.

Dacă totuși este prezent factorul ereditar nefavorabil și mai sunt evidente dereglări displazice în asociere cu o senzații de discomfort în regiunea lombară după efort fizic, practicarea sportului în secțiunile de profil ar trebui de considerat ca o contraindicație. Necesită o examinare medicală profundă, ocupații sistematice cu gimnastică curativă orientată spre întărirea musculaturii spinale, abdominale și a perineului. Bineînțeles că sportul stimulează dezvoltarea fizică armonioasă și călirea organismului. Este importantă și diferențierea sportului pentru sănătate și a celui de pregătire a profesioniștilor în sport.

În ultimii ani se scrie mult despre factorii de apariție a multor boli inclusiv și a afectării vertebrogene a regiunii lombo-sacrate al coloanei vertebrale, recomandând de a efectua o dispensarizare.

După datele noastre primele semne clinice a procesului displazic corespunde fazei intensive de creștere ( nu rar 8-10 cm. pe an). Acest lucru duce la o inadecvare musculo-scheletală. De aceea în această perioadă este foarte important să atragem atenția asupra formării copilului. Un regim de mișcare rațional, întărirea sprijinelor aparatului locomotor, formarea unei posturi corecte.

Scurt o să ne oprim la profilaxia recidivelor la bolnavii cu sindrom reflector și cortical al proceselor degenerative lombare. Recomandările pe această întrebare la mature pot cu succes să fie aplicate la vîrsta fragedă și de adolescent. Este clar că în asemenea cazuri trebuie de evitat ridicarea greutăților, lucru fizic îndelungat, o aflare mai îndelungată într-o poză statică, mișcări voluminoase și bruște și desigur suprarăcirea. B.V.Drivotinov (1979) recomandă acestor pacienți să se învețe a ridica greutăți ,antrenînd în primulrîndmușchii picioarelor și nu abdominali, de două ori pe an primăvara și toamna să primească tratament antirecidivant: masaj, injecții cu vitamine din grupul B, biostimulatori, rumalon, electroforeza cu lidază, iradiere cu raze ultraviolete, profilaxia recidivei include în sine și obținerea unei remisii efective ca rezultat al tratamentului incorect al acutizării precedente. Aceasta include o spitalizare la timp, folosirea unor măsuri de tratament adecvat, calificarea profesională a medicilor, preîntîmpinarea unei externări precoce.

Unul din cei mai importanți factori profilactici reprezintă orientarea profesională argumentată științific. Aceștia sunt copii de azi și adolescenții –aceasta este generația viitoare aptă de muncă care are misiunea de a îndeplini planurile și ideile de producere. Ne luînd în considerare automatizarea și mecanizarea, proceselor de muncă scăderii considerabile a necesității în muncă manuală mai rămîn încă factorii de muncă nocivi și bolile profesionale.

Printre factorii de producere cu rol nociv asupra regiunii lombo-sacrate al coloanei vertebrale se enumără următorii: 1.) supraîncordarea fizică a aparatului ligamentar și osteoarticular și a mușchilor spinali legat de ridicarea greutăților, s-au de greutatea statică asupra coloanei vertebrale, îndeplinirea unor mișcări stereotipe frecvente în timpul aplecărilor și întoarcerilor capului, aflarea timp îndelungat într-o poză incomodă; 2.) acțiunea temperaturilor înalte și a energiei solare, scăderi bruște de temperatură la locul de muncă;3.) vibrația în asociere cu supraîncordarea fizică.

Dezvoltarea proceselor degenerative lombare și manifestările sale clinice sunt stimulate de asemenea și de condițiile climaterice – umiditate ridicară, acțiunea căldurii solare și de convecție.

Important nu e numai prezența dar și timpul acțiunii acestor factori. Este clar că copiilor cu patologii a segmentului lombo-sacrat al coloanei vertebralele segmentului lombar al coloanei vertebrale nu trebui orientați asupra alegerii unei profesii legate de factorii nocivi sus numiți.

Atunci când la un adolescent se constată prezența unuia sau a doi factori de risc, de asemenea trebuie foarte atent să se orienteze asupra alegerii profesiei, care are legătură mai puțin cu factorii de risc ca supraîncordarea statico-dinamică, cu aflarea mult timp într-o poză incomodă. ,și unde microclimatul este nefavorabil.

Trebuie de asemenea menționat faptul că criteriile selecție profesionale poartă în general un caracter orientativ și nu pot lua în calcul toate detaliile care uneori apar în timpul procesului de muncă. Așa deci o cauză a supraîncordării coloanei vertebrale poate fi și planificarea incorectă, nerațională a locului de muncă, chiar și în lipsa factorilor nocivi sus numiți.

Una din măsurile profilactice este munca igienico-sanitară cu populația. Pentru un contingent de oameni sănătoși ea trebuie să atingă întrebări generale de însănătoșire și igienă. În timpul discuțiilor cu pacienții este necesar situații concrete să li se demonstreze cauzele recidivelor și acutizărilor, să li se dea recomandări de regimuri de mișcare corecte și de asemenea de volumul măsurilor profilactice.

### **Bibliografie**

1. PARIS S.V. *Movement, stability and low back pain*. New York, 1997. - P. 319-330.
2. SIPALSKI M. *Lumbar segmental instablility*. Philadelphia.:Lippineott Williams & Wilkins, 1999.
3. TAKEMITSU M. *Low back pain in pediatric athletes with unilateral tracer uptake at the pars interarticularis on single photon emission computed tomography.*: Spine, 2006. - У. 31, №2. -P. 909-914.
4. TASKAYNATAN M. *Clinical significance of congenital lumbosacral malformation in young male population with prolonged low back pain* . Spine, 2005. - У. 30, №8. - P. 210-213.
5. VALKENBURG H. *The epidemiology of low back pain*. Am. Acad. Opthop. Surg, 1996. -- P.637-641.
6. АБАЛЬМАСОВА Е.А. *Дизонтогенетические изменения в позвоночнике у детей как одна из причин остеохондроза у взрослых*. Ортоп., травмат. и протез, 1982.- № 12.- С. 25-31.
7. АЛБОРОВ Г.К. *Остеохондроз поясничного отдела позвоночника у детей*. Ортоп., травмат. и протез, 1979. - № 12.- С. 26-28.
8. ЕПИФАНОВ В.А. *Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика)*.М., 2000. -344 с.
9. KIRKALDY-WILLIS W.H. *Segmental instability, the lumbar spine*. - Philadelphia, 1990.
10. КАПТЕЛИН А.Ф. *Спортивная травма*. М., 1980. - С. 36-40 .
11. КОЛЕСНИЧЕНКО В.А. *Остеохондропатия позвоночника. Ранняя диагностика и прогнозирование течения заболевания*. Автореф. дис. д-ра мед. наук.-Киев, 2001.
12. ПУЛЬБЕРЕ П.В. *Диагностика и лечение дегенеративных заболеваний позвоночника*. Кишинев.: Штиинца, 1984. - 133 с.
13. УЛЬРИХ Э.В. *Аномалии позвоночника у детей*..- СПб.: Сотис, 1995. - 335 с.
14. ЮХНОВА О.М. *Возрастные особенности позвоночника и спинного мозга у детей и подростков*.: Ортопед. травматол., 1982 .- №2 8 . - С. 72-75.
15. ШМИДТ И.Р. *Некоторые генотипические и средовые факторы при остеохондрозе позвоночника*. Геронтология и гериатрия.- Киев, 1980.