www.printo.it/pediatric-rheumatology/LV/intro

Sāpju Sindromi

Versija 2016

1. Ievads

Daudzas bērnu slimības var izraisīt sāpes. Vārds "sāpju sindroms" ir vispārējs termins, kas apzīmē dažādus medicīniskos stāvokļus ar salīdzinoši atšķirīgiem cēloņiem un klīniskajām izpausmēm, kas norit ar neregulārām vai nepārtrauktām sāpēm. Lai uzstādītu šo diagnozi, ārstam jāveic izmeklējumi, pārbaudot zināmās slimības, tostarp pat vissmagākās, kas var izraisīt sāpju sindromu.

2. Hronisks plašs sāpju sindroms (agrāk dēvēts par juvenīlās fibromialģijas sindromu)

2.1. Kas tas ir?

Fibromialģija pieder pie "muskuļu un skeleta sāpju sindroma" grupas. Fibromialģija ir slimība, kurai raksturīgas ilgstošas, plaši lokalizētas muskuļu un skeleta sāpes, kas skar augšējās un apakšējās ekstremitātes, kā arī muguru, vēderu, krūtis, kaklu un/vai žokli vismaz 3 mēnešu garumā, ko pavada nogurums, miega traucējumi un mainīgas intensitātes uzmanības problēmas, apgrūtinātas problēmu risināšanas spējas, kas saistītas ar atmiņas traucējumiem.

2.2. Cik bieži slimība sastopama?

Fibromialģija galvenokārt skar pieaugušos. Pediatrijā slimība galvenokārt novērota pusaudžu vecumā, apmēram 1% gadījumu. Sievietes slimo biežāk nekā vīrieši. Bērniem, kas slimo ar šo slimību, ir kopīgas daudzas klīniskās pazīmes ar tiem, kuri cieš no kompleksa reģionālā sāpju sindroma.

2.3. Kādas ir slimībai raksturīgās klīniskās izpausmes?

Pacienti sūdzās par difūzām sāpēm dziļajos audos. Sāpju smagums katram bērnam ir atšķirīgs. Sāpes var skart jebkuru ķermeņa daļu (augšējās un apakšējās ekstremitātes, muguru, vēderu, krūtis, kaklu un žokli).

Bērniem raksturīgi miega traucējumi un apgrūtināta pamošanās no rītiem, kas saistīta ar miega traucējumiem. Vēl viena no galvenajām sūdzībām ir nogurums, kuru pavada samazinātas fiziskās spējas. Pacienti ar fibromialģiju cieš no biežām galvassāpēm, ekstremitāšu pietūkuma (pietūkuma sajūta, lai gan pietūkums nav redzams), nejutīguma, kā arī dažkārt pacientiem vērojami zilganas krāsas pirksti. Šie simptomi izraisa dusmas, depresiju un skolas kavējumus.

2.4. Kā tā tiek diagnosticēta?

Uz diagnozi norāda sāpes 3 ķermeņa daļās, kas norisinās ilgāk par 3 mēnešiem, kopā ar dažādu pakāpju nogurumu, nepilnvērtīgu miegu un kognitīvo spēju traucējumiem (uzmanība, mācīšanās, spriest spējas, atmiņa, lēmumu pieņemšana un problēmu risināšana). Daudziem pacientiem ir jutīgi muskuļu punkti noteiktās vietās, taču šī atrade nav nepieciešama diagnozes uzstādīšanai.

2.5. Kā šo slimību var ārstēt?

Svarīgs faktors slimības ārstēšanā ir slimības izraisītā nemiera samazināšana, izskaidrojot pacientam un viņa ģimenei to, ka neraugoties uz reālām un stiprām sāpēm, tā nav nopietna saslimšana un neizraisa locītavu bojājumus vai nopietnu fizisku saslimšanu. Svarīgākā un efektīvākā ārstēšanas pieeja ir kardiovaskulāra treniņa programmas uzsākšana, viens no piemērotākajiem sporta veidiem ir peldēšana. Otrkārt, jāuzsāk kognitīvi biheiviorālā terapija individuāli vai grupā. Dažiem pacientiem ir nepieciešama medikamentozā terapija, kas uzlabo miega kvalitāti.

2.6. Kāda ir slimības prognoze?

Pilnīga atveseļošanās prasa lielas pūles gan no pacienta, gan nozīmīgu

atbalstu no ģimenes. Atveseļošanās process bērniem norit daudz labāk nekā pieaugušajiem un liela daļa no viņiem atveseļojas pilnībā. Ļoti svarīgi ir veikt atbilstoši izstrādātu fizisko vingrinājumu programmu. Pusaudžiem nepieciešams psiholoģiskais atbalsts, kā arī var tikt nozīmēti medikamenti miega kvalitātes uzlabošanai, dusmu lēkmēm un depresijai.

3. Kompleksais reģionālais sāpju sindroms, 1. tips (Sinonīms: refleksa simpātiskā distrofija, lokalizēts idiopātisks muskuloskeletālo sāpju sindroms)

3.1. Kas tas ir?

Nezināma cēloņa izraisītas ļoti stipras sāpes locekļos, bieži saistītas ar ādas izmaiņām.

3.2. Cik bieži slimība sastopama?

Nav drošu datu, kas atspoguļotu saslimstības biežumu. Slimība biežāk sastopama pusaudžu vidū (vidējais vecums – 12 gadi), kā arī biežāk novērota meitenēm.

3.3. Kādi ir slimības galvenie simptomi?

Parasti ir ilgstošas un ļoti stipras sāpes locekļos, kas nereaģē uz dažādām terapijām un laika gaitā pastiprinās. Bieži vien tas noved pie skartās ekstremitātes nespējas pilnvērtīgi funkcionēt.
Tādas sajūtas kā viegls pieskāriens, vairumam cilvēku ir nesāpīgas, taču mazajiem slimniekiem tās var izraisīt ārkārtīgi spēcīgas sāpes. Šīs dīvainās sajūtas sauc par "allodīniju".
Šo simptomu kombinācija slimajiem bērniem sagādā grūtības ikdienas aktivitātēs un viņiem nākas kavēt skolu.
Daļai bērnu laika gaitā rodas ādas krāsas izmaiņas (parādās bāli vai purpura krāsas izsitumi), ķermeņa temperatūras izmaiņas (parasti pazemināta) vai svīšana. Dažreiz bērns sēž neparastā pozā, atsakoties kustināt sāpīgo ekstremitāti.

3.4. Kā tā tiek diagnosticēta?

Pāris gadus atpakaļ šie simptomi tika dēvēti dažādos vārdos, taču mūsdienās ārsti lieto vienotu apzīmējumu – komplekss reģionalais sāpju sindroms. Slimības diagnostikai tiek lietota virkne kritēriju.
Diagnoze ir klīniska, kas balstīta uz sāpju raksturu (stipras, ilgstošas, aktivitāti ierobežojošas, nereaģē uz ārstēšanu; allodīnija) un fizikālo izmeklēšanu.
Sūdzību un klīnisko izmeklējumu kombinācija ir diezgan raksturīga. Pirms vēršanās pie bērnu reimatologa, pediatram vai ārstējošajam ārstam jāizslēdz citu slimību iespējamība. Laboratoriskie izmeklējumi ir normas robežās. MR var uzrādīt nespecifiskas kaula, locītavu vai muskuļu izmaiņas.

3.5. Kāda ir ārstēšana?

Vislabākā pieeja ir uzsākt spēcinošu fizisko nodarbību programmu fizioterapeita un terapijas speciālista pārraudzībā, ar vai bez psihoterapijas. Citi ārstēšanas veidi var tikt izmantoti atsevišķi vai kombinācijā (tostarp antidepresanti, bioloģiska atgriezeniskā saite, transkutāna elektriska nerva stimulācija, uzvedības modifikācija) ir piedāvāti bez noteiktiem rezultātiem. Šobrīd norisinās pētījumi ar cerībām noskaidrot slimības cēloņus, kas sniegtu veiksmīgākas ārstēšanas iespējas nākotnē. Ārstēšana ir apgrūtinoša visiem tajā iesaistītajiem: bērniem, ģimenei un ārstējošajiem ārstiem. Parasti nepieciešama arī psiholoģiska palīdzība, slimības izraisītā stresa dēļ. Galvenie cēloņi neveiksmīgai ārstēšanai ir ģimenes atteikšanās akceptēt uzstādīto diagnozi, kā arī ārsta norādījumu ievērošana.

3.6. Kāda ir slimības prognoze?

Šīs slimības gadījumā labāka prognoze ir bērniem nekā pieaugušajiem. Vairums bērnu atveseļojas ātrāk nekā pieaugušie. Tomēr atveselošanās prasa laiku un katram bērnam norisinās atšķirīgi. Agri uzstādīta diagnoze un ārstēšanas uzsākšana sniedz labāku prognozi nākotnei.

3.7. Kā ir ar ikdienas dzīvi?

Bērnu jāmudina saglabāt normālu fizisko aktivitāšu līmeni, apmeklēt skolu regulāri un pavadīt brīvo laiku kopā ar saviem vienaudžiem.

4. Eritromelalģija

4.1. Kas tas ir?

Tā pazīstama arī kā "eritermalģija". Slimības nosaukums veidots no 3 grieķu valodas vārdiem: erythros (sarkans), melos (loceklis) un algos (sāpes). Tā ir ārkārtīgi reta, lai gan to var novērot atkārtoti vienas ģimenes ietvaros. Vairums bērnu ir aptuveni 10 gadu vecumā, kad sāk parādīties pirmās sūdzības. Slimība biežāk sastopama meitenēm nekā zēniem.

Slimībai raksturīga dedzinoša sajūta, ar apsārtumu, pietūkumu un sildošu sajūtu pēdā vai retākos gadījumos – rokās. Simptomus pastiprina karstuma iedarbība un samazina ekstremitātes atdzesēšana līdz pat tam, ka bērns atsakās izņemt pēdas no ledusauksta ūdens. Slimība laika gaitā nekļūst vieglāka. Izvairīšanās no karstuma un smagām slodzēm ir visefektīvākais slimības kontrolēšanas mehānisms. Sāpju mazināšanai var tikt izmantoti dažādi medikamenti, to skaitā pretiekaisuma un pretsāpju medikamenti, kas ļauj uzlabot asins cirkulāciju (vazodilatatori); ārsts izraksta katram pacientam piemērotāko medikamentu.

5. Augšanas sāpes

5.1. Kas tas ir?

Augšanas sāpes ir labdabīgs sindroms, kas apzīmē sāpju veidu ekstremitātēs un parasti sastopams bērniem no 3 līdz 10 gadu vecumā. Tās tiek dēvētas par "bērnības labdabīgajām sāpēm" vai "atkārtotām ekstremitāšu sāpēm naktīs".

5.2. Cik bieži tās sastopamas?

Augšanas sāpes ir vienas no izplatītākajām pacientu sūdzībām pediatrijā. Tās vienlīdz bieži skar gan zēnus, gan meitenes, kas kopumā visā pasaulē veido 10 – 20% bērnu.

5.3. Kādi ir galvenie simptomi?

Sāpes galvenokārt parādās kājās (lielos, ceļgala un augšstilba

aizmugurē) un parasti ir abpusējas. Tās parādās dienas izskaņā vai naktī, kas liek bērnam pamosties. Vecākiem visbiežāk šķiet, ka sāpes parādījušās pēc fiziskām aktivitātēm.
Sāpes parasti ilgst no 10 līdz 30 minūtēm, lai gan to diapazons var ilgt no minūtēm līdz pat stundām. Sāpju intensitāte var būt viegla vai ļoti smaga. Augšanas sāpes ir intermitējošas, ar bezsāpju periodiem no dienu līdz pat mēnešu garumā. Dažos gadījumos sāpes var būt katru dienu.

5.4. Kā tās diagnosticē?

Uz diagnozi norāda raksturīgās sāpju izpausmes kombinācijā ar normāliem fizikālās izmeklēšanas rezultātiem. Nav vajadzības veikt laboratoriskas analīzes vai rentgenizmeklējumus, jo tie vienmēr būs normas robežās. Tomēr rentgenizmeklējumi var tikt nozīmēti ar mērķi izslēgt citas iespējamās patoloģijas.

5.5. Kāda ir ārstēšana?

Augšanas sāpju labdabīgā rakstura izskaidrošana samazina nemieru bērnam un ģimenei. Sāpju laikā var palīdzēt viegla masāža, sildīšana vai viegli pretsāpju līdzekļi. Bērniem, ar biežām sāpju epizodēm, ibuprofēna deva vakarā var palīdzēt kontrolēt smago sāpju epizodes.

5.6. Kāda ir slimības prognoze?

Augšanas sāpes nav saistītas ar nopietnu organisku saslimšanu un parasti izzūd vēlā bērnībā. Noskaidrots, ka100 % gadījumu, sāpes izzūd bērnam pieaugot.

6. Labdabīgs hipermobilitātes sindroms

6.1. Kas tas ir?

Labdabīgs hipermobilitātes sindroms skar bērnus, kuriem ir elastīgas vai vaļīgas locītavas. Tās dēvē arī par vaļīgām locītavām. Dažiem bērniem tās var sāpēt. Labdabīgs hipermobilitātes sindroms (LHS) attiecināms uz sāpēm ekstremitātēs, kas rodas sakarā ar paaugstinātu locītavu kustīgumu (kustību apjomu), bez jebkādas saistības ar iedzimtu vai

saistaudu slimību. Tāpēc LHS netiek uzskatīta par slimību, bet gan par normas variāciju.

6.2. Cik bieži slimība sastopama?

LHS ir ļoti bieži sastopams bērnu un jauniešu vidū, apmēram 10 līdz 30% gadījumu bērni ir jaunāki par 10 gadiem un parasti tās ir meitenes. Tā biežums samazinās līdz ar vecumu. LHS ģimenēs bieži atkārtojas.

6.3. Kādi ir galvenie simptomi?

Hipermobilitāte bieži izraisa intermitējošas, dziļas un atkārtotas sāpes ceļgalos, pēdās un/vai potītēs, kas raksturīgas dienas izskaņā vai naktī. Ja bērns spēlē klavieres, vijoli vai kādu citu instrumentu, tad var tikt skarti pirksti. Fiziskas aktivitātes var izraisīt vai pastiprināt sāpes. Retākos gadījumos novērojams viegls locītavu pietūkums.

6.4. Kā to diagnosticē?

Pamatojoties uz noteiktu kritēriju kopumu, kas kvantitatīvi raksturo locītavu kustīgumu un izslēdzot simptomus, kas varētu attiekties uz saistaudu slimībām.

6.5. Kāda ir ārstēšana?

Ļoti reti ir nepieciešama ārstēšana. Ja bērns nodarbojas ar noteiktu sporta veidu, kā piemēram, futbolu vai vingrošanu, kuram raksturīgi atkārtoti locītavu sastiepumi/plīsumi, tad jālieto muskuļus nostiprinoši un locītavu aizsargājoši apsēji (elastīgās vai funkcionālās saites).

6.6. Kāda ir ikdienas dzīve?

Hipermobilitāte ir labdabīgs stāvoklis, kas ar vecumu samazinās. Ģimenei jāsaprot, ka galvenais risks ir bērna pārlieku rūpīga sargāšana no pilnvērtīgas dzīves.
Bērni ir jāmudina uzturēt normālu aktivitātes līmeni, kas ietver nodarbošanos ar jebkuru viņus interesējošu sporta veidu.

7. Tranzitors sinovīts

7.1. Kas tas ir?

Nezināma cēloņa izraisīta šķidruma uzkrāšanās gūžas locītavā, kas pats no sevis izzūd, neatstājot bojājumus.

7.2. Cik bieži tas sastopams?

Tas ir biežākais gūžu sāpju cēlonis pediatrijā. Tas skar 2 – 3% bērnu vecumā no 3 līdz 10 gadiem. Biežāk sastopams zēniem (vienai meitenei uz katriem 3 vai 4 zēniem).

7.3. Kādi ir galvenie simptomi?

Sāpes gūžā un klibošana. Gūžas sāpes, kas parasti sākas pēkšņi, var izpausties kā sāpes cirksnī, augšstilba augšējā daļā vai dažkārt ceļgalos. Visbiežāk sastopamais simptoms ir klibošana pēc pamošanās vai arī bērna atteikšanās staigāt.

7.4. Kā to diagnosticē?

Fizikālā izmeklēšana norāda uz raksturīgajiem simptomiem: samazinātas un sāpīgas kustības gūžā bērnam, kurš ir vecāks par 3 gadiem un nav slims. Abas gūžas locītavas var tikt skartas 5 % gadījumu. Rentgena uzņēmumi ir normāli, tāpēc nav nepieciešams tos nozīmēt. Savukārt, gūžu ultrasonogrāfija ir ļoti noderīga gūžu sinovīta gadījumā.

7.5. Kāda ir ārstēšana?

Ārstēšanas pamatā ir atpūta, kurai jābūt proporcionālai sāpju intensitātei. Sāpes un iekaisumu palīdz samazināt nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi. Stāvoklis parasti uzlabojas 6 – 8 dienu laikā.

7.6. Kāda ir prognoze?

Prognoze ir lieliska, jo pilnībā atveseļojas 100% bērnu (slimība ir īslaicīga). Ja simptomi saglabājas ilgāk par 10 dienām, tad jāizvērtē citu slimību iespējamība. Parasti tranzitoram sinovītam nav raksturīgi attīstīt jaunas slimības epizodes; šīs epizodes parasti ir vieglākas un īsākas par pirmajām.

8. Patellofemorālās sāpes – sāpes ceļgalā

8.1. Kas tas ir?

Patellofemorālās sāpes ir visbiežākais pārslodzes sindroms pediatrijā. Pārslodzes slimības rada ar atkārtotām kustībām vai ilgstošu piepūli saistīti ievainojumi konkrētā ķermeņa apvidū, noteiktās locītavās un cīpslās. Šie traucējumi biežāk novēroti pieaugušajiem (tenisista vai golfista elkonis, karpālā tuneļa sindroms u.c.) nekā bērniem.
Patellofemorālās sāpes ir sāpes ceļgala locītavas priekšpusē darbības veikšanas brīdī, kas uzliek papildus slodzi patellofemorālai locītavai (to veido ceļa kauliņš – patella un augšstilba kaula apakšējā daļa).
Ja sāpes ir saistītas ar izmaiņām ceļa kauliņa uz iekšpusi vērstās virsmas audos (skrimslī), tad lieto nosaukumu "patellas hondromalācija" jeb "chondromalacia patellae."
Patellofemorālās sāpes apzīmē ar vairākiem sinonīmiem: patellofemorālais sindroms, ceļgala locītavas sāpes, patellas hondromalācija, chondromalacia patellae.

8.2. Cik bieži tās sastopamas?

Sāpes ir retos gadījumos sastopamas bērniem, kas jaunāki par 8 gadiem, to sastopamība palielinās pusaudžu vecumā. Patellofemorālās sāpes biežāk rodas meitenēm. Tās biežāk sastopamas arī bērniem ar izmaiņām ceļa locītavas leņķī, tādā kā x-veida kājām (genu valgum) vai o-veida kājām (genu varum), tāpat bērniem ar ceļa kauliņa slimībām (atkārtota nobīde un locītavu virsmu neatbilstība).

8.3. Kādi ir galvenie simptomi?

Raksturīgie simptomi ir sāpes ceļgala locītavas priekšpusē, kas pastiprinās pie slodzes, kā piemēram, skriešana, uzkāpšana vai nokāpšana pa kāpnēm, tupēšana vai lēkāšana. Sāpes pastiprina arī ilgstoša sēdēšana ar saliektu ceļgalu.

8.4. Kā to diagnosticē?

Patellofemorālās sāpes veseliem bērniem ir klīniska diagnoze

(laboratorijas analīzes vai rentgenizmeklēšana nav nepieciešama). Sāpes var izsaukt, uzspiežot ceļgala kauliņam vai kavējot tā kustību augšup pie savilkta augšstilba (četrgalvu) muskuļa.

8.5. Kāda ir ārstēšana?

Vairumam bērnu bez citām slimībām (tādām kā ceļa locītavas leņķa deformācija vai patellāra nestabilitāte), patellofemorālās sāpes ir labdabīgs stāvokis, kas izzūd pats no sevis. Ja sāpes traucē sportam vai ikdienas aktivitātēm, tad palīdzēt var četrgalvu muskuļa spēcināšanas programma. Ledus kompreses var atvieglot sāpes pēc fiziskās slodzes.

8.6. Kāda ir ikdienas dzīve?

Bērniem jādzīvo normāla dzīve. Fiziskās slodzes līmenis jāpielāgo spējām tā, lai bērns nejustu sāpes. Ļoti aktīviem bērniem ieteicams lietot ceļgala saiti ar ceļgala siksnu.

9. Augšstilba kaula galviņas epifiziolīzes pārvietošanās

9.1. Kas tas ir?

Tā ir nezināma iemesla izraisīta augšstilba kaula galviņas noslīdēšana, kas notiek augšanas zonā. Augšanas zona ir skrimšļa slānis, kas atrodas starp kaulaudiem. Tā ir vājākā kaula daļa, kas ļauj tam augt. Augšanas zonai mineralizējoties, kaula augšana apstājas.

9.2. Cik bieži slimība sastopama?

Tā ir reta slimība, kas skar 3 – 10 bērnus uz 100 000 bērnu. Tā ir biežāk sastopama pusaudžu un zēnu vidū. Aptaukošanās veicina slimības attīstību.

9.3. Kādi ir slimības galvenie simptomi?

Klibošana un gūžu sāpes ir saslimšanas galvenie simptomi, kas ierobežo kustību brīvību. Sāpes var rasties augšstilbā (2/3) vai apakšstilbā (1/3), kā arī pastiprināties fizisku aktivitāšu laikā. 15% bērnu slimība skar abas gūžas.

9.4. Kā to diagnosticē?
Jāveic fizikālā izmeklēšana, lai konstatētu samazinātu gūžu kustīgumu. Diagnozi apstiprina rentgenizmeklēšana, vēlams aksiālā virzienā vai saliektā pozā.

9.5. Kāda ir ārstēšana?
Ārstēšanā nepieciešama ķirurģiska iejaukšanās. Augšstilba kaula galviņa tiek stabilizēta ar stiepļu ievadīšanu, kas palīdzēs kauliņu noturēt vietā.

9.6. Kāda ir prognoze?
Prognoze ir atkarīga no gūžas kaula galviņas noslīdēšanas ilguma pirms diagnozes uzstādīšanas un noslīdēšanas pakāpes, kas katram bērnam ir atšķirīga.

10. Osteohondroze (Sinonīmi:osteonekroze, avaskulāras nekrozes)

10.1. Kas tas ir?
Vārds "osteohondroze" nozīmē "kaula bojāeja". Tā ir atšķirīgu slimību grupa, kuru cēloņi ir nezināmi un kuras raksturo asins pieplūdes traucējumi primārajam un sekundārajam pārkaulošanās (osifikācijas) centram skartajos kaulos. Piedzimstot, kauli galvenokārt sastāv no mīkstākiem audiem – skrimšļa, kas vēlāk izveidojas par vairāk mineralizētiem un izturīgākiem audiem – kaulu.
Sāpes ir galvenais simptoms, kas liecina par traucējumiem. Slimības skartais kauls nosaka slimības veidu – nosaukumu.
Diagnozi apstiprina ar rentgenizmeklējumiem. Tie parāda kaula fragmentāciju ("saliņas" kaulā), sairšanu, sklerozi (palielināts blīvums, kauls uzņēmumos izskatās "baltāks") un bieži – reosifikāciju (jauna kaula veidošanos) ar kaula kontūru atjaunošanos.
Lai gan tā izklausās pēc nopietnas slimības, tā ir diezgan bieži sastopama bērniem un tai ir lieliska atveseļošanās prognoze, ja gūžā nav radušies izteikti bojājumi. Dažas no osteohondrozēm ir tik bieži

sastopamas, ka tiek uzskatītas par kaula attīstības "normālu stāvokli" (Severa slimība). Citas var pieskaitīt pie pārslodzes sindromiem (Osgood-Schlatter, Sinding-Larsen-Johansson slimības).

10.2. Leg-Kalve-Pertesa (Legg-Calve-Perthes) slimība

10.2.1. Kas tas ir?

Gūžas kaula galviņas avaskulāra nekroze (tā ir augšstilba kaula daļa, kas ir vistuvākā gūžai).

10.2.2. Cik bieži slimība sastopama?

Tā ir samērā reti sastopama slimība (1:10 000). Tā ir daudz biežāk sastopama zēniem (4 vai 5 zēni pret katru meiteni) vecumā no 3 līdz 12 gadiem un īpaši sastopama bērniem vecumā no 4 līdz 9 gadiem.

10.2.3. Kādi ir slimības galvenie simptomi?

Vairums bērnu cieš no klibošanas un sāpēm gūžās, taču dažkārt sāpju nav. Parasti iesaistīta ir viena gūžas locītava, bet apmēram 10 % gadījumu slimība skar abas.

10.2.4. Kā to diagnosticē?

Kustības gūžā ir ierobežotas un var būt sāpīgas. Rentgena uzņēmumi sākumā var būt normāli, bet vēlāk parādās slimības progress, kā tas minēts ievadā. Ar kaulu skenēšanu un magnētisko rezonansi slimību var atklāt agrāk nekā ar parastiem rentgena uzņēmumiem.

10.2.5. Kāda ir ārstēšana?

Bērni ar Legg-Calve Perthes slimību vienmēr tiek nosūtīti uz bērnu ortopēdijas nodaļu. Izmeklējumi ir svarīgi diagnozes uzstādīšanai. Ārstēšana ir atkarīga no slimības smaguma pakāpes. Nekomplicētos gadījumos var pietikt ar novērošanu, jo kauls spēj sevi sadziedēt. Daudz smagākos gadījumos ārstēšanas mērķis ir noturēt augšstilba kaula galviņu gūžas locītavā, jo kad sākas jauna kaula veidošanās, tad augšstilba galviņa atgūst tās sfērisko formu.

Šo mērķi var sasniegt valkājot abdukciju nostiprinošus līdzekļus (jaunākiem bērniem) vai ķirurģiski atjaunojot galviņas formu (osteotomija, kaula ķīļa lietošana, lai noturētu galviņu labākā pozīcijā vecākiem bērniem).

10.2.6. Kāda ir atveseļošanās prognoze?

Tā atkarīga no tā, cik lielā mērā ir iesaistīta augšstilba kaula galviņa (jo mazāk, jo labāk), kā arī no bērna vecuma (labāka bērniem līdz 6 gadu vecumam). Pilnīga atveseļošanās aizņems 2 – 4 gadus. Kopumā, aptuveni 2/3 no pacientiem, ir ilgstoši labs radiogrāfisks rezultāts.

10.2.7. Kāda ir ikdienas dzīve?

Tā ir atkarīga no pielietotās ārstēšanas. Novērošanā esošiem bērniem jāizvairās no smagas slodzes uz gūžām (lēkšana, skriešana). Tomēr citādi viņi var iekļauties normālā skolas dzīvē un piedalīties visās citās aktivitātēs, kas neietver slodzi ar liela svara nešanu.

10.3. Osguda-Šlatera (Osgood-Schlatter) slimība

To izraisa lielā liela kaula tuberozes (maza kaula izaugums apakšstilba augšējā daļā) atkārtota trauma ar ceļgala kauliņa cīpslu. Šī trauma sastopama apmēram 1% pusaudžu, biežāk tiem, kuri nodarbojas ar sportu.

Sāpes pastiprinās pie tādām aktivitātēm kā skriešana, lēkšana, uzkāpšana vai nokāpšana pa kāpnēm un stāvēšana uz ceļiem. Diagnozi uzstāda klīniski izmeklējot, ļoti raksturīgs ir jutīgums vai sāpes, dažkārt kopā ar pietūkumu vietā, kur ceļgala kauliņa cīpsla pievienojas lielajam liela kaulam.

Rentgena uzņēmumi var būt normāli vai var parādīt mazus kaula fragmentus lielā liela kaula tuberozes rajonā. Ārstēšana balstīta uz aktivitātāšu piemērošanu, kas neizraisa sāpes, uzliekot ledu pēc slodzes. Slimība ar laiku izzūd.

10.4. Severa (Sever) slimība

To sauc arī par papēža apofizītu. Tā ir papēža kaula apofīzes osteohondroze, kura iespējams saistīta ar trakciju (vilkšanu), ko rada

Ahilla cīpsla.
Tas ir viens no biežākajiem papēža sāpju iemesliem bērniem un pusaudžiem. Severa slimība ir ar aktivitāti saistīta saslimšana un vairāk sastopama zēniem. Tā parasti sākas ap 7 – 10 gadu vecumu, ar sāpēm papēdī un klibošanu pēc slodzes.
Diagnozi uzstāda klīniski izmeklējot. Nav vajadzīga cita terapija, kā vien pielāgot aktivitātes līmeni, lai nerastos sāpes un ja tas nepalīdz, lietot papēža polsteri. Slimība ar laiku izzūd.

10.5. Freiberga (Freiberg) slimība

Tā ir pēdas otrā pleznas kaula galviņas osteonekroze. Tās iemesls, iespējams, ir trauma. Tā nav bieža un lielākajā daļā gadījumu skar meitenes pusaudža gados. Sāpes pastiprinās fizisko aktivitāšu laikā. Fizikālā izmeklēšana atklāj jutīgumu otrā pleznas kaula galviņas apvidū un, nereti, pietūkumu. Diagnozi apstiprina rentgena izmeklējumi, lai gan jāpaiet divām nedēļām no simptomu sākuma, lai varētu redzēt izmaiņas. Ārstēšana ietver miera režīmu un polsteri pleznas kaula apvidū.

10.6. Šeijermana (Scheuermann) slimība

Šeijermana slimība jeb "juvenilā kifoze" ir muguras skriemeļa ķermeņa gredzena apofīzes osteonekroze. Biežāk sastopama zēniem pusaudža vecumā. Vairumam bērnu ir slikta stāja ar vai bez sāpēm mugurā. Sāpes pastiprinās aktivitāšu veikšanas laikā un samazinās atpūšoties. Uz diagnozi vedina izmeklēšana (ass izliekums mugurā) un apstiprina rentgena uzņēmumi.
Lai apstiprinātu Šeijermana slimību, jābūt novirzēm skriemeļu plātnēs un priekšējā "ķīlēšanās" par 5˚ vismaz trijos pēc kārtas esošos skriemeļos.
Šeijermana slimībai nav vajadzīga cita terapija, kā vien pielāgot attiecīgo aktivitātes līmeni, novērošana un smagākos gadījumos, fiksējoši palīglīdzekļi.