



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

Zespoły Bólowe Kończyn

Wersja 2016

1. Wstęp

Wiele chorób wieku dziecięcego może powodować ból kończyn. Zespół bólowy kończyn to ogólne pojęcie stosowane do opisu grupy schorzeń o dość zróżnicowanych przyczynach i objawach klinicznych, w których przebiegu występuje stały lub przerywany ból kończyn. W celu postawienia diagnozy lekarze wykonują badania w kierunku znanych chorób, również tych poważnych, które mogą powodować ból kończyn.

2. Zespół przewlekłego rozlanego bólu (wcześniej młodzieńczy zespół fibromialgii)

2.1 Co to jest?

Fibromialgia należy do grupy „uogólnionych zespołów bólu mięśniowo-szkieletowego”. Fibromialgia charakteryzuje się długotrwałym, rozlanym bólem elementów układu mięśniowo-szkieletowego, obejmującym górne i dolne kończyny, a także plecy, brzuch, klatkę piersiową, szyję i/lub żuchwę, trwającym przez co najmniej 3 miesiące, któremu towarzyszą zmęczenie, sen nieprzynoszący odpoczynku i trudności związane ze zmiennym stopniem skupienia uwagi, zdolnością rozwiązywania problemów, logicznym myśleniem i zapamiętywaniem.

2.2 Jak często choroba występuje?

Fibromialgia występuje głównie u dorosłych. Wśród pacjentów pediatrycznych przypadki zachorowania odnotowuje się głównie wśród nastolatków. Częstość występowania choroby wynosi około 1%. Choroba częściej atakuje kobiety niż mężczyzn. U dzieci cierpiących na

to schorzenie występuje wiele objawów klinicznych charakterystycznych również dla kompleksowego zespołu bólu umiejscowionego .

2.3 Jakie są główne cechy kliniczne?

Pacjenci uskarżają się na rozproszony ból w obrębie kończyn, chociaż stopień jego nasilenia może być różny u każdego dziecka. Ból może się pojawić w dowolnej części ciała (w górnych i dolnych kończynach, plecach, brzuchu, klatce piersiowej, szyi i żuchwie).

Dzieci cierpiące na tę chorobę mają zwykle problemy ze snem, a po przebudzeniu uczucie, że sen nie przyniósł im odpoczynku i nie zregenerował sił. Innym głównym objawem schorzenia jest intensywne zmęczenie, któremu towarzyszy zmniejszona wydolność fizyczna.

Pacjenci z fibromialgią często zgłaszają pojawiające się bóle głowy, obrzęk kończyn (uczucie obrzmienia przy jednoczesnym braku rzeczywistego obrzęku), drętwienie, a czasami zabarwienie palców na niebieskawy kolor. Objawy te powodują lęki, depresję i częste nieobecności w szkole.

2.4 Jak diagnozuje się tę chorobę?

Diagnoza opiera się na historii uogólnionego bólu pojawiającego się co najmniej w trzech obszarach, utrzymującego się dłużej niż trzy miesiące, któremu towarzyszy zmienny stopień zmęczenia, sen nie dający odpoczynku i objawy związane z funkcjami poznawczymi (uwagą, uczeniem się, logicznym myśleniem, zapamiętywaniem, zdolnością podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów). U wielu pacjentów pojawiają się tkliwe miejsca w mięśniach (punkty wyzwalające) w niektórych częściach ciała, ale objaw ten nie przesądza o diagnozie.

2.5 Jak można leczyć tę chorobę?

Ważne jest ograniczenie lęku wywołanego schorzeniem poprzez wyjaśnienie pacjentowi i jego rodzinie, że mimo występowania poważnego i rzeczywistego bólu, stawy nie zostały uszkodzone, a w organizmie nie rozwija się żadna poważna choroba fizyczna.

Najważniejszym i najskuteczniejszym rozwiązaniem jest zastosowanie progresywnego programu treningowego, zwiększającego wydolność

układu krążenia, a najlepszą formą ćwiczeń jest pływanie. Kolejną kwestią jest rozpoczęcie terapii poznawczo-behawioralnej, indywidualnej lub grupowej. Niektórzy pacjenci mogą potrzebować leków, które poprawią jakość snu.

2.6 Jakie jest rokowanie?

Całkowity powrót do zdrowia wymaga sporego wysiłku ze strony pacjenta; niezbędne jest wsparcie rodziny. Zasadniczo wyniki leczenia są znacznie lepsze u dzieci niż u dorosłych, a większość małych pacjentów powraca do pełnego zdrowia. Bardzo ważne jest przestrzeganie regularnego programu ćwiczeń. Nastolatkom zaleca się skorzystanie ze wsparcia psychologa, a także zażywanie odpowiednich leków nasennych, uspokajających i antydepresyjnych.

3. Kompleksowy zespół bólu miejscowego typu 1 (synonimy: zespół odruchowej dystrofii współczulnej, zlokalizowana idiopatyczna choroba bólowa układu mięśniowo-szkieletowego)

3.1 Co to jest?

Bardzo silny ból kończyn o nieznannej przyczynie, często powiązany ze zmianami skórnymi.

3.2 Jak często choroba występuje?

Częstość występowania tego schorzenia jest nieznaną. Częściej występuje u nastolatków (średni wiek zachorowania to 12 lat) i u dziewcząt.

3.3 Jakie są główne objawy choroby?

Zazwyczaj w obrębie kończyn pojawia się długotrwały i bardzo intensywny ból, który nie reaguje na różnego rodzaju terapie i z czasem przybiera na sile. Bardzo często uniemożliwia to używanie danej kończyny.

Odczucia, które dla większości ludzi są bezbolesne (np. delikatny dotyk), dla dziecka dotkniętego chorobą mogą się okazać niezmiernie

bolesne. To dziwne odczucie nazywane jest „allodynią”. Omawiane objawy bardzo często uniemożliwiają dziecku wykonywanie codziennych czynności i skutkują opuszczeniem wielu dni nauki w szkole.

Z biegiem czasu u pewnej grupy dzieci pojawiają się zmiany koloru skóry (wyglądające jak blade lub fioletowe cętki), temperatury ciała (zazwyczaj jej obniżenie) lub potliwości. Może się pojawiać również obrzęk kończyn. Czasami dziecko może trzymać kończyny w nienaturalnych pozycjach, odmawiając jakiegokolwiek ruchu.

3.4 Jak diagnozuje się tę chorobę?

Jeszcze kilka lat temu lekarze nadawali tym objawom różne nazwy, natomiast obecnie mówi się o nich jako o kompleksowym zespole bólu miejscowego. W celu postawienia diagnozy stosuje się różne kryteria. Diagnoza ma charakter kliniczny, opiera się na objawach związanych z bólem (nasilonym, długotrwałym, ograniczającym ruchy, opornym na leczenie, z towarzyszącą allodynią) i wnioskach badania fizykalnego. Połączenie zgłaszanych dolegliwości i wyników badań klinicznych jest dosyć charakterystyczne. Diagnoza wymaga, aby przed skierowaniem dziecka do reumatologa wieku rozwojowego, wykluczone zostały inne choroby, których leczeniem zajmują się zazwyczaj lekarze pierwszego kontaktu, lekarze praktycy lub pediatrzy. Przeprowadza się standardowe badania laboratoryjne. Badanie rezonansem magnetycznym może wykazać nietypowe zmiany w kościach, stawach czy mięśniach.

3.5 Jak można leczyć tę chorobę?

Najlepszym rozwiązaniem jest zastosowanie leczenia w postaci intensywnego programu ćwiczeń fizycznych, którego realizację będą nadzorowali fizjoterapeuta i terapeuta zajęciowy, a który może, choć nie musi, obejmować również zajęcia psychoterapii. Do niedawna stosowano również inne sposoby leczenia, pojedyncze lub łączone, w tym leki antydepresyjne, biologiczne sprzężenie zwrotne, przezskórną stymulację nerwów i modyfikację zachowań, jednak ostatecznie metody te nie dały oczekiwanych rezultatów. Analgetyki (leki przeciwbólowe) są zazwyczaj nieskuteczne. Obecnie prowadzone są badania, które, miejmy nadzieję, w przyszłości pozwolą na opracowanie lepszych metod

leczenia, ponieważ przyczyny choroby zostały już zidentyfikowane. Leczenie jest trudne dla wszystkich osób zaangażowanych: dzieci, rodziny i zespołu lekarzy. Z powodu stresu, jaki wywołuje choroba, zazwyczaj konieczna jest interwencja psychologa. Do głównych powodów niepowodzenia leczenia należy trudność, z jaką rodzina akceptuje diagnozę, oraz zalecenia dotyczące leczenia.

3.6 Jakie jest rokowanie?

Rokowanie związane z chorobą jest lepsze u dzieci niż u dorosłych. Ponadto większość dzieci powraca do zdrowia szybciej niż dorośli pacjenci. Niemniej jednak powrót do zdrowia wymaga czasu – różnego u każdego dziecka. Wczesna diagnoza i rozpoczęcie leczenia gwarantują lepsze rokowanie.

3.7 Jak choroba wpływa na życie codzienne?

Dzieci należy zachęcać do kontynuowania aktywności fizycznej, regularnego uczęszczania do szkoły i spędzania czasu wolnego z rówieśnikami.

4. Erytromelalgia

4.1 Co to jest?

Schorzenie jest również nazywane „erytromelalgia”. Nazwa ta pochodzi od trzech greckich słów: erythros (czerwony), melos (kończyna) i algos (ból). Jest ono niezwykle rzadkie, choć może być rodzinne. U większości dzieci objawy zaczynają się pojawiać około 10. roku życia. Choroba częściej występuje u dziewcząt.

Dolegliwości obejmują uczucie pieczenia, któremu towarzyszą rozgrzane, zaczerwienione i opuchnięte stopy lub, w rzadszych przypadkach, dłonie. Objawy nasilają się podczas ekspozycji na ciepło i ustępują po schłodzeniu kończyny, przynosząc ulgę, która powoduje, że niektóre dzieci odmawiają wyjęcia stóp z lodowatej wody. Choroba nie słabnie w swoim przebiegu. Unikanie ciepła i intensywnych ćwiczeń fizycznych to najlepsze metody na opanowanie choroby.

Próbując złagodzić ból, stosuje się wiele różnych leków, w tym leki przeciwzapalne, leki przeciwbólowe, leki poprawiające krążenie krwi

(zwane „wazodylatorami”); lekarz przepisze lek najodpowiedniejszy dla każdego dziecka.

5. Bóle wzrostowe

5.1 Co to jest?

Bóle wzrostowe to określenie charakterystycznego wzorca bólowego kończyn, który zwykle występuje u dzieci w wieku od 3 do 10 lat. Schorzenie nazywane jest również „łagodnym bólem kończyn okresu dziecięcego” lub „nawracającymi nocnymi bólami kończyn”.

5.2. Jak często choroba występuje?

Na bóle wzrostowe skarżą się głównie pacjenci pediatryczni. U chłopców występują z podobną częstością jak u dziewczynek, dotykając 10-20% dzieci na całym świecie.

5.3 Jakie są główne objawy choroby?

Ból pojawia się głównie w nogach (goleniach, łydkach, udach lub w tylnej części kolan) i występuje zazwyczaj po obydwu stronach ciała. Pojawia się pod koniec dnia lub w nocy, budząc dziecko ze snu. Rodzice często zgłaszają, że ból pojawia się po wysiłku fizycznym. Epizody bólowe trwają zazwyczaj od 10 do 30 minut, ale zakres ten może się zmieniać, dochodząc nawet do kilku godzin. Ból może mieć różny stopień nasilenia: od łagodnego po bardzo intensywny. Bóle wzrostowe występują sporadycznie i przeplatają się z okresami bez bólu, trwającymi dniami, a nawet miesiącami. W niektórych przypadkach epizody bólowe mogą się zdarzać codziennie.

5.4 Jak diagnozuje się tę chorobę?

Rozpoznanie opiera się na charakterystycznym wzorcu bólowym połączonym z brakiem objawów rano i normalnym wynikiem badania fizykalnego. Z reguły wyniki badań laboratoryjnych i prześwietleń rentgenowskich są w normie. Jednak, aby wykluczyć inne zmiany patologiczne, czasem konieczne jest wykonanie zdjęcia rentgenowskiego.

5.5 Jak można leczyć tę chorobę?

Wyjaśnienie łagodnego charakteru schorzenia pozwala ograniczyć lęk u dziecka i członków jego rodziny. Podczas epizodów bólowych ulgę mogą przynieść miejscowe masaże, ciepłe kompresy i łagodne środki przeciwbólowe. Dzieciom, u których epizody występują często i mają bardziej nasilone objawy, wieczorem warto podać dawkę ibuprofenu, która pozwoli złagodzić ból.

5.6 Jakie jest rokowanie?

Bóle wzrostowe nie są związane z obecnością jakiegokolwiek poważnej choroby organicznej i zazwyczaj ustępują samoistnie w późnym dzieciństwie. Z wiekiem ból zanika u 100% dzieci.

6. Łagodny zespół hipermobilności (zespół łagodnej wiotkości więzadeł)

6.1 Co to jest?

Hipermobilność dotyczy dzieci, które mają giętkie bądź wiotkie stawy. Jest również nazywana „wiotkością stawów”. Niektóre dzieci mogą odczuwać ból. Łagodny zespół hipermobilności (ang. Benign Hypermobility Syndrome; BHS) dotyczy dzieci, które odczuwają ból wynikający ze zwiększonej ruchomości (zakresu ruchu) stawów, z którą nie są powiązane żadne choroby tkanki łącznej. Dlatego też BHS jest nie tyle chorobą, co raczej odchyleniem od normy.

6.2 Jak często choroba występuje?

BHS występuje bardzo często u dzieci i młodzieży, dotykając od 10 do 30% dzieci w wieku poniżej 10 lat, w szczególności dziewcząt. Zapadalność na schorzenie zmniejsza się z wiekiem. Często występuje w obrębie rodziny.

6.3 Jakie są główne objawy choroby?

Hipermobilność skutkuje często przerywanym, nasilonym i

nawracającym bólem pojawiającym się pod koniec dnia lub w nocy w obrębie kolan, stóp i/lub kostek. U dzieci, które grają na pianinie, skrzypcach i innych tego typu instrumentach, choroba może dawać nasilone objawy w palcach. Aktywność fizyczna i ćwiczenia mogą wyzwać bądź zwiększać dolegliwości bólowe. W rzadkich przypadkach może dojść do niewielkiego obrzęku stawów.

6.4 Jak diagnozuje się tę chorobę?

Diagnoza jest stawiana na podstawie ustalonego zestawu kryteriów, według których ocenia się ruchomość stawów, i braku innych oznak świadczących o chorobie tkanki łącznej.

6.5 Jak można leczyć tę chorobę?

Leczenie jest konieczne tylko w bardzo rzadkich przypadkach. Jeśli dziecko uprawia sporty, których wpływ na organizm ma charakter powtarzalny, takie jak piłka nożna lub gimnastyka, i stale zdarzają się u niego skręcenia/naderwania stawów, powinno stosować środki wzmacniające i ochraniające mięśnie i stawy (bandaże elastyczne, bandaże funkcjonalne, opaski).

6.6 Jak choroba wpływa na życie codzienne?

Hipermobilność to łagodne schorzenie, które zwykle zanika z wiekiem. Członkowie rodzin powinni być świadomi, że największe ryzyko wynikające z hipermobilności jest związane z uniemożliwianiem dziecku prowadzenia normalnego trybu życia.

Dzieci powinno się zachęcać do utrzymywania normalnego poziomu aktywności, w tym do udziału w zajęciach sportowych, którymi się interesują.

7. Przemijające zapalenie błony maziowej

7.1 Co to jest?

Przemijające zapalenie błony maziowej to łagodny stan zapalny (niewielka ilość płynu w obrębie stawu) o nieznanym przyczynie, który atakuje staw biodrowy i przemija samoistnie, nie powodując żadnych

uszkodzeń.

7.2 Jak często choroba występuje?

Jest to najczęstsza przyczyna bólu biodra u dzieci. Dotyka ono od 2 do 3% dzieci w wieku 3–10 lat. Częściej występuje u chłopców (1 chora dziewczynka na 3–4 chorych chłopców).

7.3 Jakie są główne objawy choroby?

Głównymi objawami są ból biodra i utykanie. Ból biodra może występować pod postacią bólu odczuwanego w pachwinie, udzie lub sporadycznie w kolanie, zwykle o nagłym początku. Do najczęstszych objawów należy utykanie dziecka po przebudzeniu lub niechęć dziecka do chodzenia.

7.4 Jak diagnozuje się tę chorobę?

Badanie fizykalne daje bardzo charakterystyczne wyniki: utykanie z towarzyszącą mu ograniczoną ruchomością i bolesnością stawu biodrowego występujące u dziecka, które nie gorączkuje, ma więcej niż 3 lata i nie zdradza żadnych innych oznak choroby. Obydwa stawy biodrowe zostają zaatakowane w zaledwie 5% przypadków. Prześwietlenie rentgenowskie stawu biodrowego daje zazwyczaj prawidłowe wyniki i zwykle nie jest wymagane. Natomiast badanie ultrasonograficzne skutecznie wykrywa zapalenie błony maziowej stawu biodrowego.

7.5 Jak można leczyć tę chorobę?

Podstawą leczenia jest odpoczynek, który powinien być proporcjonalny do stopnia odczuwanego bólu. W łagodzeniu bólu i stanu zapalnego pomagają niesteroidowe leki przeciwzapalne. Schorzenie ustępuje zazwyczaj po 6–8 dniach.

7.6 Jakie jest rokowanie?

Rokowanie jest doskonałe: 100% dzieci powraca do zdrowia (schorzenie z definicji jest przemijające). Jeśli objawy utrzymują się przez okres dłuższy niż 10 dni, należy rozważyć inną chorobę. Pojawienie się kolejnych epizodów przemijającego zapalenia błony maziowej nie jest

niczym niezwykłym; epizody te są zazwyczaj łagodniejsze i krótsze od pierwszego.

8. Ból rzepkowo-udowy - ból kolana

8.1 Co to jest?

Ból rzepkowo-udowy jest najczęstszym wynikiem zwiększonego używania danego stawu w wieku rozwojowym. Zaburzenia te wynikają z powtarzających się ruchów lub trwałego uszkodzenia związanego z ćwiczeniem konkretnej części ciała, w szczególności stawów i ścięgien. Zaburzenia te są znacznie częściej spotykane u osób dorosłych (łokieć tenisisty lub golfisty, zespół cieśni nadgarstka itp.) niż u dzieci.

Ból rzepkowo-udowy związany jest z pojawieniem się bólu w przedniej części kolana podczas aktywności, która powoduje dodatkowe obciążenie stawu rzepkowo-udowego (połączenia utworzonego przez rzepkę i dolną część kości udowej).

Gdy bólowi kolana towarzyszą zmiany wewnętrznej powierzchni tkanki rzepki (chrząstki), stosuje się określenie „chondromalacja rzepki” lub „chondromalacja rzepkowa”.

Istnieje wiele synonimów dla bólu rzepkowo-udowego: zespół rzepkowo-udowy, ból przedniej części kolana, chondromalacja rzepki, chondromalacja rzepkowa.

8.2 Jak często choroba występuje?

Schorzenie bardzo rzadko występuje u dzieci poniżej 8. roku życia, ale u nastolatków częstość jego występowania stopniowo się zwiększa. Ból rzepkowo-udowy częściej atakuje dziewczynki. Może być również bardziej powszechny u dzieci z wadami kończyn dolnych, takimi jak kolana koślawe (genu valgum) lub kolana szpotawe (genu varum), a także u osób z chorobami rzepki będącymi wynikiem niewyrównania i niestabilności.

8.3 Jakie są główne objawy choroby?

Charakterystycznym objawem jest ból w przedniej części kolana, który nasila się podczas wykonywania takich czynności, jak bieganie, wchodzenie i schodzenie po schodach, robienie przysiadów czy

skakanie. Ból wzmagają się również przy długotrwałym siedzeniu w pozycji ze zgiętymi kolanami.

8.4 Jak diagnozuje się tę chorobę?

U zdrowych dzieci ból rzepkowo-udowy zostaje rozpoznany w ramach diagnozy klinicznej (nie trzeba wykonywać badań laboratoryjnych ani badań z zakresu diagnostyki obrazowej). Ściśnięcie rzepki lub ograniczenie ruchu rzepki do góry, kiedy mięsień uda (mięsień czworogłowy) jest przykurczony, może zwiększać dolegliwości bólowe.

8.5 Jak można leczyć tę chorobę?

U większości dzieci, u których nie występują choroby powiązane (jak wady kolan lub niestabilność rzepki), ból rzepkowo-udowy stanowi łagodne schorzenie, które przemija samoistnie. Jeśli ból przeszkadza w uprawianiu sportu lub wykonywaniu codziennych czynności, warto rozpocząć program ćwiczeń wzmacniających mięsień czworogłowy. Zimne okłady stosowane po ćwiczeniach pomogą uśmierzyć ból.

8.6 Jak choroba wpływa na życie codzienne?

Dzieci powinny prowadzić normalny tryb życia. Poziom ich aktywności fizycznej powinno się dostosować w taki sposób, aby unikać pojawiania się bólu. Bardzo aktywne dzieci mogą stosować opaskę na kolano z paskiem podtrzymującym rzepkę.

9. Młodzieńcze złuszczenie głowy kości udowej

9.1 Co to jest?

Schorzenie polega na przemieszczaniu się głowy kości udowej po płytce wzrostu, a jego przyczyna nie jest znana. Płytką wzrostu to cienki kawałek chrząstki umieszczony pomiędzy tkanką kostną w głowie kości udowej. To najśłabsza część kości, która umożliwia jej wzrost. Kiedy płytka zostaje zmineralizowana i sama przekształca się w kość, kości przestają rosnąć.

9.2 Jak często choroba występuje?

To rzadka choroba, która dotyka od 3 do 10 na 100 000 dzieci. Częściej występuje u chłopców i nastolatków. Otyłość może być czynnikiem predysponującym do zachorowania.

9.3 Jakie są główne objawy choroby?

Głównymi objawami choroby jest utykanie i ból oraz zmniejszony zakres ruchomości biodra. Ból może być odczuwany w górnej części (dwie trzecie) lub dolnej (jedna trzecia) i narastać w trakcie aktywności fizycznej. U 15% dzieci choroba atakuje obydwa biodra.

9.4 Jak diagnozuje się tę chorobę?

Badanie fizykalne jest charakterystyczne, gdyż występuje zmniejszona ruchomość stawu biodrowego. Rozpoznanie potwierdza się wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego, najlepiej osiowego (nogi w pozycji „żabki”).

9.5 Jak można leczyć tę chorobę?

Schorzenie uznaje się za ortopedycznie ostre, wymagające operacyjnej stabilizacji płytki (stabilizacji płytki kości udowej poprzez wprowadzenie wkretów, które pozwolą utrzymać ją na odpowiednim miejscu).

9.6 Jakie jest rokowanie?

Zależy to od czasu, przez jaki główka kości udowej znajdowała się w pozycji poślizgu przed postawieniem diagnozy, i od stopnia poślizgu. Rokowanie jest różne u każdego dziecka.

10. Osteochondroza (synonimy: osteonekroza, jałowa martwica)

10.1 Co to jest?

Słowo „osteochondroza” oznacza „śmierć kości”. Odnosi się do grupy chorób o nieznanym przyczynie, które cechuje zablokowanie dopływu krwi do jąder kostnienia zaatakowanych kości. W momencie narodzin kości zbudowane są głównie z chrząstki, delikatniejszej tkanki, która z

czasem zastępowana jest tkanką mocniej zmineralizowaną i bardziej wytrzymałą (kością). Ta wymiana tkanek rozpoczyna się w specjalnych miejscach zlokalizowanych w każdej kości, znanych jako jądra kostnienia, a z czasem rozprzestrzenia się na całą kość.

Głównym objawem zaburzeń jest ból. W zależności od tego, która kość została zaatakowana, choroba ma różne nazwy.

Diagnozę potwierdzają badania obrazowe. Na zdjęciach rentgenowskich widoczne są kolejno: rozdrobnienie kości (powstanie tzw. wysp w obrębie kości), zapadnięcie się powierzchni kości, skleroza (powstanie obszarów o zwiększonej gęstości, które na zdjęciu wyglądają na bardziej białe) i często wystąpienie zjawiska ponownego kostnienia (ponownej budowy kości) z odtworzeniem jej zarysów.

Chociaż wszystko to brzmi jak opis bardzo groźnej choroby, występowanie powyższych objawów u dzieci jest stosunkowo częste, a rokowanie, z wyjątkiem przypadków, gdy dojdzie do rozległego zajęcia stawu biodrowego, jest bardzo dobre. Niektóre formy osteochondrozy są tak częste, że uznaje się je za odmianę prawidłowego rozwoju kości (choroba Severa). Z kolei inne formy są klasyfikowane jako syndromy nadużycia (choroba Osgooda-Schlattera, choroba Sindinga-Larsena-Johanssona).

10.2 Choroba Legga-Calvégo-Perthesa

10.2.1 Co to jest?

Choroba polega na jałowej martwicy głowy kości udowej (części kości udowej najbliższej biodru).

10.2.2 Jak często choroba występuje?

Choroba nie występuje zbyt często: odnotowuje się 1 przypadek zachorowania na 10 000 dzieci. Częściej występuje u chłopców (4–5 chłopców na 1 dziewczynkę) w wieku od 3 do 12 lat, a w szczególności u dzieci w przedziale wiekowym 4–9 lat.

10.2.3 Jakie są główne objawy choroby?

U większości dzieci występuje utykanie i ból biodra o różnym stopniu nasilenia. Czasem ból może w ogóle nie występować. Zazwyczaj zajęte

zostaje tylko jedno biodro, ale w około 10% przypadków dochodzi do dwustronnego zajęcia stawu biodrowego.

10.2.4 Jak diagnozuje się tę chorobę?

Ruchomość stawu jest zmniejszona, a poruszanie nim może sprawiać ból. Początkowo zdjęcia rentgenowskie mogą nie wykazać żadnych zmian, dopiero później pojawiają się cechy typowe dla procesu opisanego we wstępie. Scyntygrafia kości (skanowanie kości) i badanie rezonansem magnetycznym pozwalają na szybsze wykrycie choroby niż w prześwietleniu rentgenowskim.

10.2.5 Jak można leczyć tę chorobę?

Dzieci z chorobą Legga-Calvégo-Perthesa zawsze należy skierować na oddział ortopedii wieku rozwojowego. Największe znaczenie dla rozpoznania mają badania obrazowe. Leczenie zależy od stopnia nasilenia objawów choroby. W bardzo łagodnych przypadkach wystarcza jedynie obserwacja, ponieważ przy niewielkich uszkodzeniach kość regeneruje się samoistnie.

W poważniejszych przypadkach celem leczenia jest utrzymanie dotkniętej chorobą główki kości udowej wewnątrz stawu biodrowego, aby w okresie tworzenia się nowej tkanki kostnej główka kości udowej zachowała swój kulisty kształt.

Cel ten można osiągnąć w różnym stopniu poprzez założenie szyny odwodzącej (u młodszych dzieci) lub leczenie chirurgiczne polegające na wymodelowaniu kości udowej (u starszych dzieci; wykonuje się osteotomię, tzn. przecięcie krawędzi kości, aby ustawić główkę kości udowej w lepszej pozycji).

10.2.6 Jakie jest rokowanie?

Rokowanie zależy od stopnia zajęcia kości udowej (im mniejsze, tym lepiej), jak również od wieku dziecka (lepiej, jeśli ma mniej niż 6 lat). Powrót do pełni zdrowia zajmuje od 2 do 4 lat. Ponadto w około 2/3 przypadków zachorowań w dłuższym okresie czasu biodro powraca do anatomicznej i funkcjonalnej sprawności.

10.2.7 Jak choroba wpływa na życie codzienne?

Ograniczenia dotyczące codziennych czynności zależą od zastosowanej metody leczenia. Dzieci będące pod obserwacją powinny unikać silnego obciążania stawu biodrowego (skakania, biegania). Niemniej jednak powinny kontynuować normalną aktywność szkolną i uczestniczyć we wszystkich zajęciach, które nie wymagają dźwigania dużych ciężarów.

10.3 Choroba Osgooda-Schlattera

Schorzenie jest wynikiem powtarzalnych urazów jądra kostnienia guzowatości kości piszczelowej (małego wyrostka grzebieniastego zlokalizowanego w górnej części nogi) wywoływanych przez więzadło rzepki. Spotykane jest u około 1% nastolatków i występuje częściej u osób uprawiających sport.

Ból nasila się podczas takich czynności, jak bieganie, skakanie, wchodzenie po schodach lub schodzenie w dół oraz klęczenie. Diagnozę stawia się na podstawie badania fizykalnego, podczas którego pojawia się bardzo charakterystyczna tkliwość lub ból, którym często towarzyszą obrzęki w miejscu przyczepu więzadła rzepki do kości piszczelowej. Zdjęcia rentgenowskie mogą nie wykazać żadnych nieprawidłowości lub uwidocznic drobne fragmenty kości w rejonie guzowatości piszczeli. Leczenie obejmuje dobranie odpowiedniego stopnia aktywności pacjentów, co pozwoli ograniczyć występujący u nich ból, robienie zimnych okładów i odpoczynek. Schorzenie ustępuje z biegiem czasu.

10.4 Choroba Haglunda-Severa

Ta choroba jest również nazywana „zapaleniem guza piętowego”. Jest to osteochondroza guza piętowego kości piętowej, związana prawdopodobnie z naciągnięciem ścięgna Achillesa.

To jedna z głównych przyczyn bólu pięty u dzieci i nastolatków.

Podobnie jak inne typy osteochondrozy, choroba Severa jest związana z aktywnością fizyczną i częściej występuje u chłopców. Najczęściej pojawia się u dzieci w wieku od 7 do 10 lat, a towarzyszą jej ból pięty oraz sporadycznie także utykanie po ćwiczeniach.

Diagnozę stawia się na podstawie badania klinicznego. Nie ma konieczności stosowania leków; wystarczy dostosować stopień aktywności dziecka, aby ograniczyć pojawiający się ból i, jeśli metoda ta okaże się nieskuteczna, użyć podpiętki. Schorzenie ustępuje z biegiem

czasu.

10.5 Choroba Freiberga-Kohlera II

Jest to martwica główki drugiej kości śródstopia. Przyczyną choroby prawdopodobnie jest uraz. Jest to rzadko spotykane schorzenie, które w większości przypadków dotyka nastoletnich dziewczynek. Ból nasila się w trakcie aktywności fizycznej. Badanie fizykalne ujawnia tkliwość w okolicy główki drugiej kości śródstopia, a sporadycznie również obrzęk. Diagnozę potwierdza się badaniem rentgenowskim, choć od pojawienia się pierwszych objawów do chwili, gdy widoczne są zmiany, mogą upłynąć nawet dwa tygodnie. Leczenie obejmuje odpoczynek i stosowanie wkładek metatarsalnych (pod śródstopie).

10.6 Choroba Scheuermanna

Choroba Scheuermanna lub „młodzieńcza kifoza” to jałowa martwica krążka międzykręgowego kręgosłupa (kości znajdującej się na górnym i dolnym brzegu każdego kręgu). Częściej występuje u nastoletnich chłopców. Większość dzieci cierpiących na to schorzenie ma wadę postawy, której może towarzyszyć ból pleców. Ból wiąże się z aktywnością fizyczną i można go złagodzić poprzez odpoczynek. Diagnozę stawia się po wykonaniu badania (ostre zagięcie kątowe pleców) i potwierdza zdjęciem rentgenowskim.

Aby potwierdziło się rozpoznanie choroby Scheuermanna, u dziecka musi wystąpić nieregularność krążków międzykręgowych oraz sklinowacenie co najmniej 3 sąsiadujących kręgów co najmniej o 5 stopni każdy.

Choroba Scheuermanna zwykle nie wymaga leczenia innego niż dostosowanie poziomu aktywności dziecka do jego stanu, obserwacja, a w ciężkich przypadkach noszenie gorsetu.