



www.pediatric-rheumatology.printo.it

ZESPOŁY BÓLOWE

1) Fibromyalgia

Fibromyalgia należy do grupy przewlekłych, idiopatycznych chorób bólowych układu mięśniowo-szkieletowego.

Czym charakteryzuje się choroba?

Fibromyalgia to choroba charakteryzująca się przewlekłym rozlanym bólem mięśni i kości, wrażliwych okolic tkanek miękkich (mięśni i ścięgien) oraz silnym zmęczeniem fizycznym.

Jak często występuje choroba?

Fibromyalgia występuje głównie u dorosłych. U dzieci zdarza się bardzo rzadko, głównie w wieku dorastania. Kobiety chorują częściej od mężczyzn. Dzieci z tą chorobą mają wiele wspólnych cech z dziećmi cierpiącymi na zlokalizowaną, idiopatyczną chorobę bólową układu mięśniowo-szkieletowego.

Jakie są typowe objawy kliniczne?

Pacjenci skarżą się na rozlany ból umiejscowiony głęboko w tkankach. Nasilenie bólu jest subiektywne. Ból obejmuje obie strony ciała, kończyny górne i dolne. Chorzy źle śpią, a po przebudzeniu mają uczucie zmęczenia i niewyspania. Inną główną dolegliwością jest silne zmęczenie fizyczne połączone z osłabieniem zdolności psychicznych. Chorzy często zgłaszają uogólnione dolegliwości takie jak bóle głowy, uczucie obrzęku kończyn (mimo braku obrzęku) oraz drętwienia. Objawy te są przyczyną niepokoju, depresji i częstych nieobecności w szkole.

Jak rozpoznaje się chorobę?

Rozpoznanie stawia się w przypadku skarg pacjenta na bóle w czterech okolicach ciała występujących w przeciągu ponad 3 miesięcy, łącznie z występowaniem dolegliwości w 11 z 18 punktów bólowych, które bada lekarz. Punkty bólowe są klinicznie badane przez ucisk kciukiem. Jest to badanie równie wiarygodne, co badanie specjalnym urządzeniem do mierzenia bólu - dolorimetrem.

Jakie jest leczenie?

Głównym celem jest zmniejszenie niepokoju chorego i jego bliskich, przez uświadomienie, że jakkolwiek ból jest prawdziwy i uciążliwy, to nie prowadzi do uszkodzenia stawów, ani do innych poważnych następstw.

Leczenie jest prowadzone przez zespół różnych specjalistów i opiera się na trzech zasadach. Najważniejsze z nich to rozpoczęcie usprawniania chorego celem poprawy wydolności układu krążenia - najlepsze jest pływanie i ćwiczenia w basenie. Drugim zadaniem jest rozpoczęcie indywidualnej lub grupowej terapii zmiany zachowań. Po trzecie, niektórzy chorzy mogą wymagać podawania leków, żeby przywrócić ich

prawidłowy sen. Bardzo przydatne może być w tym celu używanie specjalnych poduszek z podparciem pod kręgosłup szyjny.

Jakie jest rokowanie?

Całkowite wyleczenie nie jest łatwe. Wymaga dużego wysiłku ze strony chorego oraz dużej pomocy rodziny. Rokowanie jest dużo lepsze u dzieci niż u dorosłych. Większość z nich wraca do zdrowia. Regularne usprawnianie i ćwiczenia są głównym czynnikiem, który prowadzi do wyleczenia.

2) Zlokalizowana, idiopatyczna choroba bólowa układu mięśniowo-szkieletowego.

Synonimy : Reflex Sympathetic Distrophy, Comlex Regional Pain Syndrom type.

Czym charakteryzuje się choroba?

Choroba charakteryzuje się bardzo silnym i uciążliwym bólem kończyn o nieznannej etiologii. Zwykle towarzyszą mu zmiany skórne.

Jak często występuje choroba?

Nie ma wiarygodnych danych na temat częstości występowania tej choroby. Wiadomo tylko, że zdarza się najczęściej u nastolatków (średnia wieku około 12 lat) i głównie u dziewcząt.

Jakie są typowe objawy kliniczne?

Zwykle w wywiadzie chorzy skarżą się na trwający od bardzo długiego czasu dokuczliwy ból kończyny, czasami o znacznym nasileniu, który nie ustępuje pomimo różnego leczenia. Ból bywa często tak silny, że chorzy nie mogą używać chorej kończyny. Bódźce niebolesne dla większości osób, takie jak np. lekkie dotknięcie, mogą powodować bardzo silny ból nazywany allodynią. Nałożenie się tych dolegliwości powoduje duże kłopoty w codziennej aktywności chorych dzieci, które zwykle opuszczają dużo zajęć w szkole. U części dzieci okresowo pojawiają się zmiany koloru skóry chorej kończyny (bładość lub sina wysypka), zmiany ucieplenia (zwykle kończyna jest chłodna) oraz pocenie. Czasami dzieci trzymają kończynę w nietypowej pozycji i odmawiają wykonywania jakichkolwiek ruchów.

Jak rozpoznaje się chorobę?

Do niedawna poszczególne objawy choroby otrzymywały różne nazwy, ich przyczyn nie kojarzono ze sobą, a ich leczenie było podobne. Obecnie wszystkie te objawy „wrzucono do jednego koszyka” i określono jako zlokalizowany zespół bólów mięśniowo-szkieletowych. Stosuje się obecnie ustalone kryteria rozpoznawania tej choroby. Rozpoznanie polega na stwierdzeniu rodzaju bólu (silny, długotrwały, ograniczający aktywność życiową, nieodpowiadający na leczenie ból, obecność allodynii) oraz na podstawie badania klinicznego. Zbiór zgłaszanych dolegliwości i nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu przez lekarza pozwala na postawienie jasnej diagnozy. Należy wykluczyć także inne choroby, które mogą być przeoczone zanim pacjent trafi do reumatologa. Badania laboratoryjne są w normie.

Jakie jest leczenie?

Na wstępie leczenia najlepsze jest rozpoczęcie programu usprawniania chorego i ćwiczeń nadzorowanych przez rehabilitanta, łącznie lub bez psychoterapii. Leczenie jest żmudne i ciężkie dla wszystkich zaangażowanych - chorego dziecka, rodziców oraz zespołu leczącego. Zwykle konieczna jest interwencja psychologa z powodu stresu, jaki niesie ze sobą choroba. W zależności od skuteczności, stosowanych jest bardzo dużo różnego rodzaju metod leczenia (np. leki przeciwdepresyjne, biostymulacje, stymulacje nerwów, modyfikacje zachowań).

Jakie jest rokowanie?

Choroba lepiej rokuje u dzieci niż u dorosłych. Prawie wszystkie dzieci wracają do zdrowia.

Co z życiem codziennym?

Dzieci powinny normalnie uczestniczyć w życiu codziennym, regularnie uczęszczać do szkoły i przebywać w towarzystwie rówieśników.

3) Erythromelalgia

Zespół znany również pod nazwą Erythermalgia. Tzw. czerwienica bolesna kończyn. Nazwę swoją choroba otrzymała od trzech słów greckich: Erythros (czerwony), Melos (kończyna) i Algos (ból). Jest to bardzo rzadki zespół chorobowy, może występować rodzinie.

Choroba pojawia się najczęściej około 10 roku życia, częściej u dziewczynek. Choroba charakteryzuje się pojawieniem uczucia palenia, nadmiernego ucieplenia, zaczerwienienia i obrzęku stóp, rzadziej rąk.

Objawy nasilają się pod wpływem ciepła. Ulgę przynosi ochłodzenie kończyn. Dochodzi nawet do tego, że dzieci nie chcą wyciągnąć stóp, bądź rąk z lodowatej wody.

Postęp choroby jest nieunikniony. Unikanie ciepła i ćwiczenia usprawniające wydają się być najbardziej skuteczną terapią.

Choroba u dzieci, w przeciwieństwie do dorosłych, rzadko daje się leczyć niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi. Często pomagają leki rozszerzające naczynia.

4) Bóle wzrostowe

Co to jest?

Bóle wzrostowe są łagodnym zespołem chorobowym. Określa się tym mianem pewien charakterystyczny ból kończyn, występujący u dzieci, w wieku poniżej 10 roku życia.

Jak często występuje choroba?

Bóle kończyn są częstym powodem szukania pomocy u specjalisty pediatry. Pośród tych bólów, bóle wzrostowe są najczęściej spotykane.

Szacuje się, że około 10-20% ogółu dzieci cierpi na bóle wzrostowe.

Choroba występuje pomiędzy 3 a 12 rokiem życia, jednakowo często u chłopców i u dziewczynek.

Jakie są główne objawy kliniczne?

Ból występuje głównie w kończynach dolnych (dotyczy podudzia, miejsca po kolanie lub uda), z reguły ból jest obustronny.

Ból pojawia się późnym wieczorem lub w nocy, często budzi dziecko ze snu. Rodzice wiążą raczej pojawienie się bólu ze zwiększoną aktywnością fizyczną. Ból trwa z reguły od 10 do 30 minut, ale może równie dobrze trwać parę minut, lub wręcz parę godzin. Jego natężenie może być od bardzo niewielkiego, łagodnego do bardzo silnego bólu. Bóle wzrostowe są napadowe, pojawiają się, co parę dni lub parę miesięcy. W rzadkich przypadkach ból występuje codziennie.

Jak rozpoznać chorobę?

Do rozpoznania prowadzi współistnienie charakterystycznego bólu przy całkowicie prawidłowym badaniu klinicznym. Nie ma potrzeby wykonywania badań laboratoryjnych czy zdjęć rentgenowskich, gdyż nie wykazują one w danej chorobie żadnych zmian.

Jakie jest leczenie?

Najważniejszą sprawą jest spokojne wytłumaczenie dziecku istoty choroby. Zmniejsza to w istotny sposób niepokój chorego i jego rodziny.

Podczas napadów bólu najbardziej pomaga delikatny masaż, ewentualnie łagodny środek przeciwbólowy. U dzieci z częstymi napadami bólu, podanie wieczorem dawki ibuprofenu zmniejsza natężenie bólu lub całkowicie mu zapobiega.

Jakie jest rokowanie?

Bóle wzrostowe nie wiążą się z żadnymi poważnymi zmianami w narządach wewnętrznych. Z reguły bóle ustępują w późnym dzieciństwie. U 100% dzieci bóle wzrostowe znikają całkowicie w wieku dorosłym.

5) Benign Hypermobility Syndrome (BHS)

(Łagodny zespół zwiększonej ruchliwości – zwiększonego zakresu ruchów - stawów)

Co to jest?

Określenie BHS odnosi się do bólu kończyn, współistniejącego ze zwiększonym zakresem ruchów stawów, bez towarzyszących jakichkolwiek wrodzonych lub nabytych zmian w tkankach miękkich. Stąd też niektórzy uważają, że BHS to raczej nie choroba, ale norma.

Jak często występuje choroba?

BHS jest zespołem często występującym u dzieci. Jego obecność jest szacowana na około 25-50% u dzieci poniżej 10 roku życia. Jego częstość spada z wiekiem. BHS często występuje rodzinnie.

Jakie są główne objawy kliniczne?

Głównym objawem klinicznym jest napadowy, przerywany, głęboki ból kolana, stawów skokowych i/lub stóp. Ból pojawia się pod koniec dnia lub w nocy. U dzieci grających na pianinie lub skrzypcach, bóle dotyczą raczej palców rąk. Aktywność fizyczna i ćwiczenia mogą wywołać lub nasilać ból. Rzadko kiedy występuje niewielki obrzęk stawów.

Jak rozpoznać chorobę?

Rozpoznanie stawia się po spełnieniu przez pacjenta kryteriów diagnostycznych choroby.

Leczenie

Leczenie rzadko jest konieczne. Jeśli dziecko uprawia sport, taki jak piłka nożna, czy gimnastyka i ulega powtarzającym się urazom, wymagane jest stosowanie ćwiczeń wzmacniających mięśnie oraz ochraniaczy na stawy.

Życie codzienne

BHS to łagodny zespół objawów, które wycofują się z wiekiem. Rodzice powinni być poinformowani, że najważniejszą sprawą jest to, by nie chronili swoich dzieci przed normalnym funkcjonowaniem. Dzieci powinny być zachęcane do normalnego życia, włączając w to uprawianie sportów, jakimi tylko są zainteresowane.

6) Przejściowe zapalenie błony maziowej

Toksyczne zapalenie błony maziowej, Zespół drażliwego biodra.

Co to jest?

To obrzęk stawu biodrowego o niejasnej etiologii, ustępujący samoistnie, bez pozostawienia następstw.

Jak często występuje choroba?

Jest to najczęstsza przyczyna bólu biodra w wieku rozwojowym. Dotyczy około 2-3% dzieci w wieku 3-10 lat. Występuje częściej u chłopców. Są jednak obszary, gdzie na jedną chorą dziewczynkę przypada 3-4 zdrowych chłopców.

Jakie są główne objawy choroby?

Głównym objawem jest ból biodra i utykanie na chorą kończynę. Ból pojawia się w pachwinie i górnej części uda, wyjątkowo dotyczy kolana. Zwykle ma charakter nagłego ostrego bólu. Dzieci często budzą się utykając na chorą kończynę, czasami odmawiają wręcz chodzenia.

Jak postawić rozpoznanie?

Charakterystyczne są objawy kliniczne – utykanie na kończynę, bolesne ruchy w biodrze i ograniczenie zakresu ruchu zajętego stawu. W 5% przypadków zmiany dotyczą obu bioder.

Zdjęcia rentgenowskie nie wykazują zmian, z reguły nie są więc wykonywane.

Leczenie

Podstawę leczenia stanowi odpoczynek, który powinien być proporcjonalny do stopnia nasilenia bólu. Niesterydowe leki przeciwzapalne pomagają zmniejszyć ból. W bardzo silnych bólach stosuje się wyciągi za kończynę dolną.

Dolegliwości zwykle ustępują bez leczenia po około 6-8 dniach.

Rokowanie

Rokowanie jest doskonałe. W ponad 99% przypadków dochodzi do całkowitego wyleczenia. Często zdarzają się jednak nawroty przejściowego zapalenia błony maziowej, zwykle jednak przebiegają łagodniej i trwają krócej niż pierwszy epizod.

7) Ból rzepkowo-udowy. Ból kolana.

Wstęp

Ból rzepkowo-udowy to jedno z najczęściej nadużywanych rozpoznań w pediatrii. Należy do grupy chorób, które są rezultatem wykonywania pewnych stałych ruchów lub powtarzających się ćwiczeń, co prowadzi do przeciążeń określonych części ciała.

Choroby te znacznie częściej występują u dorosłych, niż u dzieci (np. łokieć tenisisty, zespół cieśni kanału nadgarstka).

Synonimy

Choroba stawu rzepkowo-udowego, chondromalacja rzepki, ból przedniego przedziału kolana.

Co to jest?

Określenie bólu rzepkowo-udowego odnosi się do dolegliwości występujących w przedniej części stawu kolanowego, zlokalizowanych dokładnie ponad stawem rzepkowo-udowym (stawem tworzonym z jednej strony przez powierzchnię rzepki, a z drugiej przez końcowy odcinek kości udowej). Kiedy ból połączony jest ze zmianami destrukcyjnymi chrząstki rzepki używa się określenia chondromalacja rzepki.

Jak często występuje choroba?

Choroba występuje wyjątkowo u dzieci poniżej 8 roku życia, najczęściej pojawia się u nastolatków, zmiany dotyczą częściej dziewczynek. Choroba może występować częściej u dzieci z zaburzeniami osi kolana – kolanami koślawymi (w kształcie litery X) lub kolanami szpotawymi (w kształcie litery O), lub u dzieci z chorobami dotyczącymi rzepki (niestabilność lub złe ustawienie rzepki).

Jakie są główne objawy kliniczne?

Głównym objawem jest ból pojawiający się w przedniej części stawu kolanowego, nasilający się podczas biegania, wchodzenia lub schodzenia ze schodów, kucania czy skakania.

Ból nasila się także w czasie długiego siedzenia ze zgiętymi kolanami.

Jak rozpoznać chorobę?

Ból stawu rzepkowo-udowego występuje u zdrowych klinicznie dzieci. Wykonywanie badań laboratoryjnych nie jest konieczne. Ból można wywołać uciskiem na rzepkę lub podczas blokowania ruchu rzepki ku górze w czasie skurczu mięśnia czworogłowego.

Leczenie

Z reguły leczenie nie jest potrzebne. U dzieci, u których nie współistnieją zaburzenia osi kolana lub niestabilność rzepki, choroba ma przebieg łagodny, dolegliwości ustępują samoistnie.

W przypadku, gdy ból kolana przeszkadza w uprawianiu sportu, utrudnia życie codzienne, zaleca się ćwiczenia wzmacniające mięsień czworogłowy. Po ćwiczeniach stawu kolanowego ulgę przynosi okładanie kolana lodem.

Co z życiem codziennym?

Dzieci powinny prowadzić normalne życie codzienne. Poziom ich fizycznej aktywności powinien być dostosowany do stopnia natężenia bólu. Dzieci bardzo aktywne mogą stosować ochraniacze na stawy kolanowe odciążające rzepkę.

8) Samoistne złuszczenie głowy kości udowej

Co to jest?

To przemieszczenie się głowy kości udowej w miejscu chrząstki wzrostowej. Etiologia choroby nie jest znana.

Chrzątka wzrostowa, element chrzęstny zlokalizowany wewnątrz tkanki kostnej, to miejsce, w którym rośnie kość. Jest to najsłabsze miejsce w kości u dzieci. Kiedy dziecko dorośnie i dojdzie do mineralizacji chrząstki wzrostowej, kość staje się pełnowartościowa i kończy się proces wzrostu kości.

Jak często występuje choroba?

Jest to bardzo rzadka choroba. Zdarza się w 3-10 przypadkach na 100 000 dzieci. Najczęściej występuje u nastolatków, głównie chłopców. Otyłość wydaje się sprzyjać występowaniu choroby.

Jakie są objawy kliniczne?

Ból biodra, utykanie na chorą kończynę, ograniczenie aktywności fizycznej i ograniczenie zakresu ruchu w stawie biodrowym, to główne objawy kliniczne. Ból uda występuje w 2/3 górnych lub 1/3 dolnej części uda. Ból nasila się przy ruchach. W 15% przypadków zmiany dotyczą obu bioder.

Jak rozpoznać chorobę?

Podstawę rozpoznania stanowi badanie kliniczne, gdzie zwraca uwagę ograniczenie zakresu ruchu w stawie biodrowym. Rozpoznanie potwierdza się badaniem rentgenowskim w pozycji osiowej biodra lub maksymalnym odwiedzeniu (tzw. pozycji żabki).

Leczenie

Tylko chirurgiczne. Operacja polega na nastawieniu głowy kości udowej (repozycji) i ustabilizowaniu jej na swoim miejscu kilkoma drutami (grotami Kirschnera).

Rokowanie

Rokowanie zależy od czasu, jaki upłynął od złuszczenia głowy kości udowej do postawienia rozpoznania i rozpoczęcia leczenia choroby. Zależy także od stopnia złuszczenia głowy kości udowej.

9) Osteochondroza (Martwica aseptyczna)

Wstęp

Termin osteochondroza oznacza dokładnie „śmierć kości”. To grupa rozmaitych chorób o niejasnej etiologii. Choroby polegają na zaburzeniach ukrwienia pierwotnych lub wtórnych jąder kostnienia zajętych kości.

W momencie urodzenia kość zbudowana jest głównie z chrząstki, miękkiej tkanki, która z upływem czasu zastępowana jest przez bardziej zmineralizowaną i oporną tkankę

kostną. Do przebudowy tej dochodzi w miejscach znajdujących się na końcach każdej kości, w tzw. jądrach kostnienia. Z jąder kostnienia przebudowa ta rozprzestrzenia się na pozostałe fragmenty kości.

Co to jest?

Osteochondroza wiąże się z zaburzeniami dopływu krwi do jąder kostnienia danej kości i następującymi potem procesami naprawczymi tkanki kostnej.

Ból jest dominującym objawem choroby. Rozpoznanie potwierdza się badaniami obrazowymi.

Zdjęcia rentgenowskie ujawniają rozkawałkowanie (fragmentację) kości (powstanie tzw. wysp), zapadnięcie się powierzchni kości, a następnie powstanie obszarów o zwiększonej gęstości i często pojawienie się miejsc ponownego kostnienia (ponownej przebudowy kości) z odtworzeniem jej zarysów.

Chociaż brzmi to bardzo groźnie, występowanie powyższych objawów u dzieci jest stosunkowo częste. Rokowanie, z wyjątkiem przypadków, gdy dojdzie do rozległego zajęcia stawu biodrowego, jest bardzo dobre.

Niektóre formy martwic aseptycznych kości są tak częste, że rozważa się traktowanie ich jako pewnej odmiany prawidłowego rozwoju danej kości (np. choroba Sever'a). U innych dzieci z kolei rozpoznaje się często na wyrost zespoły bólowe np. Osgood-Schlatter'a, czy Sinding-Larsen-Johansson'a.

9.1) Choroba Legg – Calve – Perthes'a

Co to jest?

To martwica aseptyczna głowy kości udowej (części uda leżącej w obrębie stawu biodrowego).

Jak często występuje choroba?

Choroba występuje rzadko, spotyka się ją w jednym przypadku na 10 000 dzieci. Częściej występuje u chłopców (4-5:1). Zdarza się w wieku od 3 do 12 roku życia, głównie u dzieci w przedziale 4-9 lat.

Jakie są główne objawy kliniczne?

Najczęściej spotyka się utykanie na chorą kończynę dolną oraz ból stawu biodrowego o różnym nasileniu. Czasami ból biodra nie występuje w ogóle.

Z reguły choroba dotyczy jednego biodra, jednakże w 10% przypadków zmiany są obustronne.

Jak rozpoznać chorobę?

Objawem jest ograniczenie ruchomości stawu biodrowego. Ruchy w biodrze mogą być bolesne. Na początku choroby zdjęcia rentgenowskie mogą nie wykazywać żadnych zmian, jednakże w późniejszym stadium choroby zmiany są ewidentne. Zdjęcia rentgenowskie warstwowe lub rezonans magnetyczny ujawniają zmiany znacznie wcześniej niż klasyczne badanie rentgenowskie.

Leczenie

Dzieci z rozpoznaną chorobą Legg-Cavle-Perthes'a powinny być obowiązkowo leczone w ośrodkach ortopedycznych. Leczenie zależy od stopnia nasilenia choroby.

W łagodnych przypadkach wystarcza jedynie obserwacja. W zaawansowanych przypadkach nadrzędnym celem leczenia jest utrzymanie dotkniętej chorobą głowy kości udowej wewnątrz stawu biodrowego, tak by w okresie przebudowy tkanki kostnej głowa kości udowej zachowała swój kulisty kształt.

Cel ten udaje się osiągnąć w różnym stopniu. U młodszych dzieci leczeniem z wyboru jest założenie opatrunku gipsowego odwodzącego. Starsze dzieci leczy się operacyjnie. Wykonuje się osteotomię (tzn. przecięcie kości pod odpowiednim kątem), tak by ustawić głowę kości udowej w lepszej pozycji.

Rokowanie

Rokowanie zależy od stopnia zajęcia procesem chorobowym głowy kości udowej (im mniejszy obszar zajęty procesem chorobowym, tym lepiej). Rokowanie zależy także od wieku dziecka. Najlepiej rokuje początek choroby poniżej 6 roku życia dziecka.

Cały proces chorobowy, od momentu fragmentacji głowy kości udowej do czasu pełnej przebudowy, trwa od 12 do 18 miesięcy. Zajęcie mniej niż 2/3 głowy kości udowej wykazuje odległe dobre wyniki potwierdzone zdjęciami rentgenowskimi.

Życie codzienne

Zależy od zastosowanego leczenia. Dzieci w trakcie obserwacji powinny unikać przeciążeń stawu biodrowego. Nie powinny zatem biegać, skakać. Konieczne jest, aby jednak uczęszczały regularnie do szkoły i uczestniczyły we wszystkich zajęciach pozalekcyjnych, o ile nie wiąże się to z przeciążeniem chorego biodra.

9.2) Choroba Osgood – Schlatter'a

Choroba jest wynikiem powtarzających się urazów i przeciążeń jądra kostnienia guzowatości piszczeli przez napinanie ścięgna rzepki. Guzowatość piszczeli to wyniosłość kostna znajdująca się na przedniej powierzchni kości piszczelowej w górnej jej części.

Choroba występuje u około 1% nastolatków, częściej u młodzieży uprawiającej sport. Ból nasila się po bieganiu, skakaniu, po wchodzeniu lub schodzeniu ze schodów, po klęczeniu.

Rozpoznanie stawia się po badaniu klinicznym, gdzie typowym jest tkliwość lub ból, czasami obrzęk, w miejscu przyczepu więzadła rzepki do kości piszczelowej. Zdjęcia rentgenowskie nie wykazują żadnych zmian lub widoczna jest drobna fragmentacja guzowatości piszczeli.

Leczenie polega na dostosowaniu poziomu aktywności fizycznej do stopnia natężenia bólu, stosowaniu miejscowo okładów z lodu, wypoczywaniu.

Objawy wycofują się z czasem.

9.3) Choroba Sever'a

Choroba zwana jest też zapaleniem guza piętowego. Choroba polega na martwicy aseptycznej guza kości piętowej, wywołanej prawdopodobnie napinaniem ścięgna Achillesa. Jest to najczęstsza przyczyna bólu pięty u dzieci. Choroba związana jest ze zwiększoną aktywnością fizyczną, występuje częściej u chłopców. Pojawia się pomiędzy

6 a 10 rokiem życia. Choroba wiąże się z bólem pięty i okresowym utykaniem na chorą kończynę dolną. Rozpoznanie stawia się na podstawie badania klinicznego.

Nie ma potrzeby leczenia dolegliwości, poza dostosowaniem aktywności fizycznej dziecka tak, by nie prowokować bólu u dziecka. Jeśli to nie pomaga można stosować wkładki pod piętę. Objawy wycofują się z czasem.

9.4) Choroba Freiberg'a

To martwica aseptyczna głowy II kości śródstopia. Wywołana jest prawdopodobnie urazem. Występuje rzadko, dotyczy głównie nastoletnich dziewczynek.

Zwiększona aktywność fizyczna nasila ból. W badaniu klinicznym zwraca uwagę tkliwość pod głową II kości śródstopia, wyjątkowo obrzęk tej okolicy. Rozpoznanie potwierdza się badaniem rentgenowskim. Mogą jednak upłynąć nawet dwa tygodnie od momentu pojawienia się objawów klinicznych do pierwszych zmian w obrazie rtg.

Leczeniem jest odpoczynek i wkładka pod śródstopie.

9.5) Choroba Scheuermann'a

Choroba Scheuermann'a, zwana inaczej młodzieńczą kyfozą, to martwica aseptyczna krążków międzykręgowych kręgosłupa. Występuje najczęściej u nastoletnich chłopców. Dzieci z chorobą Scheuermann'a mają wadę postawy, ból występuje lub nie.

Ból wiąże się ze zwiększoną aktywnością fizyczną i ustępuje po odpoczynku. Rozpoznanie stawia się po badaniu klinicznym (okrągłe plecy) i potwierdza zdjęciem rentgenowskim, na którym konieczne jest stwierdzenie nieregularnych krążków międzykręgowych oraz spłaszczenie przednich krawędzi trzonów trzech sąsiadujących kręgów.

W leczeniu stosuje się dostosowanie aktywności fizycznej do możliwości dziecka oraz stałą obserwację. W zaawansowanych przypadkach konieczne jest użycie gorsetu.