

определяется при клиническом обследовании: объём вдавления 15 мл (столовая ложка воды) соответствует I степени воронкообразной деформации, более 15-20 мл – второй степени [48]. Деформация III степени представляет собой обширное кратерообразное или ладьевидное вдавление, занимающее всю переднюю грудную стенку, приближающееся вершиной к позвоночнику и оттесняющее сердце влево так, что создается перекрут крупных сосудов и бронхов со смещением лёгких [52]. Рентгенологический метод определения степени ВДГК, предложенный Гижицкой [цит. 48], в настоящее время мы не используем в связи с необоснованной лучевой нагрузкой.

Плосковороночная деформация представляет собой равномерное уплощение передней грудной стенки с уменьшением передне-заднего размера, что приводит к интраплевральным смещениям, псевдодилатационному синдрому, может быть симметричной и асимметричной.

Килевидную деформацию грудной клетки делят на три типа по Г.А. Баирову и А.А. Фокину: манубриокостальный – выступает вперёд область сочленения рукоятки и тела грудины, корпорокостальный – выбухает вперёд тело грудины и область рёберно-грудинных сочленений и костальный – выпячивание в области рёбер, чаще с одной стороны (асимметричная).

Сколиоз позвоночника диагностируют клинически при осмотре (асимметрия грудной клетки), с помощью пробы с отвесом. Клиническими критериями диагностики нарушений осанки и сколиозов у подростков, рекомендуемые курсом пропедевтики внутренних болезней, являются: разный уровень лопаток, ключиц, плеч, асимметрия расстояния от позвоночника до углов лопаток с двух сторон. Для диагностики сколиоза применяют тест Адамса: в положении наклона вперёд регистрируется асимметричное выбухание рёбер и мышечный валик в грудной или поясничной области с одной стороны позвоночника. Дополнительно используются тесты со сцеплением рук за спиной в замок, когда одна рука сверху от плеча согнута в локте и направлена кистью вниз навстречу другой, расположенной диагонально к первой снизу вверх к противоположному плечу. В некоторых случаях проводили рентгенографию позвоночника и вычисляли угол сколиоза с помощью графического метода Коббса. Объективный (рентгенографический) метод диагностики необходим для верификации прогрессирования, стабилизации или редукции сколиоза при методах физической реабилитации, а также исключения синдромосходных заболеваний: остеохондропатии, врожденных аномалий позвонков и их сочленений (аномалия тропизма), ключиц (гипоплазия, переломы), ребер.