



www.pediatric-rheumathology.printo.it

ՑԱՎԻ ՄԻՆԴՐՈՄՆԵՐ

1. Ֆիբրոմիալգիա

Ֆիբրոմիալգիան պատկանում է «դիֆուզ իդիոպաթիկ ոսկրամկանային ցավի սինդրոմի» խմբին:

Ի՞նչ է սա

Ֆիբրոմիալգիան մի հիվանդություն է, որը բնութագրվում է երկարատև և տարածուն ոսկրամկանային ցավերով, փափուկ հյուսվածքների (մկանների և ջլերի) շրջանում ցավոտ կետերի առկայությամբ և արտահայտված հոգնածությամբ:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է հանդիպում այս հիվանդությունը

Ֆիբրոմիալգիան հիմնականում հանդիպում է մեծահասակների մոտ: Հազվադեպ այն լինում է նաև երեխաների մոտ, հիմնականում՝ դեռահասների: Աղջիկների մոտ ավելի հաճախ է հանդիպում, քան տղաների: Ֆիբրոմիալգիան իր դրսևորումներով շատ նմանություններ ունի լոկալիզացված իդիոպաթիկ ոսկրամկանային ցավի սինդրոմի հետ:

Որո՞նք են այս հիվանդության հիմնական նշանները

Հիվանդները գանգատվում են խորանիստ հյուսվածքների շրջանում ցավի առկայությունից, որը տարածուն է և հստակ տեղակայում չունի: Ցավի ծանրությունը սուբյեկտիվ է: Ցավն առկա է լինում մարմնի երկու կողմերում, և՛ վերին և՛ ստորին վերջույթներում: Բնորոշ է քնի խանգարումը, հիվանդն առավոտյան քնից արթնանում է հոգնած և չթարմացած:

Մյուս հիմնական գանգատն արտահայտված հոգնածությունն է, որն ուղեկցվում է ֆիզիկական կարողությունների իջեցումով:

Հիվանդները հաճախ նշում են այլ ընդհանուր բնույթի գանգատներ ևս, օր. գլխացավեր, վերջույթների այտուցվածության զգացում (բայց իրականում ոչ մի այտուց չի հայտնաբերվում) և թմրածություն:

Արդյունքում երեխայի մոտ առաջանում է անհանգստություն, վախ, դեպրեսիա, նաև հաճախակի բացակայում է դասերից:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

Մարմնի առնվազն 4 շրջաններում 3 ամսից ավելի տևողությամբ տարածուն բնույթի ցավի առկայությունը և ֆիզիկական քննության ժամանակ 18 ցավազգայուն կետերից առնվազն 11-ի շրջանում առկա ցավոտությունը հիմք են տալիս հաստատելու այս հիվանդության ախտորոշումը: Զգայուն կետերի ցավորությունը գնահատվում է դրանց վրա բութ մատով սեղմելիս:

Ինչպե՞ս են բուժում այս հիվանդությունը

Կարևոր է փարատել հիվանդության հետ կապված անհանգստությունն ու վախը՝ բացատրելով հիվանդին ու նրա ընտանիքի անդամներին, որ թեև ցավն իրական է և

ուժեղ, սակայն այն կապված չէ հողերի կամ որևէ այլ լուրջ օրգանական հիվանդության հետ:

Բուժումն իրականացվում է տարբեր ոլորտի մասնագետների խմբի կողմից: Բուժման երեք հիմնական սկզբունքներն են՝

Առաջինը՝ սկսել պրոգրեսիվ սիրտանոթային համակարգի կոփման ծրագիր. լավագույն միջոցը լողն է:

Երկրորդը՝ սկսել գիտակցական վարքային թերապիա՝ անհատական կամ խմբակային:

Երրորդը՝ որոշ հիվանդներ քունը կարգավորելու համար դեղորայքային բուժման կարիք ունեն: Կարող է օգտակար լինել նաև հատուկ բարձրի օգտագործումը, որոնք քնի ընթացքում պարանոցի համար հեներացնում են հանդիսանում:

Ելքը

Այս հիվանդության դեպքում առողջացումը հեշտ խնդիր չէ և մեծ ջանքեր է պահանջում հիվանդի կողմից ու մեծ աջակցություն՝ ընտանիքի կողմից: Ընդհանուր առմամբ երեխաների մոտ հիվանդության ելքը շատ ավելի բարենպաստ է, քան մեծահասակների դեպքում, նրանցից շատերը լրիվ առողջանում են: Ֆիզիկական վարժությունների ծրագրին կանոնավոր մասնակցելը առողջացման ամենակարևոր նախապայմաններից է:

2. Լոկալիզացված ոսկրամկանային ցավի սինդրոմ

Այլ անվանումներն են՝ ռեֆլեքս սիմպաթետիկ դիստրոֆիա; առաջին տիպի կոմպլեքս ռեգիոնալ ցավի սինդրոմ:

Ի՞նչ է սա

Վերջույթում անհայտ պատճառի, չափազանց ուժեղ ցավի առկայություն, որը հաճախ ուղեկցվում է մաշկի փոփոխություններով:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է հանդիպում այս հիվանդությունը

Տարածվածության վերաբերյալ հավաստի տվյալներ չկան: Սակայն հայտնի է, որ այն ավելի հաճախ հանդիպում է դեռահասների շրջանում (սկիզբը սովորաբար 12 տարեկանում), հատկապես աղջիկների մոտ:

Որո՞նք են այս հիվանդության հիմնական նշանները

Բնորոշ է վերջույթում երկարատև ու խիստ ուժեղ ցավի առկայությունը, որը չի մեղմանում տարբեր տեսակի բուժումների ազդեցությամբ, և ժամանակի ընթացքում ուժեղանում է: Ցավի պատճառով հիվանդը հաճախ ընդհանրապես չի կարողանում օգտագործել ախտահարված վերջույթը: Մի շարք գործողություններ, որոնք սովորական պայմաններում մարդու համար ցավոտ չեն, օր. թեթևակի հպումը, այս հիվանդների մոտ ուժեղ ցավ են առաջանցնում. այս երևույթը կոչվում է ալլոդինիա:

Նշված փոփոխությունների պատճառով խանգարվում է երեխայի ամենօրյա գործունեությունը, նա հաճախակի բացակայում է դասերից:

Երեխաների մի մասի մոտ ժամանակի ընթացքում ի հայտ են գալիս մաշկի գույնի փոփոխություններ (գունատություն կամ մարմարանման բծավոր տեսք), մաշկի

ջերմության փոփոխություններ (սովորաբար մաշկը լինում է սառը) և քրտնարտադրության փոփոխություն: Երբեմն երեխան ախտահարված վերջույթը մշտապես պահում է ինչ-որ անսովոր դիրքում՝ հրաժարվելով որևէ շարժում կատարել:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

Նկարագրված փոփոխություններով ընթացող հիվանդությունները ներկայումս դասակարգվում են մեկ խմբում, այն է՝ լոկալիզացված ոսկրամկանային ցավի սինդրոմների խմբում՝ հաշվի առնելով, որ դրանց առաջացման պատճառները մեծամասամբ դեռևս մնում են չբացահայտված, իսկ բուժման մոտեցումները նույնն են: Սրանց ախտորոշումը կատարվում է մի խումբ ախտորոշիչ չափանիշների օգնությամբ:

Ախտորոշումը կլինիկական է, հիմնված է ցավի առանձնահատկությունների (ուժեղ, երկարատև ցավ, որը սահմանափակում է ֆունկցիան, դեղերից չի մեղմանում, ալլոդինիայի առկայություն) և ֆիզիկական քննության տվյալների վրա: Գանգատների ու կլինիկական նշանների զուգակցումը խիստ բնորոշ է: Անհրաժեշտ է նաև նախապես ժխտել մի շարք այլ հիվանդություններ. դեպքերի մեծամասնությունում սրանք արդեն ժխտված են լինում մինչև հիվանդի՝ մանկական ռևմատոլոգին հասնելը: Լաբորատոր հետազոտությունների ժամանակ շեղումներ չեն հայտնաբերվում:

Բուժումը

Առավել արդյունավետ է սկսել ֆիզիկական վարժությունների ծրագիրը, որն իրականացվում է ֆիզիկական և զբաղմունքային թերապիստների ղեկավարությամբ, զուգակցված փսիլոթերապիայի հետ կամ առանց դրա: Բուժումը դժվար է թե՛ երեխայի ու նրա ընտանիքի անդամների, թե՛ բուժական անձնակազմի համար: Սովորաբար անհրաժեշտ է լինում նաև հոգևբանի միջամտություն, քանի որ հիվանդությունը մեծ ստրես է առաջացնում:

Առաջարկվել են տարբեր բուժական միջամտությունների տեսակներ, առանձին կամ միմյանց հետ զուգակցված (հակադեպրեսանտներ, հետադարձ կապի ծրագիր, անդրամաշկային էլեկտրական նյարդային խթանում, վարքի մոդիֆիկացիա և այլն), սակայն դրանց արդյունավետությունը մնում է կասկածելի:

Ելքը

Հիվանդության ելքը երեխաների մոտ ավելի բարենպաստ է, քան մեծահասակների: Գրեթե բոլոր երեխաներն էլ առողջանում են:

Ամենօրյա կյանքը

Երեխային պետք է քաջալերել որ պահպանի իր նորմալ գործունեությունը, կանոնավոր դպրոց հաճախի ու շարունակի շփվել իր հասակակիցների հետ:

3. Էրիթրոմելալգիա

Անվանում են նաև էրիթեմալգիա: Հիվանդության անվանումը ծագում է 3 հունարեն բառերից՝ erythos (կարմիր), melos (վերջույթ) և algos (ցավ): Սա հազվադեպ է հանդիպում, թեև հնարավոր են ընտանեկան դեպքեր: Հիվանդության

առաջին նշաններն ի հայտ են գալիս միջինը 10 տարեկանում: Աղջիկների մոտ ավելի հաճախ հանդիպում է:

Հիվանդությունը բնութագրվում է ոտնաթաթերի կամ, ավելի հազվադեպ, ձեռքերի շրջանում այրոցի զգացումով և կարմրությամբ, տաքությամբ ու այտուցով: Այս գանգատներն ուժեղանում են տաքի հետ շփումից և մեղմանում են վերջույթը սառեցնելուց. որոշ երեխաներ ընդհանրապես հրաժարվում են իրենց ոտքերը սառը ջրից դուրս հանել: Ինքնուրույն այս փոփոխությունները չեն մեղմանում:

Առավել արդյունավետ բուժական մեթոդներն են՝ խուսափել տաքից և ինտենսիվ զբաղվել ֆիզիկական վարժություններով: Երեխաների մոտ ոչստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցները այս հիվանդության ժամանակ սովորաբար արդյունավետ չեն լինում, մինչդեռ մեծահասակների մոտ դրանք օգնում են: Կարող են օգնել անոթալայնիչ դեղամիջոցները:

4. Աճի ցավեր

Ի՞նչ է սա

Աճի ցավերը բարորակ սինդրոմ է, որը բնութագրվում է վերջույթներում ցավի առկայությամբ, և սովորաբար ի հայտ է գալիս 10 տարեկանից փոքր երեխաների մոտ:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում

Վերջույթների ցավերը մանկաբուժության մեջ ամենատարածված պատճառներից են, որի կապակցությամբ ծնողները դիմում են բժշկի: Դրանցից ամենատարածվածը աճի ցավերն են: Ամբողջ աշխարհի երեխաների 10-20%-ը ունենում է աճի ցավեր, հիմնականում 3-12 տարեկան տարիքում: Աղջիկների ու տղաների շրջանում հանդիպման հաճախականությունը նույնն է:

Որո՞նք են հիմնական նշանները

Ցավը հիմնականում լինում է ստորին վերջույթներում (սրունքների շրջանում, ծնկների կամ ազդրերի հետևում): Ցավն ի հայտ է գալիս օրվա վերջում կամ գիշերը, սովորաբար երեխան ցավի պատճառով արթնանում է քնից: Ծնողները նշում են, որ ցավը հիմնականում լինում է այն օրերին, երբ երեխան ավելի ակտիվ է եղել: Ցավի տևողությունը սովորաբար 10-30 րոպե է, թեև այն կարող է տատանվել մի քանի րոպեից մինչև ժամեր: Ցավի ինտենսիվությունը ևս տարբեր է, թեթևից մինչև շատ ուժեղ: Աճի ցավերը ընդմիջվող են, նրանց միջև լինում են օրերից մինչև ամիսներ տևող շրջաններ, երբ երեխան ոչ մի ցավ չի ունենում: Որոշ դեպքերում ցավն առկա է լինում ամեն օր:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

Ցավի բնույթը և ֆիզիկական քննության նորմալ տվյալները հաստատում են ախտորոշումը: Կարիք չկա լաբորատոր կամ ռենտգեն հետազոտություններ կատարել, քանի որ դրանք փոփոխված չեն լինում:

Ինչպե՞ս են այն բուժում

Կարևոր է ծնողներին բացատրել այս գանգատների բարորակ բնույթը, դա կօգնի նվազեցնելու երեխայի ու նրա ընտանիքի անհանգստությունը: Ցավի ժամանակ կարող են օգտակար լինել տեղային մասսաժը և թույլ ցավազրկող դեղերը: Հաճախակի էպիզոդներ ունեցող երեխաներին կարելի է նշանակել Իբուպրոֆեն ամեն օր երեկոյան ընդունման ձևով. մա մեղմացնում է ցավը կամ ընդհանրապես կանխում է դրա առաջացումը:

Ելքը

Աճի ցավերը որևէ օրգանական հիվանդության հետ կապված չեն և սովորաբար ուշ մանկության տարիքում անցնում են: Բոլոր երեխաների մոտ ցավը տարիքի հետ անցնում է:

5. Բարորակ հիպերմոբիլության սինդրոմ

Ի՞նչ է սա

Բարորակ հիպերմոբիլության սինդրոմը (ԲՀՍ) բնութագրվում է վերջույթներում ցավի առկայությամբ՝ կապված հողերում սովորականից ավելի մեծ շարժունության հետ, որը կապված չէ որևէ բնածին կամ շարակցական հյուսվածքի հիվանդության հետ: Այսպիսով ԲՀՍ-ը ավելի շուտ ոչ թե հիվանդություն է, այլ նորմայի տարատեսակ:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում

ԲՀՍ-ը բնորոշ է երեխաների համար, հանդիպում է մինչև 10 տարեկան երեխաների 25-50 տոկոսի մոտ: Հաճախականությունը տարիքի հետ նվազում է: ԲՀՍ-ը հաճախ հանդիպում է ընտանեկան դեպքերի ձևով:

Որո՞նք են հիմնական նշանները

Հիպերմոբիլության դեպքում հաճախ առաջանում են ընդմիջվող բնույթի, խորը տեղակայման, կրկնվող ցավեր ծնկներում, ոտնաթաթներում և կոճերի շրջաններում. ցավն ի հայտ է գալիս օրվա վերջում կամ գիշերվա ընթացքում: Դաշնամուր, ջութակ նվագող երեխաների մոտ ցավը մատների շրջանում է: Ցավն առաջանում կամ ուժեղանում է Ֆիզիկական լարվածությունից: Հազվադեպ կարող է լինել նաև հողի թեթևակի այտուց:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

Որոշակի չափանիշների հիման վրա, որոնք արտահայտում են հողերի հիպերմոբիլությունը:

Բուժումը

Այն հազվադեպ է պահանջվում: Եթե երեխան զբաղվում է որոշակի սպորտաձևերով, ինչպես ասենք ֆուտբոլ կամ սպորտային մարմնամարզություն, և նրա մոտ կրկնակի վնասվածքներ են առաջանում կապանների ձգման, ոլորման

ձևով, պետք է կիրառել մկանների ուժեղացման ծրագիր և օգտագործել հոդերը պաշտպանող հարմարանքներ:

Ամենօրյա կյանքը

Հիպերմոբիլությունը բարորակ վիճակ է, որը տարիքի հետ նվազում է: Կարևոր է բացատրել ծնողներին, որ խնդիրներն ավելի շատ ծագում են ոչ թե՛ հենց հիպերմոբիլությունից, այլ երեխայի նորմալ առօրյայում անտեղի սահմանափակումներ մտցնելուց: Երեխային պետք է քաջալերել պահպանելու իր նորմալ կյանքն ու գործունեությունը, ներառյալ իր նախընտրած սպորտաձևերով զբաղվելը:

6. Տրանզիտոր սինդրոմ

Անվանում են նաև տոքսիկ սինդրոմ:

Ի՞նչ է սա

Կոնքազդրային հոդում հեղուկի կուտակում, որի ծագումն անհայտ է, սակայն որն ինքնուրույն անցնում է՝ առանց որևէ հետևանք թողնելու:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում

Սա մանկաբուժության մեջ կոնքազդրային հոդի ցավերի ամենահաճախ հանդիպող պատճառն է: Այն հանդիպում է 3-10 տարեկան երեխաների 2-3 տոկոսի մոտ: Ավելի հաճախ հանդիպում է տղաների մոտ:

Որո՞նք են հիմնական նշանները

Ցավերը կոնքազդրային հոդում և կադալը: Կոնքազդրային հոդի ցավն արտահայտվում է աճուկային շրջանում, ազդրի վերին մասում կամ երբեմն ծնկան շրջանում ցավերով, սովորաբար սկսվում է սուր ձևով: Առավել հաճախ երեխան առողջ պահվում է քնելու և արթնանում է կադալով կամ ընդհանրապես հրաժարվում է ոտքը գետնին դնել ու քայլել:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

Ֆիզիկական քննության տվյալները բնորոշ են՝ կադություն, կոնքազդրային հոդում շարժումների ցավոտություն և սահմանափակում: Ռենտգեն քննության տվյալները նորմալ են. հաճախ դրանք չեն էլ կատարում:

Բուժումը

Բուժման հիմքը վերջույթի ծանրաբեռնվածության թուլացումն է, որը պետք է համապատասխանի ցավի աստիճանին: Ցավը մեղմացնելու համար արդյունավետ են ոչստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցները: Ծատ ծանր դեպքերում կարելի է օգտագործել ոտքի մեխանիկական ձգում: Գանգատները սովորաբար անցնում են միջինը 6-8 օրում, անգամ առանց որևէ բուժման:

Ելքը

Շատ բարենպաստ է, գրեթե բոլոր երեխաներն էլ լրիվ առողջանում են: Երբեմն հնարավոր են տրանզիտոր սինովիտի կրկնակի էպիզոդներ, սակայն սովորաբար դրանք ավելի թեթև ու կարճատև են, քան առաջինը:

7. Պատնիլոֆեմորալ ցավ՝ ծնկան ցավ Ներածություն

Պատնիլոֆեմորալ ցավը ամենահաճախ հանդիպող մանկական գերծանրաբեռնվածության սինդրոմն է: Գերծանրաբեռնվածության սինդրոմը հիվանդությունների մի խումբ է, որն առաջանում է մարմնի որոշակի հատվածում կրկնակի նույնատիպ շարժումների կամ երկարատև ծանրաբեռնվածության հետ կապված վնասվածքի հետևանքով: Այս խանգարումներն ավելի հաճախ հանդիպում են մեծահասակների մոտ (թեմիսի կամ գոլֆի արմունկ, կարպալ թունելային սինդրոմ և այլն):

Հոմանիշները - Պատնիլոֆեմորալ սինդրոմ, ծնկոսկրի խոնդրոմալացիա, խոնդրոմալացիա, առաջային ծնկային ցավ:

Ի՞նչ է սա

Ցավի առկայություն ծնկան առաջային մասում այնպիսի գործողությունների ժամանակ, որոնք լրացուցիչ ծանրաբեռնվածություն են առաջացնում պատնիլոֆեմորալ հողի վրա. սա այն հողն է, որն առաջանում է ծնկոսկրի (patella) և ազդրոսկրի (femur) ստորին ծայրի միջև:

Երբ ցավն ուղեկցվում է ծնկոսկրի՝ հողի ներսում տեղակայված մակերեսը ծածկող աճառի փոփոխություններով, այս վիճակն անվանում են ծնկոսկրի խոնդրոմալացիա:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում

Սա խիստ հազվադեպ է 8 տարեկանից փոքր երեխաների շրջանում, ավելի հաճախ հանդիպում է դեռահասների մոտ: Պատնիլոֆեմորալ ցավն ավելի հաճախ լինում է աղջիկների մոտ: Այն համեմատաբար հաճախ հանդիպում է նաև ծնկների որոշակի փոփոխություններով երեխաների մոտ, օրինակ՝ դեպի ներս շրջված՝ X-աձև ծնկների (genu valgum) կամ դեպի դուրս շրջված՝ O-աձև ծնկների (genu varum) դեպքում, ինչպես նաև ծնկոսկրի հիվանդությունների (կրկնվող անկայունություն կամ կապանային թուլություն) ժամանակ:

Որո՞նք են հիմնական նշանները

Բնորոշ նշաններն են ծնկան առաջային շրջանում տեղակայված ցավը, որն ուժեղանում է այնպիսի գործողությունների ժամանակ, ինչպես վազելը, աստիճաններով բարձրանալն ու իջնելը, կրանստելը կամ ցատկելը: Ցավը նաև ուժեղանում է ծնկները ծավված վիճակում երկար նստելուց:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

Առողջ երեխայի մոտ պատնիլոֆեմորալ ցավը կլինիկական ախտորոշում է. լաբորատոր, ռենտգեն կամ ուլտրաձայնային հետազոտությունները ոչ մի փոփոխություն չեն հայտնաբերում: Յավը կարելի է վերարտադրել ծնկոսկրի վրա սնդմելով կամ ազդրի քառագլուխ մկանը ձգելու ժամանակ ծնկոսկրի՝ դեպի վերև շարժմանը հակազդելով:

Բուժումը

Սովորաբար դրա կարիքը չի լինում այն երեխաների մոտ, որոնք չունեն ասոցացված հիվանդություններ (ծնկների ձևի փոփոխություններ կամ ծնկոսկրային անկայունություն): Սա բարորակ վիճակ է, որն անցնում է ինքնուրույն: Եթե ցավը կապված է սպորտի կամ այլ ամենօրյա գործողությունների հետ, օգտակար է կատարել ազդրի քառագլուխ մկանի ուժեղացման վարժություններ: Ֆիզիկական լարվածությունից հետո սառի տեղային օգտագործումը թեթևացնում է ցավը:

Ամենօրյա կյանքը

Երեխան պետք է պահպանի իր ամենօրյա գործունեությունը: Ֆիզիկական ակտիվության աստիճանը պետք է հարմարեցնել այնպես, որ դրա ընթացքում երեխան ցավ չունենա: Սպորտով զբաղվող երեխաները պետք է օգտագործեն ծնկները պաշտպանող հատուկ հարմարանքներ:

8. Ազդրոսկրի գլխիկային էպիֆիզի սահում

Ի՞նչ է սա

Ազդրոսկրի գլխիկի՝ անհայտ պատճառով առաջացած տնդաշարժ աճման զոնայի շրջանում: Աճման զոնան ոսկրային հյուսվածքի միջև տնդակայված աճառային շերտ է: Սա ոսկրի ամենաթույլ հատվածն է. երբ այն միներալիզացվում ու վերածվում է ոսկրի, ոսկրի աճն ավարտվում է:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում

Սա հազվադեպ հանդիպող հիվանդություն է. միջին հաշվով այն հանդիպում է յուրաքանչյուր 100.000 երեխաներից 3-10-ի մոտ:

Ավելի հաճախ հանդիպում է դեռահասների շրջանում, հատկապես տղաների: Գիրությունը համարվում է նախատրամադրող գործոն:

Որո՞նք են հիմնական նշանները

Կադալը և կոնքազդրային հոդում ցավերի առկայությունը, որոնք ուժեղանում են ֆիզիկական լարվածության ժամանակ, ինչպես նաև կոնքազդրային հոդում շարժումների սահմանափակումը: Յավը կարող է տնդակայված լինել ազդրի վերին երկու երրորդականում կամ ստորին երրորդականում և ուժեղանում է ֆիզիկական լարվածության հետ: 15 տոկոս դեպքերում ախտահարվում են երկու ազդրոսրերը միաժամանակ:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

Ֆիզիկական քննության տվյալները բնորոշ են՝ կոնքազդրային հողում շարժումների ծավալի սահմանափակման հետ միասին: Այստորոշումը հաստատվում է ռենտգեն քննությամբ. նախընտրելի է նկարահանումը կատարել արսիալ կամ «գորտի» դիրքում:

Բուժումը

Վիրահատական է՝ ազդրոսկրի գլխիկի դիրքի կայունացում մեխների տեղադրման միջոցով, որոնք գլխիկը պահում են իր տեղում:

Ելքը

Կախված է նրանից, թե որքան ժամանակ է ազդրոսկրի գլխիկը տեղաշարժված դիրքում գտնվել, ինչպես նաև տեղաշարժման աստիճանից:

9. Օստեոլստնդրոզ (նաև անվանում են օստեոնեկրոզ կամ ավասկուլյար նեկրոզ)

Ներածություն

«Օստեոլստնդրոզ» բառը նշանակում է «ոսկրի մեռուկացում»: Սա անհայտ պատճառի հիվանդությունների մի խումբ է, որոնք բնութագրվում են ախտահարված ոսկրերում ոսկրացման առաջնային կամ երկրորդային կենտրոնների արյունամատակարարման խանգարումով: Նորածնի ոսկրերը հիմնականում կազմված են աճառից, որը կյանքի ընթացքում աստիճանաբար փոխարինվում է ավելի միներալիզացված և ամուր հյուսվածքով՝ ոսկրով: Աճառի փոխարինումը ոսկրով յուրաքանչյուր ոսկրում սկսվում է որոշակի հաստվածներից, որոնք կոչվում են ոսկրացման կենտրոններ, և ժամանակի ընթացքում տարածվում է ոսկրի մնացած հաստվածներում:

Ի՞նչ է սա

Օստեոլստնդրոզը մի պրոցես է, երբ խանգարվում է ոսկրացման կենտրոնների արյունամատակարարումը և ոսկրային հյուսվածքի վերականգնումը: Ցավը այս հիվանդությունների գլխավոր նշանն է:

Այստորոշումը հաստատվում է ռենտգեն քննությամբ. հայտնաբերվում են ֆրագմենտացիաներ ոսկրի ներսում («կղզյակներ» ոսկրի մեջ), կոլապս (քայքայում), սկլերոզ (լստության բարձրացում՝ ոսկրը ռենտգեն նկարներում սովորականից ավելի «սպիտակ» է), և հաճախ նաև կրկնակի ոսկրագոյացում՝ ոսկրի կոնտուրների վերակառուցումով:

Թեև այս ամենը բավականին ծանր հիվանդության տպավորություն է ստեղծում, սակայն այսպիսի խանգարումները երեխաների մոտ բավականին հաճախ են առաջանում և բացառությամբ ազդրոսկրի ծանր ախտահարումով ուղեկցվող դեպքերի, բոլորի ելքն էլ շատ բարենպաստ է: Օստեոլստնդրոզի որոշ ձևեր այնքան հաճախ են հանդիպում, որ նույնիսկ համարվում են ոսկրի աճի նորմալի տարբերակ (օր. Սևերի հիվանդությունը): Որոշ տեսակներ կարելի է ընդգրկել գերծանրաբեռնվածության սինդրոմների թվում (Օսգուդ-Շլատտերի, Սինդիս-Լարսեն-Յոհանսոնի հիվանդությունները):

9.1. Լեզգ-Կալվե-Պերթեսի հիվանդություն

Ի՞նչ է սա

Ազդրոսկրի գլխիկի ավասկուլյար նեկրոզ:

Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում

Սա հազվադեպ հանդիպող հիվանդություն է, հաճախականությունը կազմում է 1-ական դեպք յուրաքանչյուր 10.000 երեխաների հաշվով: Ավելի հաճախ հանդիպում է 3-12 տարեկան (հիմնական տարիքը 4-9տ.) տղաների մոտ. տղաներ/աղջիկներ հարաբերակցությունը կազմում է 4-5:1:

Որո՞նք են հիմնական նշանները

Ծատ երեխաների մոտ հիվանդությունն արտահայտվում է կաղությանբ և կոնքազդրային հոդում տարբեր աստիճանի ցավերով. երբեմն ցավ ընդհանրապես չի լինում: Սովորաբար ախտահարվում է ազդրոսկրերից միայն մեկը, սակայն գրեթե 10 տոկոս դեպքերում ախտահարումը երկկողմանի է:

Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում

Կոնքազդրային հոդում շարժումները սահմանափակված են, երբեմն նաև ցավոտ: Ռենտգեն քննության տվյալները հիվանդության սկզբնական շրջանում կարող են նորմալ լինել, սակայն հիվանդության խորացման հետ առաջանում են վերևում նկարագրված փոփոխությունները: Ոսկրերի սկանավորումը և միջուկ-մագնիսական ռեզոնանսային քննությունը հայտնաբերում են ախտաբանական փոփոխություններն ավելի վաղ շրջանում, քան ռենտգեն քննությունը:

Բուժումը

Լեզգ-Կալվե-Պերթեսի հիվանդությամբ երեխաները պարտադիր պետք է ուղեգրվեն մանկական օրթոպեդիայի կլինիկա: Բուժման տարբերակի ընտրությունը կախված է հիվանդության ծանրությունից: Թեթև դեպքերում պահանջվում է միայն պարբերական հսկողություն: Ավելի ծանր դեպքերում բուժման նպատակն է պահել ախտահարված ազդրոսկրի գլխիկը կոնքազդրային հոդում. այդ պայմաններում սկսվում է նոր ոսկրագոյացում ազդրոսկրի գլխիկի շրջանում և այն վերականգնում է իր գնդաձևությունը: Այս նպատակին կարելի է հասնել արդուկցիոն հարմարանքներ հագցնելով (փոքր տարիքի երեխաների մոտ) կամ ազդրոսկրի վիրահատական ձևափոխման միջոցով (օստեոտոմիա՝ կտրելով ոսկրի եզրերն այնպես որ ազդրոսկրի գլխիկը մնա նպաստավոր դիրքում. կատարվում է ավելի բարձր տարիքի երեխաների մոտ):

Ելքը

Կախված է ազդրոսկրի գլխիկի ախտահարման ծանրությունից (որքան ավելի թեթև է ախտահարումը, այնքան ավելի բարենպաստ է ելքը) և երեխայի տարիքից (մինչև 6 տարեկան երեխաների մոտ ելքն ավելի բարենպաստ է): Ողջ ախտաբանական պրոցեսի զարգացումը (ֆրագմենտացիայի առաջացումից մինչև ոսկրի վերականգնում) տևում է 12-18 ամիս: Դեպքերի 2/3-ում երկարաժամկետ ռենտգենաբանական ելքը բարենպաստ է:

Ամենօրյա կյանքը

Կախված է կիրառված բուժման տեսակից: Միայն հսկողության տակ գտնվող երեխաները պետք է խուսափեն ազդրոսկրի ծանրաբեռնումից (ցատկեր, վագր): Սակայն նրանք կարող են շարունակել իրենց նորմալ դպրոցական առօրյան և մասնակցել այն ֆիզիկական գործողություններում, որոնք ազդրոսկրերի վրա մեծ ծանրաբեռնվածություն չեն առաջացնում:

9.2. Օսգուդ-Շլատտերի հիվանդություն

Այն առաջանում է ծնկոսկրային ջլի միջոցով մեծ ոլորի թմբկության (ոչ մեծ ոսկրային թմբկություն սրունքի առաջային վերին մակերեսին) ոսկրացման կենտրոնի կրկնակի վնասվածքների արդյունքում: Հանդիպում է դեռահասների գրեթե 1 տոկոսի մոտ, ավելի հաճախ՝ սպորտով զբաղվողների շրջանում:

Ցավն ուժեղանում է այնպիսի գործողություններ կատարելիս, ինչպես վազելը, ցատկելը, աստիճաններով բարձրանալն ու իջնելը, և կքանստելը: Ախտորոշումը հաստատվում է ֆիզիկական քննության տվյալներով. շատ բնորոշ է ծնկոսկրի ջիլը մեծ ոլորին կպման տեղում ցավոտության առկայությունը, երբեմն նույն տեղում լինում է նաև այտուց:

Ռենտգեն քննության տվյալները կարող են նորմալ լինել կամ հայտնաբերել մեծ ոլորի թմբկության շրջանում ոսկրի փոքր ֆրագմենտներ: Բուժման սկզբունքներն են՝ ֆիզիկական ակտիվության հարմարեցումն այնպես, որ դրա ընթացքում երեխան ցավ չունենա, սպորտային պարապմունքներից հետո սառի տեղային օգտագործումը և հանգիստը: Ժամանակի ընթացքում բոլոր փոփոխություններն անցնում են:

9.3. Սևերի հիվանդություն

Կոչվում է նաև կրունկային ապոֆիզիտ: Սա կրունկոսկրի ապոֆիզի օստեոխոնդրոզ է, որը հավանաբար կապված է Աքիլեյան ջլի կողմից վերջինիս ձգման հետ: Սա մանկաբուժության մեջ կրունկի ցավերի ամենահաճախակի հանդիպող պատճառն է: Սևերի հիվանդությունը կապված է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության հետ: Ավելի հաճախ հանդիպում է տղաների շրջանում: Մովորաբար սկսվում է 6-10 տարեկանում՝ կրունկի ցավերով, երբեմն նաև քայլելու դժվարությամբ, հիմնականում ֆիզիկական ակտիվությունից հետո:

Ախտորոշումը դրվում է կլինիկական քննությամբ: Ոչ մի հատուկ բուժման կարիք չկա, բացի նրանից, որ անհրաժեշտ է երեխայի ֆիզիկական ակտիվությունը համապատասխանեցնել այնպես, որ դրա ընթացքում կամ հետո նա ցավ չունենա, իսկ եթե սա չի օգնում, կարելի է օգտագործել կրունկային բարձիկներ: Ժամանակի ընթացքում փոփոխություններն ինքնուրույն անցնում են:

9.4 Ֆրայբերգի հիվանդություն

Ոտնաթաթի երկրորդ մետատարզավ ոսկրի գլխիկի օստեոխոնդրոզ է: Պատճառը հավանաբար տրավմատիկ է: Այն հազվադեպ է հանդիպում, հիմնականում դեռահաս աղջիկների մոտ: Ցավն ուժեղանում է ֆիզիկական ակտիվության ընթացքում:

Ֆիզիկական քննությունը հայտնաբերում է ցավոտություն երկրորդ մետատարգալ ոսկրի գլխիկի տակ, երբեմն նույն տեղում լինում է նաև այտուց: Ախտորոշումը հաստատվում է ռենտգեն քննությամբ, թեև պետք է հիշել, որ ռենտգեն փոփոխություններն ի հայտ են գալիս գանգատները սկսվելուց միայն երկու շաբաթ հետո:

Բուժման միջոցներն են հանգիստը և մետատարգալ բարձիկի օգտագործումը:

9.5 Ծոյերմանի հիվանդություն

Ծոյերմանի հիվանդությունը կամ «յուվենիլ կիֆոզ» (մեջքի կորացում) ողների մարմինների օղային ապոֆիզի օստեոլտոնդրոզն է: Ավելի հաճախ հանդիպում է դեռահաս տղաների մոտ: Երեխաները հաճախ ունենում են վատ կեցվածք, երբեմն նաև մեջքի ցավեր: Ցավը կապված է ֆիզիկական ակտիվության հետ և հանգստից թեթևանում է:

Ախտորոշումը հնարավոր է ենթադրել արդեն ֆիզիկական քննության հիման վրա (երբ հայտնաբերվում է մեջքի շրջանում սուր անկյան առկայություն): Այն հաստատվում է ռենտգեն քննության միջոցով: Հիմնական նշաններն են՝ ողների սկավառակների անկանոնությունները և առնվազն 5⁰ «սեպաձև ներհորում» առնվազն երեք միմյանց հաջորդող ողների շրջանում:

Ծոյերմանի հիվանդության դեպքում սովորաբար որևէ հատուկ բուժման անհրաժեշտություն չի լինում. պահանջվում է համապատասխանեցնել երեխայի ֆիզիկական ակտիվությունը, պարբերաբար քննել նրան, ծանր դեպքերում կարող է պահանջվել կորսետավորում: