



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/AM/intro>

Վերջույթների ցավային համախտանիշներ

Տարբերակ 2016

1. Ներածություն

Շատ մանկաբուժական հիվանդություններ կարող են վերջույթների ցավի պատճառ հանդիսանալ: «Վերջույթների ցավային համախտանիշ»-ը ընդհանուր տերմին է, որը խմբավորում է բժշկական տարբեր վիճակներ, որոնք ունեն բավականին տարբեր պատճառներ և կլինիկական արտահայտություններ, որոնց համար ընդհանուր է վերջույթների կայուն կամ ընդհատվող ցավը: Սրանց ախտորոշման համար, բժիշկները իրականացնում են հետազոտություններ՝ ժխտելով այդ թվում բավականին ծանր վիճակներ, որոնք կարող են վերջույթների ցավի պատճառ լինել:

2. Խրոնիկ, տարածուն ցավային համախտանիշ (նախկինում կոչվում էր Յուվենիլ ֆիբրոմիալգիկ համախտանիշ)

2.1 Ի՞նչ է սա:

Ֆիբրոմիալգիան պատկանում է «ուժեղացած ոսկրամկանային ցավային համախտանիշ» խնբին: Ֆիբրոմիալգիան համախտանիշ է, որը բնութագրվում է երկարատև՝ նվազագույնը 3 ամիս տևողությամբ, տարածված ոսկրամկանացավով, ինչը ընդգրկում է վերին և ստորին վերջույթները, ինչպես նաև մեջքը, որովայնը, կրծքավանդակը, պարանոցը և/կամ ծնոտը: Այն ուղեկցվում է հոգնածության զգացումով, թարմություն չբերող քնով և ուշադրության կենտրոնացման, կշռադատելու ունակության և հիշողության տարբեր աստիճանի արտահայտված խանգարումներով:

2.2 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում:

Ֆիբրոմիալգիան հանդիպում է հիմնականում մեծահասակների մոտ: Մանկաբուժության մեջ, այն հանդիպում է գերազանցապես դեռահասների մոտ, մոտ 1% հաճախականությամբ:

Կանայք տառապում են ավելի հաճախ, քան տղամարդիկ: Այս խնդիրն ունեցող երեխաների մոտ առկա են լինում շատ կլինիկական նշաններ, որոնք հանդիպում են կոմպլեքս տեղային ցավային համախտանիշի դեպքում:

2.3 Որո՞նք են տիպիկ կլինիկական նշանները:

Հիվանդները բողոքում են վերջույթների տարածված ցավից, չնայած ցավի ինտենսիվությունը տարբեր երեխաների մոտ տարբեր է: Ցավը կարող է արտահայտվել մարմնի յուրաքանչյուր հատվածում (վերին և ստորին վերջույթներ, մեջք, որովայն, կրծքավանդակ, պարանոց և ծնոտ):

Այս համախտանիշով երեխաները սովորաբար ունենում են քնի խանգարում, նրանք արթնանում են հոգնած և չթարմացած: Մյուս հիմնական գանգատն արտահայտված հոգնածությունն է, որը ուղեկցվում է ֆիզիկական ունակությունների նվազմամբ:

Ֆիբրոմիալգիայով հիվանդները հաճախ գանգատվում են գլխացավից, վերջույթների այտուցից (դա այտուցի զգացում է, մինչդեռ իրական այտուց չկա), թմրածության զգացում և, երբեմն, ձեռքերի մատների կապտավուն երանգ: Այս նշանները առաջացնում են անհանգստության, լարվածության զգացում և շատ երեխաները բացակայում են դպրոցից:

2.4 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

Ախտորոշիչ է համարվում անամնեզում մարմնի նվազագույնը 3 հատվածներում տարածուն բնույթի ցավը, որը տևում է ավել քան 3 ամիս, և ուղեկցվում է տարբեր աստիճանի հոգնածության, չթարմացնող քնի և կոգնիտիվ ախտանշաններով (ուշադրության, սովորելու, կշռադատելու, հիշողության, որոշում կայացնելու և խնդիրները լուծելու կարողություն): Շատ հիվանդներ նշում են մկաններում որոշակի ցավային կետեր (խթանիչ կետեր), սակայն սա պարտադիր չէ ախտորոշման համար:

2.5 Ո՞րն է բուժումը:

Կարևոր է նվազեցնել հիվանդության հետ կապված անհանգստությունը, բացատրելով հիվանդին և նրա ընտանիքին անդամներին, որ թեև ցավն իրական է և ուժեղ, այն չի առաջացնում ոչ՝ հոդերի վնասում , ոչ՝ լուրջ օրգանական հիվանդություններ: Կարևոր և արդյունավետ մոտեցումը սիրտանոթային համակարգի կոփման ծրագիրն է, և դրա լավագույն միջոցը լողն է: Երկրորդը՝ կոգնիտիվ վարքային բուժման սկսելն է, անհատական կամ խմբային ձևով: Վերջապես, որոշ հիվանդներ կարիք ունեն քունը լավացնող դեղորայքային բուժման:

2.6 Ո՞րն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը):

Լրիվ վերականգնումը հիվանդից մեջ ջանքեր, իսկ ընտանիքից հատուկ աջակցություն է պահանջում: Ընդհանուր առմամբ երեխաների մոտ հիվանդության ելքը շատ ավելի բարենպաստ է, քան մեծահասակների մոտ, նրանցից շատերը լրիվ առողջանում են: Ֆիզիկական վարժությունների ծրագրին կանոնավոր մասնակցելը առողջացման ամենակարևոր նախապայմանն է: Դեռահասներին կարող է անհրաժեշտ լինել հոգեբանական աջակցություն, ինչպես նաև դեղեր քնի լավացման, լարվածության և անհանգստության նվազեցման համար:

3. Կոմպլեքս տեղային ցավային համախտանիշ տիպ 1 (Հոմանիշներ են՝ Ռեֆլեքս սիմպատետիկ դիստրոֆիա, Օջախային իդիոպաթիկ ոսկրամկանային ցավային համախտանիշ)

3.1 Ի՞նչ է սա:

Վերջույթներում անհայտ ծագման, չափազանց ուժեղ ցավի առկայություն, որը հաճախ ուղեկցվում է մաշկի փոփոխություններով:

3.2 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում:

Հանդիպման հաճախականությունը անհայտ է: Ավելի հաճախ հանդիպում է դեռահասների մոտ (սկիզբը մոտավոր 12 տարեկանում), ավելի հաճախ աղջիկների մոտ:

3.3 Որո՞նք են հիմնական նշանները:

Սովորաբար, լինում է վերջույթների երկարատև, շատ ինտենսիվ ցավ, որը չի ենթարկվում բուժման տարբեր միջոցներին և ժամանակի ընթացքում ուժեղանում է: Հաճախ ցավի պատճառով հնարավոր չի լինում օգտագործել ախտահարված վերջույթը: Չգացողությունները, որոնք շատ մարդկանց համար անցավ են, օրինակ թեթև հպումը, այս երեխաների համար չափազանց ցավոտ են: Այս տարօրինակ զգացողությունը կոչվում է «ալոդինիա»:
Այս նշանները ազդում են հիվանդ երեխաների առօրյայի վրա, նրանք հաճախ բացակայում են դասերից:
Ժամանակի ընթացքում, որոշ երեխաների մոտ փոխվում է մաշկի գույնը (գունատություն կամ մարմարանման բծավոր տեսք), մաշկի ջերմությունը (սովորաբար մաշկը լինում է սառը) կամ քրտնարտադրությունը: Կարող է առկա լինել նաև վերջույթների այտուց: Երեխան երբեմն կարող է վերջույթը պահել անսովոր դիրքում՝ հրաժարվելով որևէ շարժում կատարել:

3.4 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

Մինչև մի քանի տարի առաջ, այս համախտանիշը կոչվում էր տարբեր անուններով, բայց այսօր բժիշկներն անվանում են այն Բարդ տեղային ցավային համախտանիշ: Այս հիվանդության ախտորոշման համար կիրառվում են տարբեր չափորոշիչներ: Ախտորոշումը կլինիկական է՝ հիմնված ցավի առանձնահատկությունների (ծանրության աստիճան, տևողություն, շարժումների սահմանափակում, բուժմանը չպատասխանելը, ալոդինիայի առկայություն) և ֆիզիկական զննման վրա: Գանգատների և կլինիկական նշանների զուգորդումը խիստ տիպիկ են: Ախտորոշման հաստատման համար մինչև հիվանդին մանկական ռևմատոլոգի մոտ ուղարկելը պետք է նախապես ժխտվեն մի շարք այլ հիվանդություններ, որոնք կարող են ախտորոշվել և բուժվել թերապևտների կամ մանկուբույժների կողմից: Լաբորատոր տվյալներով շեղումներ չեն հայտնաբերվում: ՄՌՏ հետազոտությամբ կարող են հայտնաբերվել ոսկրերի, հողերի և մկանների ոչ սպեցիֆիկ փոփոխություններ:

3.5 Ո՞րն է բուժումը:

Լավագույն մոտեցումն է իրականացնել ինտենսիվ ֆիզիկական վարժությունների ծրագիրը, որը կատարվում է ֆիզիկական և աշխատանքային թերապիստների ղեկավարությամբ, զուգակցված փսիխոթերապիայի հետ, կամ առանց դրա: Կիրառվում են այլ բուժումներ, առանձին կամ զուգակցված, այդ թվում նաև հակադեպրեսանտներ, կենսաբանական հետադարձ կապի ծրագիր, ներմաշկային էլեկտրական նյարդային խթանում և վարքագծի փոփոխումներ, սակայն առանց որոշակի արդյունքների: Անալգետիկները (ցավազրկողներ) սովորաբար արդյունավետ չեն: Հետազոտությունները ներկայումս ընթացքի մեջ են և մենք հույս ունենք, որ ապագայում, երբ պարզ կլինեն հիվանդության պատճառները, կլինեն ավելի արդյունավետ բուժման եղանակներ: Բուժումը բարդ է և՛ երեխաների, և՛ ընտանիքի անդամների, և՛ բուժող թիմի համար: Սովորաբար հիվանդության հետևանքով պատճառով առաջացած սթրեսի համար անհրաժեշտ է լինում հոգեբանական աջակցություն: Բուժման անարդյունավետության հիմնական պատճառն է հանդիսանում այն, որ ընտանիքի կողմից դժվար է ընդունվում ախտորոշումը և բուժումը:

3.6 Ո՞րն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը):

Հիվանդության ելքը երեխաների մոտ ավելի բարենպաստ է, քան մեծահասակների մոտ: Որպես լրացում, երեխաներն առողջանում են ավելի արագ, քան մեծահասակները: Սակայն, վերականգնումը ժամանակ է պահանջում, և տարբեր երեխաների մոտ այն տարբեր է: Վաղ ախտորոշման և միջամտության դեպքում ելքն ավելի բարենպաստ է:

3.7 Ի՞նչ կատեք առօրյա կյանքի մասին:

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

4. Երիթրոմելալգիա

4.1 Ի՞նչ է սա:

Սա նաև կոչվում է «Երիթերմալգիա»: Հիվանդության անունը ծագում

Է 3 հունարեն բարերից՝ erythros (կարմիր), melos (վերջույթ), algos (ցավ): Սա չափազանց հազվադեպ է հանդիպում, թեև հնարավոր են ընտանեկան դեպքեր: Շատ երեխաների մետ հիվանդության առաջին նշաններն ի հայտ են գալիս մոտ 10 տարեկանում: Ավելի հաճախ հանդիպում է աղջիկների մոտ:

Կլինիկական նշաններ են ոտնաթաթերի, կամ ավելի հազվադեպ ձեռքերի այրոցի զգացումը, տաքությունը, կարմրությունը և այտուցը: Այս գանգատները ուժեղանում են տաքի հետ շփումից և մեղմանում են վերջույթը սառեցնելուց: Որոշ երեխաներ ընդհանրապես հրաժարվում են իրենց ոտքերը սառը ջրից դուրս հանել: Հիվանդությունը չի նահանջում: Հիվանդության կառավարման ամենաարդյունավետ եղանակը տաքից և ակտիվ վարժություններից խուսափումն է :

Կիրառվում են բազմաթիվ դեղեր ցավը նվազեցնելու համար, այդ թվում հակաբորբոքային դեղեր, ցավազրկողներ և դեղեր, որոնք լավացնում են արյան շրջանառությունը (այսպես կոչված վազոդիլատատորներ): Բժիշկը կնշանակի դեղեր, յուրաքանչյուր երեխայի համար անհատականորեն:

5. Աճման ցավեր:

5.1 Ի՞նչ է սա:

Աճման ցավը բարորակ վիճակ է, որին բնորոշ է վերջույթների ցավ, որը սովորաբար առաջանում է 3-ից 10 տարեկան երեխաների մոտ: Այն կոչվում է նաև «երեխաների մոտ վերջույթների բարորակ ցավ», կամ «վերջույթների կրկնվող գիշերային ցավեր»:

5.2 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում:

Մանկաբուժության մեջ աճման ցավերը հաճախ հանդիպող գանգատներից են: Այն հանդիպում է հավասարապես տղաների և աղջիկների մոտ երեխաների 10-20% -ի մոտ:

5.3 Որո՞նք են հիմնական նշանները:

Ցավը հիմնականում լինում է ստորին վերջույթներում (սրունքներ, ձկնամկաններ, ազդրեր կամ ծնկափոսեր) և այն սովորաբար երկկողմանի է: Այն առաջանում է երեկոյան կամ գիշերը, հաճախ

արթնացնելով երեխային: Ճնողները հաճախ նշում են ցավի առաջացում ֆիզիկական ակտիվությունից հետո: Ցավի դրվագը սովորաբար տևում է 10-ից 30 րոպե, չնայած այն կարող է տատանվել մի քանի րոպեից մինչև մի քանի ժամ: Ցավի ինտենսիվությունը լինում է թեթևից մինչև ծանր: Աճման ցավերը ընդհատվող բնույթ ունեն, առանց ցավի ժամանակահատվածները կարող են տևել մի քանի օրից մինչև ամիսներ: Որոշ դեպքերում ցավի դրվագները կարող են առաջանալ ամեն օր:

5.4 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

Ցավի բնույթը, առավոտյան նշանների բացակայությունը և նորմալ ֆիզիկական զննման տվյալները, թույլ են տալիս հաստատել ախտորոշումը: Որպես կանոն, լաբորատոր տվյալները և ռենտգենագրաֆիան միշտ նորմալ են: Ինչևէ, ռենտգենագրաֆիայով բացառվում են այլ պաթոլոգիաներ:

5.5 Ո՞րն է բուժումը:

Այս պրոցեսի բարորակ բնույթի մասին բացատրությունը կնվազեցնի երեխայի և նրա ընտանիքի անդամների անհանգստությունը: Ցավի դրվագների ընթացքում կարող են օգնել տեղային մերսումը, տաքացումը և թեթև ցավազրկողները: Հաճախակի դրվագներ ունեցող երեխաների համար ուժեղ ցավը նվազեցնելու համար կարող է օգտակար լինել Իբուպրոֆենի երեկոյան տրվող դեղաչափը:

5.6 Ո՞րն է երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը):

Աճման ցավերը չեն ուղեկցվում լուրջ օրգանական ախտահարումներով, և սովորաբար վերանում են ինքնուրույն ուշ մանկության շրջանում: Երեխաների 100%-ի մոտ այն անցնում է աճին զուգահեռ:

6. Բարորակ գերշարժունակության համախտանիշ

6.1 Ի՞նչ է սա:

Գերշարժունակությունը վերաբերվում է երեխաներին, որոնց մոտ նկատվում է հոդերի ճկունություն կամ «թուլություն»: Այն կոչվում է

նաև հողերի անբավարարություն: Որոշ երեխաներ կարող են ցավ ունենալ: Բարորակ գերշարժունակության համախտանիշը (ԲԳՀ) վերաբերում է այն դեպքերին, երբ երեխան ունենում է վերջույթների ցավ, կապված հողերի շարժունակության (շարժումների ծավալ) ավելացման հետ, առանց ուղեկցվելու շարակցական հյուսվածքի այլ հիվանդությունների հետ: Ինչևէ, ԲԳՀ -ը հիվանդություն չէ, այլ՝ սորմայի տարբերակ:

6.2 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում:

ԲԳՀ-ն չափազանց հաճախ հանդիպող վիճակ է երեխաների և դեռահասների մոտ: Այն հանդիպում է 10-30% երեխաների մոտ, մինչև 10 տարեկան հասակը, մասնավորապես աղջիկների մոտ: Հաճախականությունը նվազում է տարիքի հետ: Հաճախ են ընտանեկան դեպքերը:

6.3 Որո՞նք են հիմնական նշանները:

Գերշարժունակության դեպքում հաճախ առաջանում են ընդմիջվող բնույթի, խորը տեղակայման, կրկնվող ցավեր ծնկների, ոտնաթաթերի և սրունք-թաթային հողերի շրջանում: Ցավը ի հայտ է գալիս օրվա վերջում կամ գիշերը: Դաշնամուր, ջութակ նվագող երեխաները կարող են նշել մատների ցավ: Ֆիզիկական ակտիվությունը կարող է խթանել ցավի առաջացումը կամ ուժեղացումը: Հազվադեպ, կարող է առաջանալ հողերի թեթև այտուց:

6.4 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

Ախտորոշումը դրվում է նախապես հստակեցված չափորոշիչների հիման վրա, որոնցով քանակապես որոշում են հողերի շարժունակությունը շարակցական հյուսվածքի այլ հիվանդությունների բացակայության պայմաններում:

6.5 Ո՞րն է բուժումը:

Բուժումը հազվադեպ է անհրաժեշտ լինում: Եթե երեխան զբաղվում է որոշակի ծանրաբեռնվածության սպորտաձևերով, ինչպիսիք են ֆուտբոլը կամ մարմնամարզությունը, ապա նրա մոտ պարբերաբար

առաջանում են հողերի ձգում/պատռվածք, անհրաժեշտ է լինում մկանների ամրապնդում և հողերի պաշտպանում (էլաստիկ կամ ֆունկցիոնալ ամրակապեր):

6.5 Ի՞նչ կատեք առօրյա կյանքի մասին:

Գերշարժունակությունը բարորակ վիճակ է , որը տարիքի հետ նվազում է: Կարևոր է բացատրել ծնողներին, որ խնդիրները ավելի շատ կապված են այն բանի հետ, որ նրանք հաճախ չեն թույլատրում երեխային նորմալ կյանքով ապրել: Երեխաներին պետք է խրախուսել, որ նրանք ունենան նորմալ կյանք ինչպես նաև զբաղվեն իրենց հետաքրքրող որևէ սպորտաձևով:

7. Անցողիկ սինդրոմ

7.1 Ի՞նչ է սա:

Անցողիկ սինդրոմը կոնքազդրային հողի անհայտ պատճառի, թեթև բորբոքումն է (հողի խոռոչում քիչ քանակի հեղուկի առկայություն), որը անցնում է ինքնուրույն, առանց հետևանք թողնելու:

7.2 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում:

Մանկաբուժության մեջ կոնքազդրային հողի ցավի ամենահաճախ պատճառն է: Այն հանդիպում է 3-10 տարեկան երեխաների 2-3%-ի մոտ: Ավելի հաճախ հանդիպում է տղաների մոտ (1 աղջիկ յուրաքանչյուր 3-4 տղայի հաշվարկով):

7.3 Որո՞նք են հիմնական նշանները:

Հիմնական նշանը կոնքազդրային հողի ցավն է և կաղալը: Կոնքազդրային հողի ցավը արտահայտվում է աճուկային շրջանի, ազդրի վերին հատվածի կամ, երբեմն, ծնկան շրջանում ցավերով, սովորաբար սկսվում է սուր: Ամենահաճախ հանդիպող նշանն է, երբ երեխան արթնանում է կաղալով կամ հրաժարվում քայլելուց:

7.4 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

Հիվանդությունը բնութագրվում է ֆիզիկական զննման բնորոշ պատկերով` 3 տարեկանից մեծ երեխա, ով ունի ցավ և շարժումների սահմանափակում կոնքազդրային հողում, չունի տենդ

և ով այլ առումով հիվանդի տեսք չունի: 5% դեպքերում հնարավոր է 2 կոնքազդրային հոդերի ախտահարում: Կոնքազդրային հոդերի ռենտգենագրաֆիայով հիմնականում շեղում չի հայտնաբերվում, և սովորաբար, դրա կարիքը չի լինում: Եվ ընդհակառակը, հոդի ուլտրաձայնային հետազոտությունը անհրաժեշտ է սինովիտը հայտնաբերելու համար:

7.5 Ո՞րն է բուժումը:

Հիմնական բուժումը հանգիստն է, որը պետք է լինի համարժեք ցավի աստիճանի հետ: Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղերը կարող են օգնել ցավը և բորբոքում նվազեցնելու համար: Վիճակը լավանում է միջինում 6-8 օր անց:

7.6 Ո՞րն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը (պրոզնոզը):

Հիվանդության ելքը լավն է, երեխաները 100% առողջանում են (հիվանդությունը ունի անցողիկ բնույթ): Եթե նշանները պահպանվում են ավել քան 10 օր, պետք է մտածել այլ հիվանդությունների մասին: Ոչ հազվադեպ հնարավոր են անցողիկ սինովիտի կրկնակի դրվագներ, որոնք սովորաբար ավելի մեղմ են և կարճ, քան նախորդը:

8. Պատելոֆեմորալ ցավ- ծնկի ցավ

8.1 Ի՞նչ է սա:

Պատելաֆեմորալ ցավը մանկաբուժության մեջ ավելի հայտնի է որպես «Գերծանրաբեռնվածության համախտանիշ»: Այս խմբի ախտահարումները առաջանում են մարմնի որոշակի հատվածների, մասնավորապես հոդերի և կապանների, կրկնվող շարժումների կամ կայուն, ֆիզիկական վարժությունների հետ կապված վնասվածքների պատճառով: Այս վիճակները ավելի հաճախ հանդիպում են մեծերի (թենիսիստի կամ գոլֆ խաղացողի արմուկներ, կարպալ թունելի համախտանիշ և այլն), քան երեխաների մոտ:

Պատելոֆեմորալ ցավը վերաբերում է այն վիճակներին, երբ ցավը առկա է ծնկան առաջային հատվածում այնպիսի գործողությունների ժամանակ, որոնք լրացուցիչ ծանրաբեռնվածություն են առաջացնում

պատելոֆեմորալ հողի վրա (այս հողը առաջանում է ծնկոսկրի (patella) և ազդոսկրի ստորին հատվածի միջև):
Երբ ծնկի ցավը ուղեկցվում է ծնկոսկրի ներսային մակերեսը ծածկող աճառի փոփոխություններով, այս վիճակը անվանում են ծնկոսկրի խոնդրոմայացիա:
Կան պատելոֆեմորալ ցավի բազմաթիվ հոմանիշներ՝ պատելոֆեմորալ համախտանիշ, առաջային ծնկային ցավ, ծնկոսկրի խոնդրոմայացիա:

8.2 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում:

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

8.3 Որո՞նք են հիմնական նշանները:

Բնորոշ նշաններ են ծնկան առաջային շրջանում տեղակայված ցավը, որն ուժեղանում է այնպիսի գործողությունների ժամանակ, ինչպիսիք են վազելը, աստիճաններով բարձրանալը և իջնելը, կքանստելը և ցատկելը: Ցավը նաև ուժեղանում է երկար ժամանակ ծնկները ծալած վիճակում նստելու ժամանակ:

8.4 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

Առողջ երեխայի մոտ պատելոֆեմորալ ցավը կլինիկական ախտորոշում է (լաբորատոր և գործիքային հետազոտություններ անհրաժեշտ չեն): Ցավը կարելի է վերարտադրել ծնկոսկրերի վրա սեղմելով կամ ազդրի քառագուլի մկանը ձգելու ժամանակ ծնկոսկրի՝ դեպի վեր շարժմանը հակազդելով:

8.5 Ո՞րն է բուժումը:

Երեխաների մեծ մասի մոտ, որոնք չունեն ասոցացված հիվանդություններ (ծնկոսկրերի ձևի փոփոխություն կամ ծնկոսկրային անկայություն), պատելոֆեմորալ ցավը բարորակ է և անցնում է ինքնուրույն: Եթե ցավը կապված է սպորտի կամ այլ ամենօրյա գործողությունների հետ, օգտակար է կատարել ազդրի քառագլուխ մկանի ուժեղացման վարժություններ: Ֆիզիկական վարժությունից հետո սառի տեղային օգտագործումը թեթևացնում է ցավը:

8.6 Ի՞նչ կատեք առօրյա կյանքի մասին:

Երեխաները կարող են ունենալ նորմալ կյանք: Ֆիզիկական ակտիվությունը պետք է հարմարեցնել այնպես, որ դրա ընթացքում երեխան ցավ չունենա: Շատ ակտիվ երեխաները պետք է օգտագործեն ծնկները պաշտպանող հատուկ հարմարանքներ:

9. Ազդրոսկրի գլխիկի Էպիֆիզի սահում:

9.1 Ի՞նչ է սա:

Այս վիճակին բնորոշ է ազդրոսկրի գլխիկի տեղաշարժը աճման գոտու վրայով: Պատճառն անհայտ է: Աճման գոտին աճառի մի հատված է, որը սեղմված է ազդրոսկրի գլխիկի ոսկրային հյուսվածքի շերտերի արանքում: Սա ոսկրի ամենաթույլ հատվածն է, որը թույլ է տալիս նրան աճել: Երբ աճման գոտին հանքայնացվում է և այն վերածվում է ոսկրի, ոսկրի աճը դադարում է:

9.2 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում:

Սա հազվադեպ հանդիպող հիվանդություն է, միջին հաշվով այն հանդիպում է յուրաքանչյուր 100000 երեխայից 3-10-ի մոտ: Այս ավելի հաճախ հանդիպում է դեռահաս տղաների մոտ: Գիրությունը համարվում է նախատրամադրող գործոն:

9.3 Որո՞նք են հիմնական նշանները:

Կաղալը և ցավը, շարժումների սահմանափակումը կոնքազդրային հոդում` հիմնական ախտանշաններն են: Ցավը կարող է տեղակայված լինել ազդրի վերին 2/3-ում կամ ստորին 1/3-ում և

ավելանում է ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ: Երեխաների 15%-ի մոտ ախտահարումը երկկողմանի է:

9.4 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

Ֆիզիկական զննման տվյալները բնորոշ են՝ շարժումների սահմանափակում կոնքազդային հոդում: Ախտորոշումը հաստատվում է ռենտգեն քննության միջոցով, նախընտրելի է աքսիալ (գորտի ոտքերի տեսքով) պրոյեկցիան:

9.5 Ո՞րն է բուժումը:

Այս վիճակը համարվում է օրթոպեդիկ շտապ դեպք և պահանջում է վիրահատական բուժում (ազդոսկրի գլխիկի դիրքի կայունացում մեխերի տեղադրման միջոցով, որոնք գլխիկը պահում են իր դիրքում):

9.6 Ո՞րն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը):

Բուժումը կախված է, թե ինչքան երկար է ազդոսկրի գլխիկը մնացել տեղաշարժված դիրքում մինչև ախտորոշելը, ինչպես նաև տեղաշարժման աստիճանից: Այս տարբեր է յուրաքանչյուր երեխայի մոտ:

10. Օստեոխոնդրոզ (հոմանիշներ են՝ օստեոնեկրոզ, ավասկուլյար նեկրոզ)

10.1 Ի՞նչ է սա:

«Օստեոխոնդրոզ» բառը նշանակում է «ոսկրի մահ»: Սա բազմազան հիվանդությունների մի խումբ է, որի պատճառն անհայտ է և որը բնութագրվում է ախտահարված ոսկրերում ոսկրացման կենտրոնների արյունամատակարարման խանգարումով: Նորածնի ոսկրերը հիմնականում կազմված են աճառից, այս փափուկ հյուսվածքը կյանքի ընթացքում աստիճանաբար փոխարինվում է ավելի հանքայնացված և կայուն հյուսվածքով (ոսկր): Աճառի փոխարինումը ոսկրով յուրաքանչյուր ոսկրում սկսվում է որոշակի հատվածներում, որոնք կոչվում են ոսկրացման կենտրոններ, և ժամանակի ընթացքում տարածվում է ոսկրի մնացած

հատվածներում:

Այս հիվանդությունների հիմնական նշանը ցավն է: Կախված ախտահարված ոսկրից, հիվանդությունը ունենում է տարբեր անուններ:

Ախտորոշումը դրվում է վիզուալիզացնող հետազոտությունների միջոցով: Ռենտգեն քննությամբ հայտնաբերվում են ֆրաքմենտացիաներ ոսկրի ներսում («կղզյակներ» ոսկրի ներսում), կոլապս (քայքայում), սկլերոզ (խտության բարձրացում, ոսկրը ռենտգեն նկարներում սովորականից ավելի «սպիտակ» է) և հաճախ կրկնակի ոսկրագոյացում ոսկրի եզրերի վերակառուցումով: Թեև այս ամենը բավականին ծանր հիվանդության տպավորություն է թողնում, սակայն այսպիսի խանգարումները երեխաների մոտ բավականի հաճախ են հանդիպում և, բացառությամբ ազդկուսի ծանր ախտահարումով ուղեկցվող դեպքերի, մյուս բոլորի դեպքում պրոգնոզները շատ բարենպաստ են: Օստեոխոնդրոզի որոշ տեսակներ այնքան հաճախ են հանդիպում, որ նույնիսկ համարվում են ոսկրի աճի նորմալ տարբերակ (Սևերի հիվանդություն): Մյուսները կարելի է ընդգրկել « գերծանրաբեռվածության համախտանիշի» խմբում (Օսգուտ-Շլատեր, Սինդինգ-Լարսեն—Յոհանսոնի հիվանդություններ):

10.2 Լեգ- Կալվե-Պերտեսի հիվանդություն

10.2.1 Ի՞նչ է սա:

Այս հիվանդությունը բնորոշվում է ազդուսկրի գլխիկի (ազդուսկրի հատված, որով կազմավորվում է կոնքազդրային հոդը) ավասկուլյար նեկրոզով:

10.2.2 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում:

Սա հազվադեպ հանդիպող հիվանդություն է, հաճախականությունը կազմում է 1/10000 երեխայի հաշվարկով: Այս ավելի հաճախ հանդիպում է 3-12 տարեկան (հիմնական տարիքը 4-9 տարեկան) տղաների մոտ (տղա/ աղջիկ հարաբերակցությունը կազմում է 4-5/1):

10.2.3 Որո՞նք են հիմնական նշանները:

Շատ երեխաների մոտ հիվանդությունը արտահայտվում է կաղությանմբ և կոնքազդրային հողերի տարբեր աստիճանի ցավով: Երբեմն ցավ ընդհանրապես չի լինում: Սովորաբար ախտահարվում է ազդոսկրերից միայն մեկը, սակայն մոտ 10% դեպքերում ախտահարումը երկկողմանի է:

10.2.4 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

Կոնքազդրային հողում շարժումները սահմանափակ 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 մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիան հայտնաբերում են ախտաբանական փոփոխությունները ավելի վաղ շրջանում, քան ռենտգենագրաֆիան:

10.2.5 Ո՞րն է բուժումը:

Լեգ- Կալվե-Պերտեսի հիվանդությամբ երեխաները պետք է ուղեգրվեն մանկական օրթոպեդիայի բաժանմունք: Վիզուալիզացիան կարևոր է ախտորոշման համար: Բուժումը կախված է հիվանդության ծանրության աստիճանից: Թեթև ձևերի ժամանակ պահանջվում է միայն հսկողություն, քանի որ ոսկրը վերականգնվում է ինքնուրույն, մի փոքր վնասումով: Ծանր դեպքերում, բուժման նպատակն է պահել ախտահարված ազդոսկրի գլխիկը կոնքազդրային հողում, այս պայմաններում սկսվում է նոր ոսկրագոյացում ազդոսկրի գլխիկի շրջանում և վերականգնում է իր գնդաձևությունը: Այս նպատակին կարելի է հասնել աբդուկցիոն հարմարանքներ հազցնելով (փոքր տարիքի երեխաների մոտ) կամ ազդոսկրի վիրահատական ձևափոխման միջոցով (օստեոտոմիա՝ կտրելով ոսկրի եզրերը այնպես, որ ազդոսկրի գլխիկը մնա նպաստավոր դիրքում, կատարվում է ավելի մեծ երեխաների շրջանում):

10.2.6 Ո՞րն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը):

Հիվանդության ելքը կախված է ազդոսկրի գլխիկի ախտահարման աստիճանից (որքան թեթև է ախտահարումը , այնքան ավելի

բարենպաստ է ելքը) և երեխայի տարիքից (մինչև 6 տարեկան երեխաների շրջանում ելքն ավելի բարենպաստ է): Ողջ վերականգնման պրոցեսը տևում է 2-4 տարի: Ընդհանուր առմամբ, դեպքերի 2/3-ում, ելքը՝ ախտահարված հողի անաատոմիական և ֆունկցիոնալ առումով՝ բարենպաստ է:

10.2.7 Ի՞նչ կատեք առօրյա կյանքի մասին:

Առօրյա կյանքի ակտիվությունը կապված է բուժման եղանակից: Միայն հսկողության տակ գտնվող երեխաները պետք է խուսափեն ազդուսկրի ծանրաբեռնումից (ցատկել, վազել): Սակայն, նրանք կարող են շարունակել իրենց նորմալ դպրոցական կյանքը և մասնակցել այն ֆիզիկական գործողություններին, որոնք ազդուսկրի վրա մեծ ծանրաբեռնվածություն չեն թողնում:

10.3 Օսգուդ- Շլատերի հիվանդություն

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

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

Ռենտգեն քննության տվյալները կարող են նորմալ լինել կամ հայտնաբերվել մեծ ուղքի թմբկության շրջանում ոսկրի փոքր ֆրագմենտներ: Բուժման սկզբունքներն են՝ ֆիզիկական ակտիվության հարմարեցում այնպես, որ դրա ընթացքում երեխան ցավ չունենա, սպորտային պարապմունքներից հետո սառի տեղային օգտագործում և հանգիստ: Ժամանակի ընթացքում բոլոր փոփոխությունները ինքնուրույն անցնում են:

10.4 Սևերի հիվանդություն

Այս վիճակը կոչվում է նաև կրունկային ապոֆիզիտ: Սա կրնկոսկրի

ապոֆիզի օստեոխոնդրոզ է, որը հավանաբար կապված է Աքիլեսյան ջլի կողմից ձգման հետ:

Սա մանկաբուժության մեջ կրունկի ցավերի ամենահաճախ հանդիպող պատճառն է : Սևերի հիվանդությունը օստեոխոնդրոզի այլ ձևերի նման, կապված է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության հետ: Ավելի հաճախ հանդիպում է տղաների մոտ: Սովորաբար սկսվում է 7-10 տարեկանում, կրունկի ցավով, երբեմն նաև ֆիզիկական վարժությունների հետո քայլելու դժվարությամբ: Ախտորոշումը դրվում է ֆիզիկական քննությամբ: Ոչ մի հատուկ բուժման կարիք չկա, բացի նրանից, որ անհրաժեշտ է երեխայի ֆիզիկական ակտիվությունը համապատասխանեցնել այնպես, որ դրա ընթացում կամ հետո երեխան ցավ չունենա, իսկ եթե դա չի օգնում, կարելի է օգտագործել կրունկային բարձիկներ: Ժամանակի ընթացքում փոփոխությունները ինքնուրույն անցնում են:

10.5 Ֆրեբերգի հիվանդություն

Այս վիճակը բնութագրվում է ոտնաթաթի երկրորդ մետատարզալ ոսկրի գլխիկի օստեոնեկրոզով: Պատճառը հավանաբար տրավմատիկ է: Այն հազվադեպ է հանդիպում, հիմնականում դեռահաս աղջիկների մոտ: Ցավը ավելանում է ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ: Ֆիզիկական զննմամբ հայտնաբերվում է ցավոտություն երկրորդ մետատարզալ ոսկրի գլխիկի տակ, երբեմն նույն տեղում լինում է այտուց: Այս ախտորոշումը հաստատվում է ռենտգեն քննությամբ, չնայած գանգատները սկսվելուց հետո կարող է անցնել 2 շաբաթ մինչև առաջանան ռենտգեն փոփոխություններ: Բուժումը ներառում է հանգիստ և մետատարզալ բարձիկի օգտագործում:

10.6 Շաուերմանի հիվանդություն

Շաուերմանի հիվանդություն կամ «Յուվենիլ կիֆոզ (մեջքի կորացում)» ողների մարմինների (յուրաքանչյուր ողի վերին և ստորին ծայրերի ոսկրային հատված) օղային ապոֆիզի օստեոխոնդրոզն է: Այն ավելի հաճախ հանդիպում է դեռահաս տղաների մոտ: Այս հիվանդությունն ունեցող շատ երեխաներ ունենում են սխալ կեցվածք, որը երբեմն ուղեկցվում է ցավով: Ցավը ուժեղանում է ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ, և թուլանում է հանգստի ժամանակ:

Ախտորոշումը հնարավոր է ենթադրել արդեն ֆիզիկական զննման ժամանակ (մեջքի շրջանում սուր անկյան հայտնաբերում) և հաստատվում է ռենտգեն քննությամբ:

Շաուերմանի հիվանդությունն ախտորոշումը հաստատվում է , եթե երեխան ունի ողների սկավառակների անկանոնություն, առնվազն 50 սեպաձև ներհրում առնվազն 3 միմյանց հաջորդող ողների շրջանում:

Շաուերմանի հիվանդությունը սովորաբար հատուկ բուժում չի պահանջում, անհրաժեշտ է համապատասխանեցնել երեխայի ֆիզիկական ակտիվությունը, պարբերաբար զննել, իսկ ծանր դեպքերում կարող է պահանջվել կորսետավորում: