

## Hozzászólás Burkus dr. és munkatársai: *A collodiaphysealis szög vizsgálata gerincferdülés esetén, háromdimenziós képalkotás segítségével című közleményéhez\**

Mindig nagy érdeklődéssel olvasom az ország egyetlen EOS berendezése alkalmazásának újabb és újabb lehetőségeiről írott közleményeket. A fenti közlemény egy érdekes összefüggésre hívja fel a figyelmet, nevezetesen: a kollodiafizeális szög egyoldali csökkenése következményes részjelensége lenne az idiopátiás szkoliózisok tünet együttesének.

Veszélyes következtetésnek érzem a cikk ezen fő mondanivalóját. Evidencia, hogy az alsó végtagok abszolút vagy relatív hosszkülönbsége medence ferde állással jár. Ha ferde a medence állása, akkor a sacrum felső zárólemeze a koronális síkban nem vízszintes. Ha a gerinc nem kompenzálna egy görbület kialakításával (ekkor még csak szkoliózisos tartásról beszélünk), a fej oldalirányban lenne. De a 24 mozgó szegmentumnak éppen az az egyik jelentősége, hogy segít a fej térbeli orientációjának beállításában, alap esetben a támaszkodó lábak közötti vonalban tartásában. A megállapítás, miszerint mindig a kisebb kollodiafizeális szög oldalán van a konvexitás, számomra inkább csak alátámasztja a fentieket.

És hogy miért fontos mindez? Mert messze túlmutat egy tudományos megállapításon. Saját gyakorlatunkban hagyományos álló, ún. a–p telegerinccel felvételt készítünk, a pácienseket megkérve, hogy nyújtott térdekkel, kis terpeszben álljanak. A gonádvédő felhelyezésénél ügyelünk arra, hogy a sacrum felső zárólemeze ábrázolódjon. Ha az ferde, és a betegnek nincs evidens vagy rejtett ab- vagy addukciós kontraktúrája, vagy esetleg egyoldali térd flexiós kontraktúrája vagy hiperextenziója, akkor valódi alsó végtagi hosszkülönbségről beszélünk. De akármi okozza is a sacrum ferde állását, a háttérben lévő októl függetlenül, annak megszüntéig a rövidebb alsó végtagi cipő emelésével állítjuk helyre a ferde állást. Ez szinte mindig megoldható „láthatatlan” módon, a cipőbe helyezett emeléssel. És el kell mondani, hogy időben felismert, mérsékelt (1–2 cm-es) hosszkülönbségnél ez működik. Nyilván nem azonnal, de egy észszerűen megválasztott kontroll vizsgálat során már általában fizikális vizsgálattal is észlelhető a javulás. Mindez magyarázatot adhat az ún. idiopátiás szkoliózisok egy részének eredetére, ami tehát ez esetben szkoliózisos tartás tartós fennállásával indulna, és ezáltal kikerülne a mintegy 70%-nyi, ún. idiopátiás csoportból. Ez egyben hatékonyan segítené is a prevenciót.

Szó esik a közleményben a CT és MR vizsgálatokon is tetten érhető kollodiafizeális különbségről. Ezeket a vizsgálatokat csak nehezebb esetekben, malformáció vagy műtéti tervezés nehézsége esetén végezzük, és mivel fekvő történnek, még egy kétoldali kollodiafizeális szög különbség sem jelent semmit, hiszen pl. egy gyermekkori lábszár vagy femur törés utáni túlnövekedése is lehet akár a kisebb kollodiafizeális szög oldalán a páciensnek.

**Prof. Dr. Csernátory Zoltán**

\* Burkus M., József K., Niklai B., Márkus I., Tunyogi-Csapó M.: A collodiaphysealis szög vizsgálata gerincferdülés esetén, háromdimenziós képalkotás segítségével. Magyar Traumatológia Ortopédia Kézsebészet Plasztikai Sebészet, 2017. 60. (1-2): 13-20.