https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/HU/intro

Végtagfájdalom szindrómák

Verzió 2016

1. Bevezetés

Számos gyermekkori betegség okozhat végtagfájdalmat. A „végtagfájdalom szindróma" egy általános kifejezés különböző kórképekre, amelyeknek meglehetősen eltérőek az okaik és klinikai tüneteik, de közös bennük az, hogy folyamatos vagy átmeneti végtagfájdalommal járnak. Ennek a diagnózisnak a felállításához az orvosok vizsgálatokkal próbálják meg megállapítani ismert betegségek jelenlétét, köztük az esetlegesen végtagfájdalmat okozó súlyos megbetegedésekét is.

2. Krónikus, egész testben szétterjedő fájdalom szindróma (korábbi nevén ifjúkori fibromialgia szindróma)

2.1 Mi ez?

A fibromialgia a „fokozott váz-izom rendszeri fájdalom szindrómák" csoportjába tartozik. A fibromialgia egy szindróma (tünetegyüttes), amelyet a felső vagy alsó végtagokra, a hátra, a hasra, a mellkasra, a nyakra és/vagy az állkapocsra kiterjedő, legalább 3 hónapig tartó krónikus váz-izom rendszeri fájdalom jellemez, amely mellett fáradékonyság, nem pihentető alvás, valamint a koncentráló-, problémamegoldó, érvelő- vagy emlékezőképességgel kapcsolatos, változó intenzitású problémák is felléphetnek.

2.2 Milyen gyakori?

A fibromialgia főleg felnőtteknél fordul elő. Gyermekkorban túlnyomórészt serdülőknél jelentkezik, kb. 1%-os gyakorisággal.

A nők gyakrabban érintettek, mint a férfiak. Az ezzel a betegséggel küzdő gyermekeknél számos klinikai tünet megegyezhet a komplex regionális fájdalom szindrómában szenvedők által tapasztaltakkal.

2.3 Mik a jellegzetes klinikai tünetei?

A betegek diffúz (szétterjedő) végtagfájdalomra panaszkodnak, azonban ennek erőssége gyermekenként változhat. A fájdalom a test bármely részét érintheti (a felső és alsó végtagokat, a hátat, a hasat, a mellkast, a nyakat és az állkapcsot).
Az ilyen betegségben szenvedő gyermekeknek általában alvási nehézségeik vannak, és ébredéskor úgy érzik, hogy nem pihenték ki magukat, nem frissültek fel. A másik fő panasz az erőteljes fáradékonyság, amely a fizikai teljesítőképesség csökkenésével társul. A fibromialgiás betegek gyakran számolnak be fejfájásról, végtagduzzanatról (duzzanatot éreznek, de az nem látható), zsibbadásról és néha az ujjaik kékes elszíneződéséről. Ezek a tünetek szorongást, levertséget és sok iskolai hiányzást okoznak.

2.4 Hogyan diagnosztizálható?

A diagnózis alapját a test legalább 3 területére kiterjedő, 3 hónapnál hosszabb generalizált (az egész testre kiterjedő) fájdalom, valamint eltérő mértékű fáradékonyság, nem pihentető alvás és kognitív tünetek (koncentráló-, tanulási, érvelő-, emlékező, döntéshozó és problémamegoldó képességgel kapcsolatos problémák) képezik. Sok betegnél az izmok bizonyos pontokon (kiváltó pontokon) nyomásérzékenyek, jóllehet ez a tünet nem szükséges a diagnózishoz.

2.5 Hogyan kezelhetjük?

Fontos, hogy csökkentsük a betegség által kiváltott szorongást a betegben azáltal, hogy elmagyarázzuk neki és a családjának, hogy bár a fájdalom súlyos és valós, nem áll fenn sem ízületi károsodás, sem súlyos fizikai betegség.
A legfontosabb és leghatásosabb kezelés a fokozatos kardiovaszkuláris testmozgási program, amelyen belül az úszás a leghasznosabb testmozgási forma. A második legfontosabb egy kognitív viselkedésterápia elkezdése egyénileg vagy csoportban. Végül, egyes

betegeknél gyógyszeres kezelésre is szükség lehet az alvás minőségének javítása érdekében.

2.6 Mi a prognózis?

A teljes felépüléshez nagy erőfeszítésekre van szükség a beteg részéről, és nélkülözhetetlen a család támogatása. Általánosságban a betegség kimenetele gyermekeknél kedvezőbb, mint felnőtteknél, és a legtöbben felépülnek. Igen fontos a rendszeres testmozgásra vonatkozó előírások betartása. Serdülőknél lelki támogatásra, valamint alvási problémák, szorongás és depresszió esetén gyógyszeres kezelésre lehet szükség.

3. Komplex regionális fájdalom szindróma – 1. típus (Szinonimái: reflex szimpatikus disztrófia, lokalizált idiopátiás váz-izom rendszeri fájdalom szindróma)

3.1 Mi ez?

Ismeretlen eredetű, rendkívül súlyos végtagfájdalom, amely gyakran bőrelváltozásokkal jár.

3.2 Milyen gyakori?

A gyakorisága nem ismert. Gyakrabban fordul elő serdülőknél (átlagosan 12 éves kor körül alakul ki) és lányoknál.

3.3 Mik a fő tünetei?

Általában régóta fennálló, nagyon erős végtagfájdalom jellemzi, amely nem reagál a különféle terápiákra, és idővel fokozódik. Ez gyakran azt eredményezi, hogy a beteg nem tudja használni az érintett végtagját.
Az emberek többsége számára fájdalommentes érzések, például enyhe érintés is, rendkívül fájdalmas lehet a beteg gyermek számára. Ez a furcsa érzés az úgynevezett „allodínia".
Ezek a tünetek problémákat okoznak a beteg gyermek mindennapi tevékenységeiben, aki gyakran több napig hiányzik az iskolából.
A gyermekek egy alcsoportjában idővel bőrszínváltozások (sápadt vagy lilás, márványos bőr), testhőmérséklet-ingadozások (általában csökkenés), illetve verejtékezés lépnek fel. A végtagok is

megduzzadhatnak. Előfordulhat, hogy a gyermek néha szokatlan helyzetben tartja a végtagját, és egyáltalán nem hajlandó mozogni.

3.4 Hogyan diagnosztizálható?

Néhány évvel ezelőtt ezeknek a szindrómáknak még különböző elnevezéseik voltak, ma már azonban az orvosok komplex regionális fájdalom szindrómáknak hívják őket. A betegséget különböző kritériumok alapján diagnosztizálják.
A diagnózis klinikai, a fájdalom jellemzőin (súlyos, hosszan tartó, az aktivitást korlátozó, terápiára nem reagáló, allodínia jelenléte) és fizikális vizsgálaton alapul.
A betegségre a panaszok és a klinikai tünetek együttes jelenléte jellemző. A diagnózishoz előbb ki kell zárni az általában a háziorvosok, klinikusok vagy gyermekorvosok által kezelhető egyéb betegségeket, mielőtt a pácienst beutalják gyermekreumatológushoz. A laboratóriumi vizsgálatok eredményei szokványosak. Az MRI-vizsgálat a csontok, az ízületek és az izmok nem specifikus elváltozásait mutathatják ki.

3.5 Hogyan kezelhetjük?

A legjobb módszer egy átfogó, intenzív testmozgási terápiás program, amelyet fizikoterapeuták és foglalkozásterapeuták felügyelnek; ez kiegészülhet pszichoterápiával is, de nem feltétlenül. Egyéb kezeléseket is alkalmaztak már önmagukban vagy kombinálva, köztük antidepresszánsokat, biofeedbacket (biológiai visszacsatolást), transzkután elektromos idegstimulációt és viselkedésmódosító technikákat, de ezeknek nem voltak minden kétséget kizáró eredményeik. A fájdalomcsillapítók általában nem hatásosak. A kutatás jelenleg is zajlik, és remélhetőleg a jövőben hatékonyabb kezeléseket fognak kifejleszteni a betegség okainak feltárása után. A kezelés minden érintett számára nehéz: a gyermeknek, a családnak és a kezelést végző egészségügyi személyzetnek is. A betegség által kiváltott stressz miatt általában pszichológiai beavatkozás is szükséges. A kezelés sikertelenségének az oka elsősorban az, hogy a család nehezen fogadja el a diagnózist, és nem mindig tartja be a kezeléssel kapcsolatos ajánlásokat.

3.6 Mi a prognózis?

Ennek a betegségnek kedvezőbb a prognózisa gyermekeknél, mint felnőtteknél. A gyermekek hamarabb fel is épülnek, mint a felnőttek. A felépüléshez azonban időre van szükség, amelynek tartama nagymértékben különbözhet az egyes gyermekeknél. A korai diagnózis és beavatkozás jobb prognózist eredményez.

3.7 Befolyásolja-e a betegség a mindennapi életet?

A gyermekeket bátorítani kell arra, hogy folytassák a testmozgást, rendszeresen járjanak iskolába, és szabadidejük egy részét töltsék társaikkal.

4. Eritromelalgia

4.1 Mi ez?

„Eritermalgia" néven is ismert. A betegség neve 3 görög szóból származik: erythros (piros), melos (végtag) és algos (fájdalom). Rendkívül ritkán fordul elő, bár családokon belül is jelentkezhet. A panaszok megjelenésekor a legtöbb beteg 10 év körüli. Lányoknál gyakoribb.

A panaszok közé tartozik az égő érzés a meleg, kivörösödött és duzzadt lábfejben, és kevésbé gyakran a kézben. A tünetek hő hatására rosszabbodnak, a végtag lehűtésével pedig enyhülnek, annyira, hogy a gyermekek némelyike nem hajlandó kivenni a lábait a jéghideg vízből. Lefolyása szempontjából a betegség könyörtelen. A hő és a nagy erőkifejtéssel járó testmozgás kerülése látszik a leghasznosabb intézkedésnek a betegség kontrollálása tekintetében.

Számos különféle gyógyszert lehet alkalmazni a fájdalomcsillapításra, köztük gyulladáscsökkentőket, fájdalomcsillapítókat és a vérkeringést javító szereket (ún. értágítókat); minden egyes gyermek esetében a kezelőorvos írja fel a legmegfelelőbb kezelést.

5. Növekedési fájdalom

5.1 Mi ez?

A növekedési fájdalom a jóindulatú megnevezése a végtagfájdalom egy

jellegzetes formájának, amely általában 3 és 10 év közötti gyermekeknél jelentkezik. „Gyermekkori jóindulatú végtagfájdalomnak" vagy „kiújuló éjszakai végtagfájdalomnak" is nevezik.

5.2. Milyen gyakori?

A növekedési fájdalom gyakori panasz a gyermekgyógyászatban. Hasonló gyakorisággal fordul elő fiúknál és lányoknál, és a gyermekek 10-20%-át érinti világszerte.

5.3 Mik a fő tünetei?

A fájdalom leginkább a lábszárakban (sípcsontban, vádliban, combban vagy a térd hátsó részében) jelenik meg, általában mindkét oldalon. A nap végén vagy éjszaka jelentkezik, és sokszor felébreszti a gyermeket. A szülők gyakran arról számolnak be, hogy a fájdalom a testmozgás után alakul ki.
A fájdalmas epizódok általában 10-30 percig tartanak, de időtartamuk néhány perctől több óráig terjedhet. A fájdalom lehet enyhe, vagy nagyon súlyos is. A növekedési fájdalmak átmenetiek, a fájdalommentes időszakok napokig vagy akár hónapokig is eltarthatnak. Bizonyos esetekben a fájdalmas epizódok naponta is jelentkezhetnek.

5.4 Hogyan diagnosztizálható?

A diagnózis alapját a jellegzetes fájdalom képezi, amely reggeli tünetmentes időszakkal és normális fizikális vizsgálati eredményekkel társul. A laboratóriumi tesztek és a röntgenvizsgálatok eredménye rendszerint nem kórosak. Az egyéb kórképek kizárása érdekében azonban röntgenvizsgálatra lehet szükség.

5.5 Hogyan kezelhetjük?

A folyamat jóindulatúságának hangsúlyozása csökkenti a szorongást a gyermekben és családjában. A fájdalmas epizódok közben helyi masszázs, forró borogatás és enyhe fájdalomcsillapítók segíthetnek. Azoknál a gyermekeknél, akiknél gyakran jelentkezik, egy adag ibuprofen este segíthet a súlyosabb epizódok enyhítésében.

5.6 Mi a prognózis?

A növekedési fájdalom nem függ össze semmilyen súlyos szervi megbetegedéssel, és általában a gyermekkor végére magától megszűnik. A kor előrehaladtával a fájdalom a gyermekek 100%-ánál elmúlik.

6. Jóindulatú hipermobilitás szindróma

6.1 Mi ez?

A hipermobilitás azokra a gyermekekre utal, akiknek az ízületei rugalmasak vagy lazák. Ízületi laxitásnak (lazaságnak) is nevezik. A gyermekek némelyikénél fájdalom jelentkezhet. A jóindulatú hipermobilitás szindróma (Benign Hypermobility Syndrome – BHS) az ízületek fokozott mobilitása (mozgékonysága) által okozott végtagfájdalomra utal, amelyhez nem társul kötőszöveti betegség. Következésképpen, a BHS nem egy betegség, hanem a normális állapot egy változata.

6.2 Milyen gyakori?

A BHS rendkívül gyakori állapot gyermekeknél és fiataloknál; a 10 évesnél fiatalabbak 10-30%-át érinti, különösen a lányokat. Gyakorisága a kor előrehaladtával csökken. A BHS gyakran előfordul családon belül.

6.3 Mik a fő tünetei?

A hipermobilitás következtében sokszor jelentkezik átmeneti, erős és kiújuló fájdalom a térdben, lábfejben és/vagy bokában a nap végén vagy éjszaka. Azoknál a gyermekeknél, akik zongoráznak, hegedülnek stb., a fájdalom inkább az ujjakat érintheti. A fizikai tevékenységek és a testmozgás kiválthatja vagy fokozhatja a fájdalmat. Ritka esetben enyhe ízületi duzzanat is kialakulhat.

6.4 Hogyan diagnosztizálható?

A diagnózist az ízületi mozgékonyságot mennyiségileg mérő, előre

meghatározott kritériumok, valamint a kötőszöveti betegség egyéb tüneteinek hiánya alapján állítják fel.

6.5 Hogyan kezelhetjük?

Kezelés nagyon ritkán szükséges. Ha a gyermek bizonyos, ismétlődően az ízületekre ható sportot űz, például futballozik vagy szertornázik, és kiújuló ízületi húzódásai/szakadásai vannak, izomerősítő gyakorlatokat kell végeznie, és ízületvédő eszközöket (elasztikus vagy funkcionális kötést vagy szorítót) célszerű használnia.

6.6 Befolyásolja-e a betegség a mindennapi életet?

A hipermobilitás egy jóindulatú állapot, amely a kor előrehaladtával általában elmúlik. A családoknak tisztában kell lenniük azzal, hogy legfőbb kockázata abból adódik, ha megakadályozzák a gyermeket abban, hogy normális életet éljen.
A gyermekeket arra kell bátorítani, hogy fenntartsák a normális tevékenységi szintjüket, így folytassák a kedvenc sportjuk űzését is.

7. Átmeneti szinovitisz (ízületi hártya gyulladása)

7.1 Mi ez?

Az átmeneti szinovitisz a csípőízület ismeretlen eredetű, enyhe gyulladása (kis mennyiségű folyadék az ízületben), amely magától elmúlik anélkül, hogy károsodás maradna utána.

7.2 Milyen gyakori?

Gyermekeknél ez okoz leggyakrabban csípőfájdalmat. A 3 és 10 év közötti gyermekek 2-3%-át érinti. Előfordulási aránya nagyobb a fiúknál (3-4 fiú, 1 lány).

7.3 Mik a fő tünetei?

Fő tünetei a csípőfájdalom és a sántítás. A csípőfájdalom kisugározhat a lágyékba, a felső combba, illetve esetenként a térdbe, általában akkor, ha hirtelen jelenik meg. Leggyakrabban úgy nyilvánul meg, hogy a

gyermek ébredés után sántít, vagy nem hajlandó járni.

7.4 Hogyan diagnosztizálható?

A fizikális vizsgálat eredménye jellegzetes: sántítás és csökkent, fájdalmas csípőmozgás 3 évesnél idősebb, lázmentes gyermeknél, aki egyébként nem látszik betegnek. Az esetek 5%-ában a csípő mindkét oldalára kiterjed. A csípőről készült röntgenfelvétel általában nem mutat kóros állapotot, és rendszerint nincs is rá szükség. Ezzel szemben a csípő ultrahangvizsgálata igen hasznos, a szinovitisz kimutatása szempontjából.

7.5 Hogyan kezelhetjük?

A terápia alapja a pihenés, aminek arányosnak kell lennie a fájdalom mértékével. A nem szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek csökkenthetik a fájdalmat és a gyulladást. A szinovitisz rendszerint átlagosan 6-8 nap elteltével elmúlik.

7.6 Mi a prognózis?

A prognózis rendkívül kedvező, a gyermekek 100%-a felépül (ezért hívjuk átmeneti szinovitisznek). Ha a tünetek 10 napnál hosszabb ideig tartanak, akkor egy másik betegséget kell feltételezni. Nem ritka, hogy az átmeneti szinovitisz kiújul, de ilyenkor általában enyhébb, és rövidebb ideig tart, mint először.

8. Patellofemorális fájdalom – elülső térdfájdalom

8.1 Mi ez?

A patellofemorális fájdalom a leggyakoribb gyermekkori túlterhelési szindróma. Az ebbe a csoportba tartozó rendellenességek a test egy bizonyos részében, főleg az ízületekben és az ínszalagokban alakulnak ki repetitív (ismétlődő) mozgás vagy tartós, testmozgás okozta sérülés miatt. Sokkal gyakoribbak felnőtteknél (tenisz- vagy golfkönyök, csuklóalagút-szindróma stb.), mint gyermekeknél.
A patellofemorális fájdalom azt jelenti, hogy fájdalom alakul ki a térd elülső részében olyan tevékenységek miatt, amelyek fokozott terhelésnek teszik ki a patellofemorális ízületet (azaz a térdkalács (patella) és a combcsont (femur) alsó része által alkotott ízületet).

Amikor a fájdalomhoz már a térdkalács belső felszíni szövetének (a porcnak) az elváltozásai is társulnak, akkor a „térdkalács chondromalaciája" vagy „chondromalacia patellae" orvosi kifejezést használjuk.
A patellofemorális fájdalomnak számos szinonimája van: patellofemorális szindróma, elülső térdfájdalom, a patella chondromalaciája, chondromalacia patellae.

8.2 Milyen gyakori?

Nagyon ritka 8 év alatti gyermekek esetében, és egyre gyakoribb a serdülőkor felé haladva. A patellofemorális fájdalom gyakoribb lányoknál. Gyakoribb lehet még azoknál a gyermekeknél, akiknek a térdében jelentős görbület van, például X-lábuk (genu valgum) vagy „O-lábuk" (genu varum) van, továbbá azoknál, akiknek térdkalács-betegségük van a térd rendellenes állása vagy instabilitása miatt.

8.3 Mik a fő tünetei?

A jellegzetes tünetek közé tartozik az elülső térdfájdalom, amely bizonyos tevékenységek – például futás, lépcsőzés, guggolás vagy ugrálás – hatására rosszabbodik. A fájdalmat fokozhatja még a hosszas ülő helyzet behajlított térdekkel.

8.4 Hogyan diagnosztizálható?

Egészséges gyermekeknél a patellofemorális fájdalmat a klinikai tünetek alapján állítják fel (laboratóriumi tesztek, képalkotó eljárások nem szükségesek). A fájdalom kiváltható a térdkalácsra gyakorolt nyomással vagy a térdkalács felfelé irányuló mozgásának megakadályozásával, amikor a combizom (a négyfejű combizom) összehúzódik.

8.5 Hogyan kezelhetjük?

Azoknak a gyermekeknek a többségénél, akiknél nem áll fenn ezzel összefüggő betegség (például térdgörbületi rendellenesség vagy instabil térdkalács), a patellofemorális fájdalom egy jóindulatú állapot, amely magától elmúlik. Ha a fájdalom akadályozza a sportolást vagy a

mindennapi tevékenységeket, akkor a négyfejű combizmot (kvadricepszet) erősítő gyakorlatok jótékony hatással járhatnak. A fizikális gyakorlatok után a fájdalom jegeléssel enyhíthető.

8.6 Befolyásolja-e ez az állapot a mindennapi életet?

A gyermekek normális életet élhetnek. A testmozgás mértékét úgy kell meghatározni, hogy ne érezzenek fájdalmat. A nagyon aktív gyermekek térdkalács-rögzítő hevederrel ellátott térdszorítót használhatnak.

9. A combfej epifizeolízise

9.1 Mi ez?

Az az állapot, amikor a combfej a növekedési porckorongon keresztül elmozdul. Az oka nem ismert. A növekedési porckorong a csontszövetek közé illeszkedő porclemez a combfejben. Ez a csont leggyengébb része, amely lehetővé teszi annak növekedését. Miután a porckorong mineralizálódik és csontosodik, a csont növekedése abbamarad.

9.2 Milyen gyakori?

Ez egy ritka betegség, amely körülbelül 3-10 gyermeket érint 100 000 közül. Gyakoribb a serdülők, valamint a fiúk körében. Az elhízás minden bizonnyal hajlamosító tényező.

9.3 Mik a fő tünetei?

Fő tünetei a sántítás és a csípő csökkent mozgékonyságával járó csípőfájdalom. A fájdalom a comb felső (kétharmad) vagy alsó (egyharmad) részében érezhető, és testmozgás hatására fokozódik. A gyermekek 15%-ánál a betegség mindkét oldalon érinti a csípőt.

9.4 Hogyan diagnosztizálható?

A fizikális vizsgálat eredménye jellemző, amihez a csípő csökkent mozgásképessége társul. A diagnózist röntgenfelvétellel szokták megerősíteni, amelyet lehetőleg axiális („békaláb") nézetből kell készíteni.

9.5 Hogyan kezelhetjük?

Ez a betegség ortopédiai sürgősségi esetnek minősül, és sebészeti rögzítést igényel (a combfej stabilizálása szögek segítségével, amelyek a helyén tartják).

9.6 Mi a prognózis?

Attól függ, hogy a combfej mennyi ideig volt elcsúszott helyzetben a diagnózis előtt, és hogy milyen mértékű ez az elcsúszás. Gyermekenként változó.

10. Oszteokondrózis (szinonimái: oszteonekrózis, avaszkuláris nekrózis)

10.1 Mi ez?

Az „oszteokondrózis" szó „csontelhalást" jelent. Különböző ismeretlen eredetű betegségeket takar, amelyek fennállása esetén az érintett csontok osszifikációs (csontosodási) magjának vérellátása megszakad. Születéskor a csontok többnyire egy képlékenyebb szövetből, a porcból állnak, amelyet idővel egy ásványi anyagok által megkeményített, ellenállóbb szövet, a csont vált fel. Ez a változás minden egyes csontnál egy meghatározott területen, az úgynevezett csontosodási magokban kezdődik, ahonnan idővel kiterjed a csont többi része felé.
A fájdalom ezeknek a rendellenességeknek az első tünete. Az érintett csonttól függően a betegség különböző neveket kap.
A diagnózist képalkotó eljárásokkal támasztják alá. A röntgen sorban kimutatja a töredezettséget („szigetek" a csonton belül), az összeesést (lebomlást), a szklerózist (fokozott csontsűrűséget, amikor a csont fehérebbnek látszik a röntgenképen) és gyakran a reosszifikációt (új csont képződését), a csont körvonalainak helyreállításával.
Bár súlyos betegségnek tűnhet, elég gyakori gyermekeknél, és a kiterjedt csípőérintettség esetleges kivételével, kitűnő prognózisa van. Az oszteokondrózis egyes formái annyira gyakoriak, hogy a csontnövekedés egyik normális változatának minősülnek (Sever-kór). Egyéb megnyilvánulásai a „túlterheléses szindrómák" csoportjába sorolhatók (Osgood–Schlatter-féle kór, Sinding–Larsen–Johansson-féle

betegség).

10.2 Legg–Calvé–Perthes-kór

10.2.1 Mi ez?

Ez a betegség a combfej (a combcsontnak a csípőhöz legközelebb eső része) avaszkuláris nekrózisával jár.

10.2.2 Milyen gyakori?

Nem gyakori betegség, 10 000 gyermek közül csak 1-et érint. Gyakoribb fiúknál (4-5 fiú, 1 lány) 3 és 12 éves kor között, és különösen 4 és 9 éves kor között jelentkezik.

10.2.3 Mik a fő tünetei?

A legtöbb gyermeknél sántítás és különböző mértékű csípőfájdalom. Néha a beteg egyáltalán nem érez fájdalmat. Általában csak az egyik oldali csípő érintett, de az esetek nagyjából 10%-ában a betegség kétoldali.

10.2.4 Hogyan diagnosztizálható?

A csípő mozgása beszűkül, ami fájdalmat okozhat. A röntgenfelvétel eleinte nem mutat kóros állapotot, de később megjelenik rajta a bevezetőben már leírt progresszió. A csontvizsgálatok és a mágnesrezonanciás vizsgálatok hamarabb kimutatják a betegséget, mint a röntgen.

10.2.5 Hogyan kezelhetjük?

A Legg–Calvé–Perthes-kórban szenvedő gyermekeket minden esetben be kell utalni a gyermekortopédiai osztályra. A képalkotó vizsgálat elengedhetetlen a diagnózis felállításához. A kezelés a betegség súlyosságától függ. Nagyon enyhe esetekben elég a megfigyelés, mivel a csont magától meggyógyul, és csak csekély mértékű károsodás keletkezik benne.
A súlyosabb esetekben a kezelés célja, hogy az érintett combfejet a

csípőízületen belül tartsa, hogy amikor új csont kezd képződni, akkor a combfej a gömbölyű alakja kialakulhasson..
Ezt a célt elősegítheti az úgynevezett abdukciós (térdeket felhúzott, széttárt helyzetben tartó) (Pavlik) kengyel használata (kisebb gyermekeknél), vagy a combcsont sebészi újraformálása (oszteotómia, a csont átvágása annak érdekében, hogy a combfejet jobb pozícióba lehessen helyezni) (idősebb gyermekeknél alkalmazzák).

10.2.6 Mi a prognózis?

A prognózis a combfej érintettségének mértékétől (minél kisebb, annál jobb) és a gyermek életkorától függ (jobb, ha 6 év alatti). A teljes felépülés 2-4 évet vesz igénybe. Összességében, az érintett csípők kb. kétharmadánál jó a betegség hosszú távú anatómiai és funkcionális kimenetele.

10.2.7 Befolyásolja-e a betegség a mindennapi életet?

A mindennapi tevékenységekre vonatkozó korlátozások az alkalmazott kezeléstől függnek. A megfigyelés alatt tartott gyermekeknek kerülniük kell a csípő fokozott terhelését (ugrálás, futás). Ennek ellenére folytatniuk kell az egyébként normális iskolai életüket, és részt kell venniük minden egyéb tevékenységben, kivéve ha az nagy súlyú tárgyak emelésével jár.

10.3 Osgood–Schlatter-kór

A térdkalácsín tapadási helyénél – a tuberositas tibiae (kis csontos taraj a lábszár felső részén) – levő csontosodási mag ismételt sérülésének következtében alakul ki. A serdülők kb. 1%-ánál fennáll, gyakrabban azoknál, akik sportolnak.
A fájdalom fokozódik az olyan tevékenységnél, mint a futás, ugrálás, lépcsőzés és térdelés. A diagnózist fizikális vizsgálat alapján állítják fel; jellegzetessége az érzékenység vagy fájdalom, néha duzzanat ott, ahol a térdkalácsín a sípcsonthoz tapad.
A röntgenfelvételek vagy negatívak, vagy kis csontdarabkákat mutatnak a tuberositas tibiae területén. A kezelés keretében beállítják a beteg aktivitási szintjét úgy, hogy ne legyenek fájdalmai; ennek érdekében a sportolás után jegelés és pihenés javasolt. A betegség

idővel elmúlik.

10.4 Sever-kór

Latin nevén „calcaneus apophysitis". Ez a sarokcsont csontosodási magjának oszteokondrózisa, amelyet feltehetően az Achilles-ín által a sarokcsontra kifejtett húzó hatás vált ki.
Gyermekeknél és serdülőknél ez egyike a sarokfájdalom leggyakoribb okainak. Az oszteokondrózis egyéb formáihoz hasonlóan a Sever-kór az aktivitás szintjétől függ, és gyakoribb férfiaknál. Általában 7-10 éves kor körül kezdődik, sarokfájdalommal és alkalmanként testmozgás utáni sántítással jár.
A diagnózist klinikai vizsgálat alapján állítják fel. Egyedüli kezelésként a gyermek aktivitásának szintjét úgy kell beállítani, hogy ne legyenek fájdalmai. Ha ez nem működik, sarokvédő párnát kell használni. A betegség idővel elmúlik.

10.5 Freiberg-kór

Ez a betegség a második lábközépcsontj fejének oszteonekrózisa (csontelhalása). Feltehetően trauma okozza. Nem gyakori, és leginkább a serdülő lányokat érinti. A fájdalom a fizikai aktivitással arányosan fokozódik. A fizikális vizsgálat a második lábközépcsont feje felett nyomásérzékenységet, alkalmanként duzzanatot mutat ki. A diagnózist röntgenvizsgálattal erősítik meg, bár előfordulhat, hogy akár két hét is eltelik a tünetek megjelenése és az elváltozások kimutatása között. A kezelésnek magában kell foglalnia a pihenést és haránteme lő használatát.

10.6 Scheuermann-kór

A Scheuermann-kór vagy „ifjúkori kifózis (hátra domború görbület)" a csigolyatest gyűrű alakú apofízisének (a csigolya felső és alsó részén lévő csontnak) az oszteonekrózisa (csontelhalása). Leggyakrabban serdülő fiúknál fordul elő. Az érintett gyermekek többségének rossz a testtartása, és esetleg hátfájdalmai lehetnek. A fájdalom az aktivitási szinttől függ, és pihenéssel enyhíthető.
A diagnózist vizsgálattal (a hát éles szögben történő behajlításával) lehet gyanítani és röntgenvizsgálattal lehet megerősíteni.

A Scheuermann-kór diagnosztizálásához a gyermeknél rendellenességek kell legyenek a csigolya zárólemezein, és legalább három egymás utáni csigolyának 5 fokos szögben meghajlott ék alakot kell elöl képeznie.
A Scheuermann-kór általában nem igényel kezelést azonkívül, hogy a gyermek aktivitási szintjét be kell állítani, a beteget megfigyelés alatt kell tartani, és súlyos esetekben hátmerevítő használatát kell előírni számára.