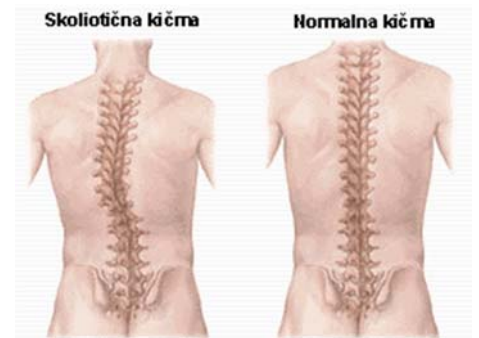


1.0 UVOD

1.1 Definicija skolioze

Skolioza (grč. savijanje) je deformitet kičmenog stuba koji se definiše kao bočno krivljenje kičmenog stuba u frontalnoj ravni i uglavnom se javlja kod dece. Pored bočnog krivljenja kod skolioze prisutna je i rotacija pršljenova kao i njihova torzija (uvrtanje dela tela pršljena prema drugom). Da bi se skolioza mogla dijagnosticirati Cobb-ov ugao mora biti veći od 10°.



Slika 1 Prikaz skoliotične kičme i normalnog kičmenog stuba

1.2 Istorijat skolioza

Istorija ove bolesti je duga i seže unazad čak 4000 godina. Uprkos tome etiologija je i dalje nejasna. Drevni Hindusi su opisivali u detalje lečenje deformiteta kičmenog stuba (oko 3500-1800.godine pre nove ere). Postoji opis o ženi koja je bila „deformisana na tri mesta“ i tehnike jačanja njenih leđa. Navode se rezultati lečenja, ortopedski pribor i dugoročno praćenje.

Hipokrat je (oko 400 godine pre nove ere) utvrdio da postoji veliki broj varijanti krivljenja kičmenog stuba čak i kod osoba sa dobrim zdravljem, smatrajući da se krivljenje javlja „zbog prilagođavanja i različitih navika“. Fokus Hipokratovog lečenja skolioze je bilo najpre zasnovano na trakciji i manipulaciji. On je koristio trakcionu tablu zvanu „scamnum“. Varijacije ove sprave su korištene do 1500 godine.

Jacques Mathieu Delpuch je čovek koji je bio najzaslužniji za razvoj ortopedije u francuskoj. Njegov fokus je bio neoperativni pristup ortopedskim problemima. Za lečenje skolioze Delpuch je osmislio vežbe za postepeno jačanje muskulature trupa verujući da deformitet nastaje zbog slabosti muskulature.

Jules Guerin bio francuski ortopedski hirurk koji je prvi započeo sa hirurškim lečenjem skolioze (1800.godine). Par godina kasnije, javno je objavio svoje rezultate lečenja kod 1349 pacijenata izazvao kontraverzne diskusije.

Lewis Sayre, američki ortopedski hirurk, 1800. godine popularizuje upotrebu gipsanih midera u cilju lečenja skolioza.

Paul Harrington, ortopedski hirurk iz Houstona, Teksas, konstruiše Harrington-ov implantat 1953. godine. Ovaj implantat je još više poboljšao hirurško lečenje skolioza.

2.0 Etiologija skolioza

Skolioze u odnosu na uzrok delimo na one sa nepoznatim (primarne ili idiopatske) i poznatim (sekundarne) uzrokom. Skolioze sa poznatim uzrokom nisu toliko česte, ali ih možemo bolje etiološki definisati, dok skolioze sa nepoznatim uzrokom čine većinu slučajeva i pretpostavlja se da je trećina svih idiopatskih skolioza genetski preneseno sa roditelja na dete.

2.1 Skolioze poznatog uzroka

Skolioze sa poznatim uzrokom se dele na urođene i stečene.

Urođene skolioze se javljaju u oko 15% slučajeva i nalaze se kod pacijenata sa urođenim deformitetima pršljenova ili rebara.

Stečene skolioze su skolioze koje se javljaju tokom života i čiji je uzrok dobro poznat. Mogu nastati kod neurofibromatoza, kod mezenhimalnih oboljenja, osteohondrodistrofija, kod neuromišićnih oboljenja, kod infekcija kičmenog stuba, povreda kičme i metaboličkih poremećaja.

2.2 Skolioze nepoznatog uzroka

Kod većine slučajeva (80%), uzrok skolioze je nepoznat. Idiopatska skolioza je najčešći oblik lateralne devijacije kičmenog stuba. Idiopatske skolioze definišemo kao, lateralnu zakrivljenost kičme kod inače zdravog deteta, kod koga se prepoznatljiv uzrok ne može naći. Idiopatska skolioza je najčešći tip skolioze kod dece. Ona retko kad izaziva bol i u većini slučajeva skoliotična krivina je dovoljno mala da se može smatrati asimetrijom i ne zahteva tretman. Ipak, kada se skolioza otkrije, važno je da se pažljivo prati u slučaju da se javi rast krivine.

Kao jedan od mogućih uzroka idiopatskih skolioza navodi se primarna mišićna bolest kao i abnormalni metabolizam elastičnog fibrina. Prema istraživanju Heuter-Volkman-a, dezorganizovani rast skeleta bi takođe imao uticaj na nastanak idiopatskih skolioza.