



[www.printo.it/pediatric-rheumatology/AM/intro](http://www.printo.it/pediatric-rheumatology/AM/intro)

## Վերջույթների ցավային համախտանիշներ

Տարբերակ 2016

### 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 ֆրագմենտացիաներ 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 ազդկոսրի 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 ազդոսկրի գլխիկի (ազդոսկրի 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 կաղությանբ և կոնքազդրային հոդերի 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 հոդում 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 ազդուսկրի գլխիկը կոնքազդրային հողում, այս պայմաններում սկսվում է նոր ոսկրագոյացում ազդուսկրի գլխիկի շրջանում և վերականգնում է իր գնդաձևությունը:  
Այս նպատակին կարելի է հասնել աբդուկցիոն հարմարանքներ հազցնելով (փոքր տարիքի երեխաների մոտ) կամ ազդուսկրի վիրահատական ձևափոխման միջոցով (օստեոտոմիա՝ կտրելով ոսկրի եզրերը այնպես, որ ազդուսկրի գլխիկը մնա նպաստավոր դիրքում, կատարվում է ավելի մեծ երեխաների շրջանում):

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

Հիվանդության ելքը կախված է ազդուսկրի 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 կասեք 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 Օսգուղ- Շլատերի հիվանդություն**

Այն առաջանում է ծնկոսկրային ջլի միջոցով մեծ ոլոքի 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 կրանստելը: Ախտորոշումը հաստատվում է ֆիզիկական քննության տվյալներով, շատ բնորոշ է ծնկոսկրի ջիլը մեծ ոլոքին կպման տեղում ցավոտության առկայությունը, երբեմն նույն տեղում լինում է նաև այտուց:

Ռենտգեն քննության տվյալները կարող են նորմալ լինել կամ հայտնաբերվել մեծ ոլոքի 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 ընթացքում 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 «Յուլվենիլ կիֆոզ (մեջքի կորացում)» ողների մարմինների (յուրաքանչյուր ողի վերին և ստորին ծայրերի ոսկրային հատված) օղային ապոֆիզի օստեխոնդրոզն 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 հիվանդությունը 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: