

Alar Krautmani Terviseakadeemia

RINNAKORVI DEFORMATSIOONID

Lõputöö

Koostaja: Lii Jürgenson

Tartu 2018

SISUKORD

Sissejuhatus.....	3
1. Rinnakorvi deformatsioonid	4
1.2. Klassifikatsioon ja tüübid	5
1.3. Deformatsiooni põhjused	5
2. Lehterrind/kinsepprind	6
2.1. Ravi.....	7
3. Kiilrind/kanarind	8
3.1. Ravi.....	9
4. Vähemlevinud deformatsioonid	11
4.1. Rindkere kooniline deformatsioon	11
4.2. Kaarjas rinnakorv	11
4.3. Rinnakorvi lõhestumus	12
4.4. Poola sündroom ehk ribiplokkide defekt	12
5. Millal tekib defekt?	14
5.1. Kliinilised ilmingud ja nende mõju kehale	14
6. Korrekstioonimeetodid	15
6.1. Konservatiivne korrektsioon.....	15
6.2. Kirurgiline korrektsioon	15
6.2.1. Kui te ei nõustu operatsiooniga?	15
6.4. Teraapilise massaaži kasutamine.....	16
Kokkuvõte	17
Kasutatud kirjandus.....	18

SISSEJUHATUS

Puutume igapäevaselt kokku inimestega, kes kaebavad erinevaid valusid. Kellel kael, kellel õlad, kellel käed-jalad valutavad. Tihti pööratakse abi saamiseks ka meie valdkonna spetsialistide poole. Sagedaseim küsimus on „Kui kiiresti ma abi saan?“ ning enamikel kordadest me vastust anda ei oska.

Minu teele sattus meesterahvas, kes soovis kogeda Vana-Eesti massaaži. Tutvustades talle seda massaažiliiki kui jõulist massaaži mainis ta, et tal on lehterrind ning lootis, et see deformatsioon tema masseerimist ei sega. Koolis me selle teemaga kokku puutunud ei olnud ning seetõttu tekkis soov teada saada, millega on tegu. Kuidas see haigus tekib, kuidas teda ravitakse ning mida tohin mina, massöörina teha, et ma inimese tervist ei kahjustaks?

1. RINNAKORVI DEFORMATSIOONID

Rindkere deformatsioonid on kas kaasa sündinud või omandatud elu jooksul. Rindkere deformatsioonil on paratamatu mõju südamele, kopsudele ja teistele organitele, mis asuvad rinnaõõnes, põhjustades häireid nende normaalses toimimises. Rindkere erinevate deformatsioonide põhjuseks on ribide ja rinnakukõhre ebanormaalne areng. Enamikel lastel on sellised kõrvalekalded sünnituse järgselt nähtavad, kuid mõnel juhul ilmnevad ka hilisemas lapsepõlves või siis noorukieas.

Kaasasündinud ja omandatud rinna deformatsioonid esinevad 4% elanikkonnast. Sõltuvalt nende raskusastmest põhjustavad rinnaku ja ribide mitmesugused deformatsioonid inimestel funktsionaalseid häireid südame-veresoonkonna ja hingamisteede süsteemides. Väheneb ka kaitsefunktsioon. Kosmeetiliste puuduste tagajärjel tekivad lastel psühholoogilised häired. Nad väldivad eakaaslaseid, ning on häirunud sotsiaalne kohanemine.

Raskekujulise rinna deformatsiooniga lapsel on tavaliselt madal süstoolne vererõhk ja suurenenud diastoolne vererõhk, samuti esineb venoosse rõhu suurenemine, mis kahjustab vereringet. Selle tagajärjel lapsed väsivad kiiresti, esinevad pinged, jäävad füüsilises arengus maha.

Kuid igal rinde deformatsioonitasemel võib lapse seisundit tasakaalustada sõltuvalt organismi individuaalsetest omadustest, kasvukiirusest, koormustest ja kaasnevatest haigustest.

Sõltuvalt rinnaku deformatsiooni paiknemisest eristatakse rinnaku eesmise, tagumiste ja külgsente deformatsiooni. Ka deformatsiooni raskus võib olla erinev: kosmeetilisest defektist raske patoloogiani välja, mis põhjustab juba südame ja kopsude häireid.

Nagu juba eespool mainitud võib kõik rindkere deformatsioonid jagada kahte rühma: kaasasündinud (düsplastiline) ja omandatud.

Rinnakorvi omandatud deformatsioonid arenevad mitmete haiguste, nagu kroonilised kopsuhaigused, luu-tuberkuloos, rahhiit, tulemusel ning võivad tekkida ka rinnanäärme vigastuste ja põletuste tagajärjel.

Rinnakorvi kaasasündinud deformatsioonid on tingitud anomaaliatest rinna lülisamba, ribide, rinnaku ja lihaste arengus. Kõige tugevamad deformatsioonid esinevad siis, kui luu struktuuride areng on häiritud. Rindkere kaasasündinud deformatsioone iseloomustab rindkere esiosa kuju muutused.

1.2. Klassifikatsioon ja tüübid

Rindkere muutused jagunevad järgmisteks tüüpideks:

- **Lehterrind (*Pectus excavatum*):** rindkere on surutud sissepoole. Nimetatud ka kingseppriinnaks
- **Kiilrind (*Pectus carinatum*):** rindkere eendub edasi nagu paadi keel. Teine nimetus ka kanarind/ankurrind
- **Lamerind/kooniline rind:** rinnakorv on eesmisel suunas lamenenud. Ka nn tünnirind.

Esineb teisigi väga haruldasi deformatsioone nagu näiteks

- **Lõhenenud rinnakorv:** rinnakorv on jaotunud
- **Poola sündroom:** nn ribiplokkide defekt – mõjutab mitte ainult rindkeret, vaid ka selgroogu, lihaseid ja muid organeid.
- **Kaarjas rinnakorv (*Pectus Arcuatum*):** Currarino-Silvermani sündroom

1.3. Deformatsiooni põhjused

Enamik laste rinnakorvis olevaid deformatsioone on geneetilised patoloogiad. Geenidesse on sisse kodeeritud programm, mis käivitab rindkere kõhre ebanormaalse kasvu ja arengu. Sageli kipuvad vanemad end süüdistama, kui lapsel ilmneb rindkere patoloogiaid. Õnneks saab seda valdavalt parandada.

Kui deformatsioon on kaasa sündinud muutub reeglina rinnakorvi esiosa kuju. Selliste kõrvalekalletega kaasneb ribide vähene areng või nende puudumine, lihaste ja rinnakoe arengu mahajäämus.

Omandatud deformatsiooni põhjustavad mitmed haigused: rahhiit, luude tuberkuloos, kroonilised kopsuhaigused ning samuti rindkere traumad ning rinna piirkonnas olnud suuremad põletused.

Kui luu struktuuride moodustumine on häiritud, siis esinevad kõige raskemad deformatsioonivormid.

2. LEHTERRIND/KINSEPPRIND

Lehterrinda iseloomustab keskmise või alumise rinnakorvi süvis. See on rinnaku kõige levinum väärareng (91% kõikidest kaasasündinud deformatsioonidest rindkere piirkonnas). Rindkere laieneb põikisuunas ning tekivad lülisamba kumerused. Lapse kasvades muutub deformatsioon veelgi tugevamaks. Kasvavad ribid tunduvad olevat pinguldunud ja surutud rinnaku sisse. Selle arenguhäirega seotud väärarengu tõttu tekib rindkere õõnsuse mahu vähenemine. Tugevalt väljendunud lehterrind viib südame nihkumiseni, mis omakorda häirib südame ja kopsude tööd ning mõjutab arteriaalset ja venoosset rõhku. Eeldatakse, et rinnakorvi lehtri kujuline deformatsioon tuleneb geneetiliselt määratud kõhre ja sidekoe normaalse struktuuri muutustest. Lehterrinnaga lastel täheldatakse sageli mitmeid kõrvalekaldeid normaalses arengus. Sageli, perekonna anamneesis on lähisugulastel sarnase patoloogia juhtumeid. Vastsündinutel ja väikelastel on see deformatsioon vähemärgatav. Lapse kasvamisel muutub patoloogia selgemaks ning jõuab maksimumini kolmandaks eluaastaks. Sellise kaasasündinud patoloogiaga lapsed jäävad maha füüsilises arengus,



Joonis 1. *Pectus excavatum*. Lehterrind

kannatavad vegetatiivsete häirete all ning nakatuvad sagedamini külmetushaigustesse. Edaspidi muutub rindkere deformatsioon fikseerituks. Järk-järgult suureneb lehtri sügavus, ulatudes 7-8 cm. Lapsel areneb skolioos ning rindkere küfoos. Võrreldes tavaliste sama vanuste lastega väheneb hingamisteede ulatus 3-4 korda. Täheldatakse häirete tõusu südameveresoonekonnas ning hingamissüsteemides.

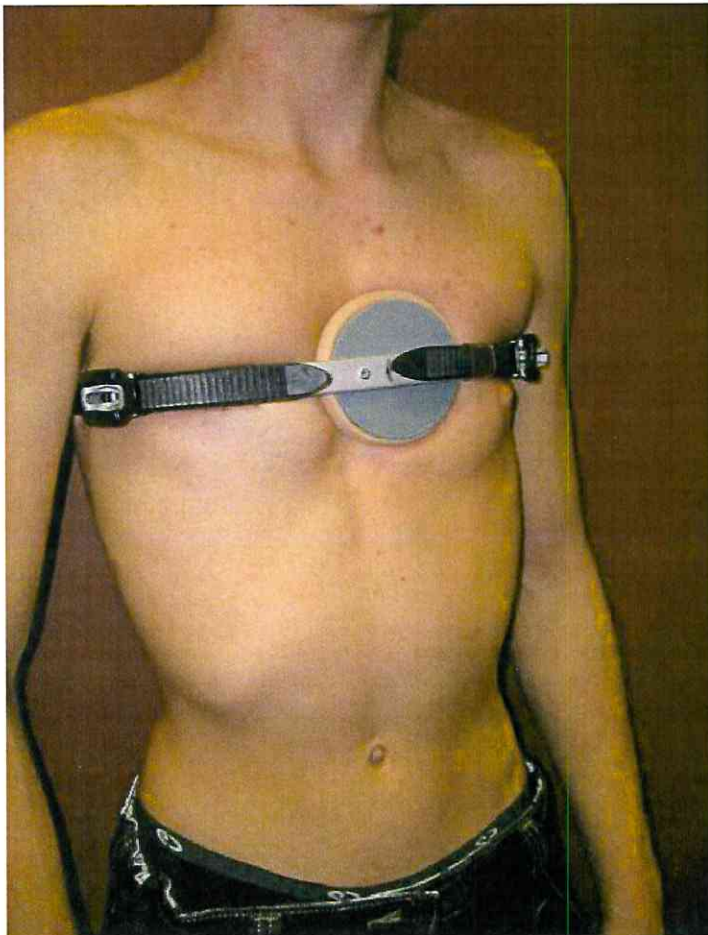
Lehterrinnal on kolm deformatsiooni astet:

- 1) Lehtri sügavus on kuni 2 cm, ilma südant segamata
- 2) Deformatsiooni sügavus ei ületa 4 cm, südame nihkumine 2-3 cm
- 3) Deformatsiooni sügavus on üle 4 cm, südame nihkumine 3 cm.

2.1. Ravi

Selle kaasasündinud deformatsiooniga on konservatiivne ravi (LFK -füüsiliste meetmete kompleks, mida kasutatakse haiguste raviks ja ennetamiseks, massaaž jms) ebaefektiivne. Väiksemate deformatsioonide puhul, millega ei kaasne märkimisväärset kardiorespiratoorse funktsiooni rikkumist, võib jääda vaatluse alla ilma operatsiooni teostamiseta. Teises ka kolmandas deformatsiooniklassis on näidustatud rindkere operatiivne rekonstrueerimine, et tagada normaalsed tingimused südame ja kopsude tööks. Operatsioon viiakse läbi kui laps on saanud 6-7 aastaseks.

Kirurgilisel ravil on mitmeid viise, kuid tuleb märkida, et traumatoloogid on saavutanud soovitud tulemuse vaid 40-50% patsientidel. Radikaalne sekkumine on suunatud rinnaõõne

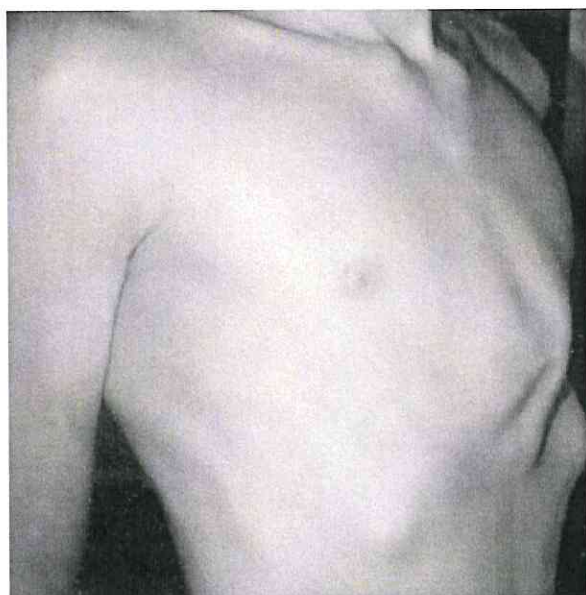


mahu suurendamiseks. Pärast rinnaku tagaosa sternokostaalkompleksi mobiliseerimist paigaldatakse spetsiaalne plaat, mis on valmistatud roostevabast terasest ning kinnitatakse mõlemale küljele neljanda/viienda ribi külge. Pärast kuut kuud või hiljem võib plaadi eemaldada. Viimasel ajal kasutatakse lehtrikujulise rindkere töötlemiseks kahe magnetplaadi meetodit, mis seisneb selles, et üks plaat implanteeritakse rindkere taha ja teine väljapoole spetsiaalse korseti abil. Väline magnet sikutab sisemist magnetit enda poole eemaldades järk-järgult rindkere deformatsiooni.

Joonis 2. Magnetravi kasutamine lehterrinnaku ravis.

3. KIILRIND/KANARIND

Rindkere kaasasündinud deformatsioon, mida iseloomustab rinnaku ja ribide ettepoole suunatus, anteroposteriori suuruse tõus. Seda patoloogiat põhjustab rindkere kõhre ülemäärane kasv. Tavaliselt kasvavad viienda kuni seitsmenda ribi kõhred. Kiilukujuline rindkere puhul on rinnaosa järsult suunatud ette, ribid lähenevad sellele teravnurga alt, andes rinnakorvile kiilu kuju. Rindkere deformatsioon on enamjaolt kaasasündinud, kuid seda võib omandada ka haiguste (rahhiidi, luu tuberkuloosi jne) tõttu. Tavaliselt toimub selline deformatsioon 3-5 aastastel lastel. Lapse kasvades muutub deformatsioon nähtavamaks, tekib märkimisväärne kosmeetiline defekt.



Joonis 3. *Pectus carinatum*. Kiilrind, kanarind

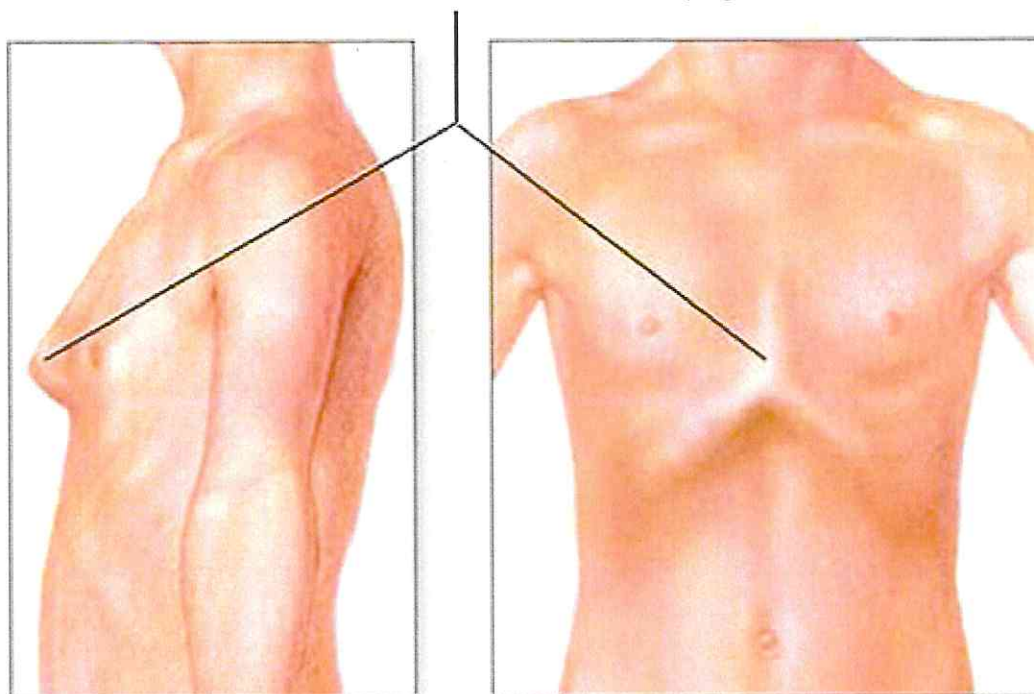
Süda võtab tilga kuju nn „rippuv süda“. Seda tüüpi deformatsiooniga kaasneb suhteliselt harva kopsu ja südamefunktsiooni rikkumine. Seda tüüpi arenguhäirete päritolu on seotud geneetiliste kõrvalekalletega, mis kahjustavad loote arengut kudede diferentseerumise perioodil. Selle tulemusel tekib rindkere kudede düsplaasia ja diafragma kudede anomaalia. Kiilrinnaga inimestel puudub diafragma esiosa ja külgmised segmendid, mis on seotud seitsmenda-kaheksanda ribiga. See toob kaasa rindkere külgmiste osade tagasitõmbumise ja rindkere eendumise ettepoole ning mahu vähenemise. Vanusega muutused progresseeruvad, mille tulemusena suureneb siseelundite kokkusurumine, mis omakorda põhjustab häireid kopsufunktsioonides ja kardiovaskulaarses süsteemis. Rindkere keeleline defekt põhjustab lastel vaid kosmeetilist defekti, samas funktsionaalsel kontrollimisel ei tuvastatud mingeid kõrvalekaldeid vanuse normidest. Teismelistele ja täiskasvanutele võib selline deformatsioon

põhjustada funktsionaalseid häireid, näiteks kopsumaht väheneb, suurenenud hetke hingamisteede maht, hapniku tarbimise koefitsiendi vähenemine jne. Nende häirete põhjuseks on ribide liikumise vähenemine ja kogu rinnakorvi pidev pingeseisund. Kiilrinnaga patsiendid kurdavad hingeldust, kiiret väsimist ja südame pekslemist, mis ilmnevad kehalise aktiivsuse ajal.

Rindkere keeleline deformatsioon, millel on rahva hulgas ka väga meeldiv sünonüüm "kana rinnatükk", on üks luusüsteemi väärarenguid. Mõnikord ei ole see deformatsioon täiesti õigesti nn kiilu kujuline. Mõnikord tekib selline arengu patoloogia koos teiste skeleti arengu kõrvalekalletega, näiteks rindkere lehter-kujulise deformatsiooniga.

See deformatsioon võib olla kas sümmeetriline (see tähendab, et rindkere on võrdselt kaardunud) või asümmeetriline. Sellisel juhul saab jälgida rinnaku kõverust mööda oma telge.

Килевидная грудь



Joonis 4. Kiilrind

3.1. Ravi

Kirurgiline sekkumine kiirinnaga patsientide puhul näidustatud vaid siis, kui siseorganid on kahjustatud.

Operatsiooni tüübid kiirinna deformatsiooni puhul:

*Abramson'i meetod, mis on analoogne Nass'i meetodile (vt punkti 6.2)

*Sternohondroplastiline kirurgia- Ravichi analoog (vt punkti 6.2)

Samuti on välja töötatud minimaalselt invasiivsed korrektsioonimeetodid endoskoopiliste tehnikate abil, mille eesmärk on vältida rindkere seina sisselõikeid. Operatsiooni käigus likvideeritakse rinnaku kõverus, ribide deformatsioon ja samuti korrigeeritakse ribikõhred. Üldjuhul ei teostata operatsiooni alla viie aastastele lastele. Lastel on võimalik kasutada konservatiivset ravi ortooside näol (korsett). Viimasel ajal on kõige tõhusam meetod Ferre'i dünaamilise kopressioonisüsteemi kasutamine.

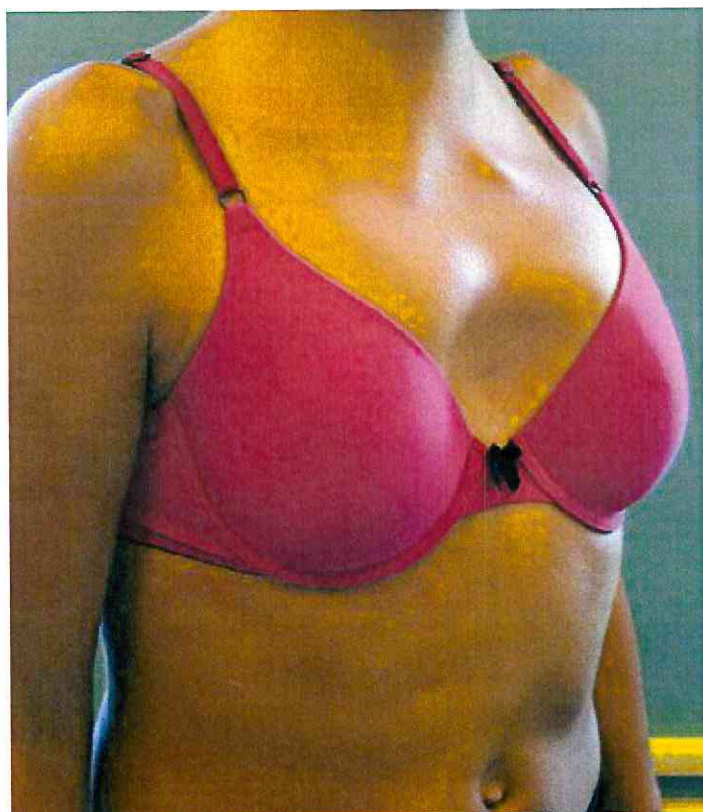
4. VÄHEMLEVINUD DEFORMATSIOONID

4.1. Rindkere kooniline deformatsioon

Rindkere kooniline deformatsioon on kehaehituse iseärasus. Selle rindkere deformatsiooniga suureneb rindkere ristlõike suurus, ilma et see häiriks kopsude, südame või veresoonte funktsioone. Tuleb märkida, et rindkere kooniline deformatsioon ei ole haigus. Reeglina ravi ei nõua.

4.2. Kaarjas rinnakorv

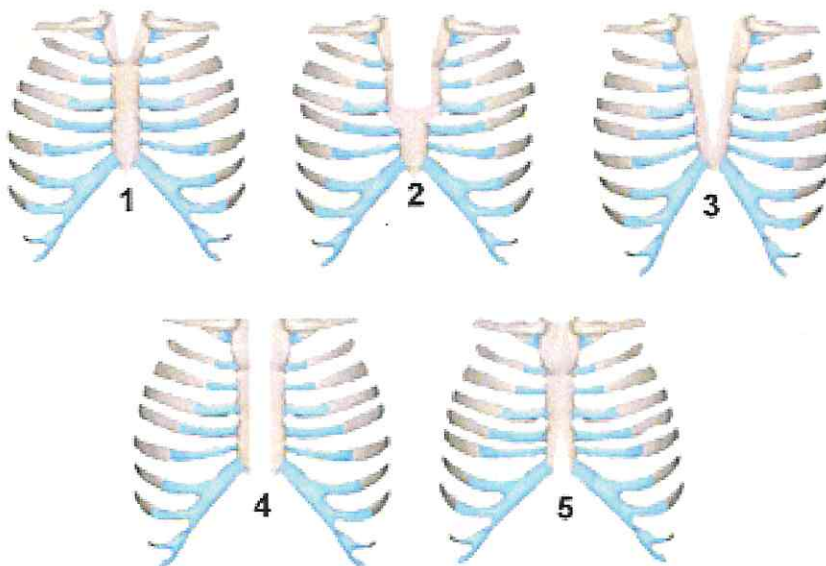
Rindkere kõige haruldasem deformatsiooni vorm. Teda nimetatakse ka ülemiseks kiiluks või Currino-Silvermani sündroomiks. Seda tüüpi rindkere deformatsiooniga moodustub ülemises rindkeres silmapaistev luu, kusjuures ülejäänud rinnakorv tundub olevat normaalne. Mõnel juhul võib kumer/kaarjas rinnakorv kombineeruda mõõdukalt väljendunud lehterdeformatsiooniga rinnakorvi alumises osas, kuid seda ei saa parandada. See rinnakorvi deformatsioon on ainult kosmeetiline defekt. Korrektsioon on võimalik Sterno-kondroplastiaga vastavalt Ravichi operatsiooni tüübile, samaaegselt osteosünteesiga või ilma selleta.



Joonis 5. Currino-Silvermanni sündroom. Kaarjas rinnakorv

4.3. Rinnakorvi lõhestumus

Lõhestunud rinnakorv on kaasasündinud patoloogia. Statistiliste andmete järgselt esineb see umbes 2% inimestest. Selle patoloogiaga inimestel on osaliselt või täielikult rinnakorv jagunenud (vt Joonis 6). See patoloogia on tõsine, see pole ainult esteetiline defekt: rinnakorvi lõhestumise tõttu ei ole süda jt tähtsamad organid rinnakorviga kaitstud vaid asuvad kohe naha all. Ainus rinnakorvi lõhestumise ravimeetod on operatiivne ravi. Operatsiooni tüüp sõltub patsiendi vanusest. Lastel vanuses kuni üks aasta kasutatakse järgmisi kirurgilisi meetodeid: rinnak on osaliselt välja tõmmatud ja õmmeldakse pikki keskmist joont. Kuid rinnakorv ühineb (kasvab kokku) vaid siis, kui laps on veel väga väike ja tema luud on säilitanud teatud paindlikuse. Seetõttu vanematel lastel, vanuses 1-3 aastat, kasutatakse järgmist kirurgilist meetodit. Operatsioon algab samamoodi rinnaku osalise eemaldamisega ja siis tehakse rinnakorvi laiendamise. See saavutatakse täites lõhe luukoe siirderakkudega. Autograafide usaldusväärseks fikseerimiseks samuti vältimaks hilisemat rinnaku ja võimalikke siseorganite deformatsioone, asetatakse rinnaku peale titaanplaat.



Joonis 6. Rinnakorvi lõhestumise erinevad variatsioonid

4.4. Poola sündroom ehk ribiplokkide defekt

Poola sündroom on geneetiline patoloogia ja juhul kui üks vanematest kannatab selle sündroomi all on 50% tõenäosusega ka lapsel samad ilmingud. Poola sündroom mõjutab kõiki rindkere seinu: rinnak, ribid, lihased, nahaalune rasv ja selg. Võttes arvesse rinnakorvi igakülgselt taastumist ravitakse Poola sündroomi vaid kirurgilise sekkumisega. Sageli ei ole üks operatsioon piisav. Alguses kõrvaldatakse ribide defekt, taastatakse deformeerunud luud,

seeläbi taastades rindkere kaitsvaid omadusi. Teise operatsiooni eesmärk on parandada kosmeetilisi tulemusi. See operatsioon seisneb piimanäärme modelleerimises (naiste vähearenenud rinnanäärmete endoproteesimine ja meeste suur rinnanäärme lihastik), samuti lihaste plastilise kirurgia teostamine. Paljudel juhtudel on Poola sündroomi kandjatel lühenenud, sulandunud ja ühinenud sõrmed (varbad) rindkere kahjustusega samal küljel. See nõuab ortopeediliste kirurgide või rekonstrueeriva kirurgi abi, kellel on selles valdkonnas märkimisväärne kogemus.

Синдром Поланда. Poland's Syndrome

www.estetmedicina.ru



Joonis 7. Poola sündroom

5. MILLAL TEKIB DEFEKT?

Mitmete meditsiiniliste uuringute ja vaatluste põhjal leiti, et rindkere deformatsioonid on pärilikud. Kui võtta arvesse geneetikaseaduseid, siis võib väita, et on olemas tõenäosus edastada see arenguhäire oma järglastele, kui üks või mõlemad vanemad on haiged (mis on päris haruldane). Kahjuks ei ole tänaseni arstid ja geneetikud suutnud välja selgitada, miks esineb lastel rindkere deformatsioone. Deformatsioonide sümptomid on märgata juba varases lapsepõlves, lapse kasvu ja arengu protsessis. Defektid muutuvad intensiivsemaks aktiivse kasvu eas. Deformatsiooni süvenemine lõppeb kui luud on lõpetanud kasvamise. Keskmiselt toimub see pärast kahekümne aastaseks saamist.

Millegipärast tabavad deformatsioonid rohkem meessoost kui naissoost isikuid.

5.1. Kliinilised ilmingud ja nende mõju kehale

Kliiniliselt on täheldatud deformatsioone juba alates lapse sünnist, kuid esimestel eluaastatel ei põhjusta deformatsioonid siseorganite häired, sest noorel organismil ei ole luud veel täielikult kaltsifitseerunud - nad on mõnevõrra elastsed.

Siis kui laps jõuab vanemasse ikka tekivad tal erinevad kaebused:

- Südame löögisageduse suurenemine kehalise aktiivsuse ajal (kehalise kasvatusel ajal koolis, aktiivsete mängude ajal eakaaslastega)
- Õhupuudus
- Kiire väsimine.

Objektiivselt võib pärast mitmeid kliiniliste uuringute läbiviimist tuvastada mitmeid objektiivseid häireid, näiteks mitmete eluliste näitajate (kopsude talitus, hapniku tarbimise suhe) vähenemine ja selliste parameetrite nagu näiteks lapse minimaalse hingamismahu suurenemine. Reeglina esinevad ülaltoodud tunnused ka koos Marfani sündroomiga (väga pikk kasv ja mitmete organite haigestumus).

6. KORREKSTIOONIMEETODID

6.1. Konservatiivne korrektsioon

Ilma kirurgilise sekkumiseta on võimalik kaotada deformatsiooni ortooside abil. Ortoos sarnaneb korsetiga ja on tehtud maksimaalselt patsiendi rinnakorvi optimaalsust silmas pidades.

Lisaks ortoosidele kasutatakse vaakummeetodit, mis aitab lapse rinda elastsemaks muuta ning koos lihaste tugevdamisega anda deformatsioonile taandareng. Kirurgilist sekkumist kasutatakse viimase võimalusena.

Ka füüsiline liikumine (võimlemine, füsioteraapia) ning massaaž on toetavaks vahendiks rinnakorvi deformatsiooni vähendamisel. Võimlemine tugevdab lihaseid, mis aitab kaasa heale füüsilisele vormile ning läbi selle ka inimeste enesehinnangu tõusule.

6.2. Kirurgiline korrektsioon

Kirurgid kasutavad sageli sellise kirurgilise sekkumise viise nagu:

- **Ravichi** operatsioon. Avatud rinnakorviga. Seda meetodit peetakse lõige tõhusamaks rinnakorvi deformatsiooni eemaldamise meetodiks, kuid esteetiline mõju on kaheldav. Tulemuseks on üle terve rindkere jooksev arm.
- **Abramsoni** operatsioon. Kaasaegsem ja samal ajal minimaalselt invasiivne meetod (puudub suur sisselõige). Kirurgilised sisselõiked on maksimaalselt 3-4cm pikad, asudes rinnakorvi mõlemal küljel. Parandav toime saavutatakse nn parandusplaatide õmblemisega ribidele, mis jäävad sinna kuni neljaks aastaks sõltumata deformatsiooni astmest. Aja möödumisel plaadid eemaldatakse.

Loomulikult ei ole see kogu kirurgiliste sekkumiste meetodite loetelu.

6.2.1. Kui te ei nõustu operatsiooniga?

Patsiendid ei nõustu alati operatsiooniga. Deformatsiooniga laste vanemad kardavad lapse nn noa alla saatmist, kuid ka vanemad inimesed kardavad operatsiooni. Kuid kui patsient ei ole rahul kuidas tema rinnakorv välja näeb, on olemas alternatiivsed meetodid, kuidas mitte kirurgiliselt korrigeerida.

Kiilirinna deformatsiooni on võimalik korrigeerida meesterahvastel rinnalihaste pumpamisega. Tüdrukute puhul on võimalik alternatiivne ravi piimanäärmete väliste proteeside

paigaldamisega. Sel eesmärgil on olemas spetsiaalsed silikoonimplantaadid. Need paraku aga ei taga defekti kõrvaldamist.

Kui esineb hingamisteede ja kardiovaskulaarsüsteemide häireid tuleb spetsialistide poole pöörduda nii pea kui võimalik.

Rindkere on ülemise luu-ja lihaskonna raamistik, mille peamine eesmärk on kaitsta siseorganeid.

6.4. Teraapilise massaaži kasutamine

Rindkere moondumise teraapiliseks raviks kasutatakse erilist massaaži. Seda tehes tuleb järgida järgmisi reegleid:

- Enne protseduuri alustamist tuleb teha lõõgastavaid füsioteraapilisi harjutusi ning käia ka vannis
- Massaaži tehakse kogu rindkere piirkonnas mitte ainult patoloogilisel kohal
- Lamedamates piirkondades tuleb kasutada tugevaid liikumisi, kumerates piirkondades kasutada käega hõõrumist, vibratsiooni ja kergelt kompressiooni.
- Massaaži tehakse vaid arsti nõusolekul, pärast patsiendi esmase diagnoosi andmist

Massaaž peab toimuma kvalifitseeritud spetsialisti poolt. Lisaks massaažile tuleb koostada patsiendile liikumisteraapia kompleks.

KOKKUVÕTE

Lõputöö eesmärgiks oli teada saada, mis on lehterrind, kuidas sellesse haigestutakse, tema ravi meetodid ning mida tohin mina massöörina teha ning mida mitte.

Antud teemat uurima hakates selgus, et eesti keelset materjali lehterrinna kohta saada ei ole. Tundub, et vaid vähesed inimesed on selle teemaga kokku puutunud.

Lähemal uurimisel tuli välja, et lehterrind on vaid jäämäe tipp rinnakorvi patoloogiates. Esineb veel kiilrinda, kaarjat rinnakorvi, rinnakorvi lõhestumist ja mitmeid erinevaid sündroome, mis muudavad inimese rinnakorvi kuju. Sageli esineb ka mitmeid deformatsioone koos või esinevad mitmed sündroomid koos, mille tõttu on inimese ravi väga komplitseeritud ning keeruline.

Sageli on rinnakorvi deformatsioonid kaasasündinud ehk geneetilised, kuid neid võib omandada ka eluea jooksul mitmete haiguste/traumade tagajärjel (näiteks rahhiit, ulatuslik põletus jms)

Kirjandusallikate sõnul kuulub massaaž konservatiivse ravi hulka, mis ei taga defekti täielikku taandumist, kuid on kaasaaitava vahendina väga teretulnud. Lisaks massaažile tuleb rakendada ka füsioteraapiat, et areneks inimese lihaskond, tõuseks tema enesehinnang, et deformatsiooniga inimene ei eralduks sotsiaalsest keskkonnast.

Vana-Eesti massaaži tehes tuleb aga vältida tugevaid ning järske võtteid nt selja raksutamine. Pigem kasutada hõõrumist ning suuremal hulgal venitavaid võtteid.

KASUTATUD KIRJANDUS

Врожденное искривление грудной клетки. Почему возникает деформация грудной клетки, и можно ли побороть заболевание? [<https://medicswell.ru/swelling-in-children/congenital-curvature-of-the-thorax-why-there-is-deformation-of-the-chest-and-whether-it-is-possible-to-overcome-the-disease/>] 03.07.2018

Деформация грудной клетки у подростков. Причины, виды и лечение искривлений грудной клетки у ребенка [<https://medicswell.ru/swelling-in-children/deformation-of-the-chest-in-adolescents-causes-types-and-treatment-of-thoracic-crooks-in-a-child/>] 20.07.2018

Deformations on the chest in children – types, causes, treatment [<http://stopills.com/en/records/2175>] 01.08.2018