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

Syndrómy Bolestí Končatín

Verzia 2016

1. Úvod

Mnohé detské choroby môžu spôsobovať bolesť končatín. Názov Syndróm bolesti končatín popisuje skupinu medicínskych stavov s rozličnými príčinami a klinickými príznakmi, ktoré zdieľajú prítomnosť dlhotrvajúcej alebo neprestajnej bolesti končatín. Pre určenie diagnózy lekár skúma známe choroby, vrátane závažných, ktoré spôsobujú bolesti končatín.

2. Syndróm chronickej rozšírenej bolesti (pôvodne označovaný ako Syndróm juvenilnej fibromyalgie)

2.1 Čo to je?

Fibromyalgia patrí do skupiny tzv. syndrómov difúznej muskuloskeletálnej (svalovo-kostrovej) bolesti. Fibromyalgia je choroba charakterizovaná dlhotrvajúcou bolesťou v horných i dolných končatinách, rovnako ako aj v chrbte, brušnej oblasti, hrudníku, krku a/alebo čeľusti počas minimálne 3 mesiacov, v kombinácii s únavou, neregeneračným spánkom a problémami rôznej intenzity v oblasti pozornosti, riešenia problémov, vyhodnocovania a pamäti.

2.2 Ako je to časté?

Fibromyalgia sa vyskytuje najmä u dospelých. V pediatrii je zdokumentovaná u dospievajúcich s približne 1% frekvenciou.
Ženy sú postihnuté častejšie ako muži. Deti s touto chorobou majú veľa spoločných rysov s deťmi postihnutými syndrómami komplexnej regionálnej bolesti.

2.3 Aké sú typické klinické príznaky?

Pacienti sa sťažujú na rozptýlené bolesti v končatinách, pričom závažnosť pociťovanej bolesti je individuálna. Bolesť môže zasiahnuť ktorúkoľvek oblasť (horné a dolné končatiny, chrbát, brucho, hrudník, krk a čeľusť).
Deti s týmito ťažkosťami majú väčšinou poruchy spánku a ráno majú pocit, že sa zobúdzajú s pocitom nevyspatosti a únavy. Ďalším hlavným príznakom je intenzívna únava sprevádzaná zníženou telesnou výkonnosťou.
Pacienti s fibromyalgiou často uvádzajú aj všeobecné ťažkosti, ako sú bolesti hlavy, opuch končatín (je prítomný pocit opuchu, avšak opuch nie je viditeľný), necitlivosť a niekedy modrasté sfarbenie prstov. Tieto príznaky vyvolávajú úzkosť, depresiu a sú príčinou vymeškávania školskej dochádzky.

2.4 Ako sa to diagnostikuje?

Pre stanovenie diagnózy je potrebná anamnéza rozsiahlej bolestivosti v minimálne 3 oblastiach tela, ktorá trvá aspoň 3 mesiace, spolu s rôznym stupňom únavy, neregenerujúceho spánku a kognitívnych porúch (pozornosť, učenie, rozmýšľanie, pamäť, rozhodovanie a riešenie problémov). Mnohí pacienti majú citlivé body v svaloch (spúšťacie body) avšak ich prítomnosť sa na stanovenie diagnózy nepožaduje.

2.5 Ako sa to dá liečiť?

Dôležitou súčasťou liečby je zníženie úzkosti spôsobenej touto chorobou tým, že sa pacientovi a jeho rodine vysvetlí, že hoci je bolesť veľká a skutočná, nespôsobuje poškodenie kĺbom, ani závažnú psychickú ujmu. Najdôležitejším a najúčinnejším prístupom k liečbe je progresívny kardiovaskulárny výkonnostný tréning spojený aj s plávaním. Ďalším krokom v liečbe je kognitívno-behaviorálna terapia, a to individuálna alebo v skupine. Niektorí pacienti môžu potrebovať medikamentóznu liečbu na zlepšenie kvality spánku.

2.6 Aká je prognóza?

Plné zotavenie vyžaduje veľkú snahu zo strany pacienta a zásadnú podporu rodiny. Vo všeobecnosti sú výsledky omnoho lepšie u detí ako u dospelých a väčšina z nich sa vylieči. Spolupráca pri pravidelnom cvičení je veľmi dôležitá. Psychologická podpora spolu s liekmi na spanie, úzkosť a depresiu môžu byť indikované u dospievajúcich.

3. Komplexný syndróm regionálnej bolesti 1. typu (Synonymá: Reflexná sympatiková dystrofia, Syndróm ohraničenej idiopatickej muskuloskeletálnej bolesti)

3.1 Čo to je?

Extrémne veľká bolesť končatín neznámeho pôvodu, často spojená so zmenami na koži

3.2 Ako časté to je?

Frekvencia výskytu je neznáma. Je bežnejší u dospievajúcich (priemerný nástup príznakov je okolo 12 rokov) a dievčat.

3.3 Aké sú hlavné príznaky?

Zvyčajne je prítomná dlhotrvajúca anamnéza veľmi intenzívnej bolesti končatiny, ktorá neodpovedá na rozličné terapie a časom sa zhoršuje. Často vyústi až do neschopnosti danú končatinu používať.
Vnemy, ktoré sú pre väčšinu ľudí bezbolestné, ako jemný dotyk, môžu byť pre dané dieťa extrémne bolestivé. Tento jav sa volá alodýnia.
Kombinácia príznakov narúša denné aktivity dieťaťa, ktoré preto často vymeškáva zo školy
U časti detí sa časom vyvinú zmeny farby kože, ktorá je bledá alebo purpurovo škvrnitá, teploty (zvyčajne zníženie) a zmena potenia. Dieťa môže držať končatinu v neobvyklej polohe a odmietať ňou hýbať.

3.4 Ako sa to diagnostikuje?

Niekoľko rokov dozadu dostávali tieto syndrómy rozličné mená, ale dnes ich lekári označujú pojmom komplexný syndróm regionálnej bolesti. Pre diagnostiku sa používajú viaceré rôzne kritéria.
Diagnóza je klinická, založená na vlastnostiach bolesti (závažná,

neutíchajúca, obmedzujúca v aktivitách, neodpovedajúca na liečbu, s alodýniou) a fyzikálnom vyšetrení.
Kombinácia pacientových ťažkostí a klinického nálezu je pomerne charakteristická. Diagnóza vyžaduje, aby boli pred odoslaním pacienta k reumatológovi vylúčené iné choroby, ktoré môže liečiť všeobecný lekár, internista alebo pediater. Magnetická rezonancia môže odhaliť nešpecifické zmeny v kostiach, kĺboch a svaloch.

3.5 Ako sa to lieči?

Najúčinnejšou liečbou je zavedenie intenzívneho programu telesných cvičení pod dohľadom rehabilitačného pracovníka, prípadne v kombinácii so psychoterapiou. V liečbe sa používajú jednotlivo alebo v kombinácii aj rôzne iné prístupy ako napr. antidepresíva, biofeedback (špeciálna metóda využívajúca princíp spätnej väzby), elektrická transkutánna stimulácia nervov, behaviorálna liečba (zameraná na správanie) bez ich dokázanej prospešnosti. Analgetiká sú zvyčajne neúčinné. V súčasnosti prebieha výskum a sú nádeje, že s pochopením príčin tohto ochorenia budú k dispozícii lepšie spôsoby liečby. Liečebný proces je pre dieťa, rodinu aj pre zdravotníckych pracovníkov veľmi náročný. Psychologické vedenie je nutné aj na odstránenie stresu, ktorý vzniká v dôsledku choroby. Pre rodinu je často náročné prijať diagnózu a podriadiť sa liečebným odporúčaniam a to je aj najčastejšia príčina zlyhania liečby.

3.6 Aká je prognóza?

Táto choroba má lepšiu prognózu u detí ako u dospelých. Navyše sa väčšina detí zotaví rýchlejšie ako dospelí. V každom prípade si to vyžaduje čas, ktorý sa líši od dieťaťa k dieťaťu. Včasná diagnóza a liečba vedú k lepšej prognóze.

3.7 A čo každodenný život?

Deti majú byť povzbudzované k udržaniu fyzickej aktivity, pravidelnej školskej dochádzke a tráveniu voľného času so svojimi priateľmi.

4. Erytromelalgia

4.1 Čo to je?

Je nazývaná aj "erytermalgia". Meno choroby je zostavené z 3 gréckych slov: erythros = červený, melos = končatina, algos = bolesť. Je extrémne zriedkavá, avšak dedičná v rodine. Väčšina detí je vo veku okolo 10 rokov, keď sa začínajú objavovať prvé sťažnosti. Častejšie sa vyskytuje u dievčat.
Sťažnosti zahŕňajú pocit pálenia sprevádzaný teplom, začervenaním, alebo opuchom nôh, menej často rúk. Príznaky sa zhoršia po vystavení teplu a naopak, ustupujú pri pôsobení chladu a to až natoľko, že niektoré deti odmietajú presunúť svoje nohy z ľadovej vody. Priebeh je torpídny. Vyhýbanie sa teplu a náročnému cvičeniu sa javí ako najúčinnejší spôsob kontroly ochorenia.
V snahe o zmiernenie bolesti môžu byť použité rôzne lieky, vrátane protizápalových liekov, analgetík či liekov na zlepšenie cirkulácie krvi (vasodilatátory). Lekár predpíše tie najvhodnejšie pre každé dieťa.

5. Rastové bolesti

5.1 Čo to je?

Rastové bolesti sú benígny pojem, ktorý odkazuje na charakteristický vzorec bolesti v končatinách, ktoré sa zvyčajne vyskytujú u detí medzi 3. a 10. rokom života. Označuje sa aj pojmami "detské bolesti končatín" alebo "opakované nočné bolesti končatín".

5.2 Ako časté to je?

Rastové bolesti sú častou ponosou v pediatrii. Vysktyujú sa rovnako často u chlapcov ako u dievčat a postihujú 10-20% detí na celom svete.

5.3 Aké sú hlavné príznaky?

Bolesť sa vyskytuje najmä v nohách (predkolenia, lýtka, stehná, zákolenná jama) a zväčša je obojstranná. Prichádza v neskorších častiach dňa alebo v noci a často dieťa zobudí. Rodičia zväčša udávajú, že sa bolesť vyskytla po fyzickej aktivite.
Bolesť pretrváva zvyčajne 10-30 minút, avšak rozsah sa môže pohybovať od niekoľkých minút až po hodiny. Intenzita je mierna alebo

veľmi silná. Rastové bolesti sú prerušované, s obdobiami bez bolesti, ktoré môžu trvať niekoľko dní alebo aj mesiacov. V niektorých prípadoch sa vyskytujú každodenne.

5.4 Ako sa to diagnostikuje?

K diagnóze vedie charakteristický vzorec bolestí, v kombinácii s chýbaním príznakov v ranných hodinách a normálnym fyzikálnym nálezom pri vyšetrení. Zároveň sú normálne aj laboratórne výsledky a röntgen. Avšak röntgen môže byť potrebný na vylúčenie iných chorobných stavov.

5.5 Ako to môžeme liečiť?

Vysvetlenie neškodného charakteru tohto procesu zmierňuje úzkosť a obavy dieťaťa i rodiny. Počas záchvatov bolesti môže pomôcť lokálna masáž, aplikácia tepla či mierne analgetiká. U detí s častými záchvatmi môže byť nevyhnutná večerná dávka ibuprofénu na kontrolu silnejších epizód bolesti.

5.6 Aká je prognóza?

Rastové bolesti sa nespájajú so žiadnou vážnou chorobou a zvyčajne spontánne vymiznú v priebehu rastu dieťaťa. U 100% detí bolesti zmiznú do dospelosti.

6. Syndróm benígnej hypermobility

6.1 Čo to je?

Hypermobilita označuje deti, ktoré majú flexibilné alebo voľné kĺby. Je tiež nazývaná kĺbová voľnosť (laxita). Niektoré tieto detí mávajú aj bolesti. Syndróm benígnej hypermobility (BHS) sa vzťahuje na deti, ktoré majú bolesti končatín v dôsledku zvýšenej pohyblivosti (rozsahu pohybu) kĺbov, bez súvisiaceho ochorenia spojivového tkaniva. BHS je preto viac odchýlka od normálu ako choroba.

6.2 Ako často sa to vyskytuje?

BHS je u detí a dospievajúcich veľmi častý stav, ktorý sa vyskytuje u 10 až 30% detí mladších ako 10 rokov a zvlášť u dievčat. Frekvencia sa znižuje vekom. Často sa vyskytuje v celých rodinách.

6.3 Aké sú hlavné príznaky?

Hypermobilita často vyúsťuje do prerušovanej, hlbokej bolesti a pravidelných bolestí na konci dňa alebo v noci v kolenách, chodidlách a/alebo členkoch. U detí hrajúcich na klavír, husle a pod. môže postihovať prsty. Spúšťačom bolesti môže byť fyzická aktivita a cvičenie. Zriedkavo je prítomný mierny opuch kĺbov.

6.4 Ako sa to diagnostikuje?

Diagnóza sa stanovuje na základe preddefinovaných kritérií, ktoré kvantifikujú pohyblivosť kĺbov a na základe chýbania príznakov iných ochorení spojivových tkanív.

6.5 Ako sa to dá liečiť?

Liečba je potrebná veľmi zriedka. Ak sa dieťa pravidelne venuje intenzívnemu športu, ako napríklad futbalu alebo gymnastika a často zaťažuje kĺby, je potrebné posilňovať svalstvo, prípadne použiť ochranu kĺbu (elastické bandáže).

6.6 A čo každodenný život?

Hypermobilita je benígny stav, ktorý sa zvykne vyriešiť časom. Rodiny by si mali uvedomiť, že hlavné riziko vyplýva najmä z obmedzovania bežných detských aktivít, ktoré deťom znemožňuje žiť normálny život. Je potrebné deti povzbudzovať k udržiavaniu normálnych aktivít, vrátane akýchkoľvek športov, o ktoré majú záujem.

7. Tranzientná (prechodná) synovitída

7.1 Čo to je?

Tranzientná synovitída je mierny zápal (malé množstvo tekutiny v kĺbe) neznámej príčiny vyskytujúci sa v bedrovom kĺbe, ktorý sa vylieči sám,

bez zanechania poškodenia.

7.2 Ako časté to je?

Je to najbežnejšia príčina bolesti bedrového kĺbu v pediatrii. Ovplyvňuje 2 - 3% detí vo veku 3-10 rokov. Častejšie sa vyskytuje u chlapcov (jedno dievča na 3-4 chlapcov).

7.3 Aké sú hlavné príznaky?

Hlavnými príznakmi sú bolesť bedrového kĺbu a krívanie. Bolesť bedrového kĺbu sa vyskytuje v slabinách, hornom stehne a výnimočne aj v kolene, zvyčajne s rýchlym nástupom. Najčastejšie sa ochorenie u dieťaťa prejaví krívaním po zobudení alebo odmietaním chodenia.

7.4 Ako sa to diagnostikuje?

Fyzikálne vyšetrenie je charakteristické: krívanie so zníženou a bolestivou pohyblivosťou bedrového kĺbu u detí starších ako 3 roky, ktoré nejavia iné známky choroby. V 5% prípadov sú postihnuté oba kĺby. Röntgenové snímky majú zvyčajne ukážu normálny nález a nie sú väčšinou potrebné. Naopak, ultrazvukové vyšetrenie je veľmi nápomocné pri odhalení synovitídy bedrového kĺbu.

7.5 Ako sa to dá liečiť?

Základom liečby je oddych, ktorý má byť primeraný stupňu bolesti. Nesteroidové protizápalové lieky môžu byť použité na zmiernenie bolesti a zápalu. Problém sa zvyčajne vyrieši po priemerne 6-8 dňoch.

7.6 Aká je prognóza?

Prognóza je výborná, s plným vyliečením u 100% detí (už z definície vyplýva, že to je prechodné – tranzientné ochorenie). Ak príznaky pretrvávajú dlhšie ako 10 dní, je potrebné uvažovať o inom ochorení. Nie je výnimkou, že po čase sa epizóda tranzientnej synovitídy zopakuje. Zvyčajne sú však ďalšie epizódy kratšie a miernejšie ako prvá.

8. Patelofemorálna bolesť - bolesť kolena

8.1 Čo to je?

Patelofemorálna bolesť je najčastejší syndróm z preťaženia v detskom veku. Poruchy z tejto skupiny vznikajú v dôsledku opakovaných pohybov alebo pretrvávajúcich poranení z fyzickej aktivity v určitej časti tela - kĺboch alebo šľachách. Tieto poruchy sú omnoho častejšie u dospelých (tenisový alebo golfový lakeť, syndróm karpálneho tunela, atď.) ako u detí.
Patelofemorálna bolesť predstavuje bolesť v kolene pri aktivitách, ktoré kladú veľkú záťaž na patelofemorálny kĺb (kĺb tvorený jabĺčkom - patelou a dolnou časťou stehennej kosti - femurom).
Ak je bolesť spojená aj so zmenami povrchového tkaniva na vnútornej strane jabĺčka (chrupavky) používa sa názov chondromalácia pately.
Používané synonymá: patelofemorálny syndróm, chondromalácia pately, chondromalácia, bolesť prednej časti kolena.

8.2 Ako časté to je?

Výskyt je veľmi zriedkavý u detí do 8 rokov a postupne sa stáva častejší u dospievajúcich. Patelofemorálna bolesť je častejšia u dievčat. Tiež sa častejšie vyskytuje u detí so značným zakrivením kolien v tvare X (vbočené kolená) alebo v tvare O (vybočené kolená), ako aj detí s poruchou jabĺčka v dôsledku jeho nestabilita alebo vychýlenia.

8.3 Aké sú hlavné príznaky?

Hlavným príznakom je bolesť v prednej časti kolena, ktorá sa zhoršuje s aktivitami ako sú beh, chôdza hore alebo dole schodmi, drepy alebo skákanie. Bolesť sa rovnako zhoršuje pri dlhom sedení s ohnutými kolenami.

8.4 Ako sa to diagnostikuje?

Patelofemorálna bolesť u zdravých detí je klinická diagnóza (laboratórne a röntgenové vyšetrenia nie sú potrebné). Túto bolesť je možné vyvolať tlakom na jabĺčko alebo jeho zadržaním pri napnutí stehenných svalov (kvadricepsu) ako pre vystretí kolena.

8.5 Ako sa to dá liečiť?
U väčšiny detí bez iných ochorení kolena (ako sú uhlové poruchy kolena a nestabilita jabĺčka) je patelofemorálna bolesť neškodný stav, ktorý spontánne ustúpi. Ak bolesť bráni bežným aktivitám alebo športu, môže pomôcť posilňovanie kvadricepsu, či aplikácia studených obkladov po cvičení.

8.6 A čo každodenný život?
Deti by mali viesť normálny život. Ich fyzická aktivita by mala byť prispôsobená tak, aby nebola bolestivá. Veľmi aktívne deti môžu používať spevňujúci návlek na nohu s fixátorom jabĺčka.

9. Epifyzeolýza hlavice stehennej kosti

9.1 Čo to je?
Príčina epifyzeolýzy hlavice stehnovej kosti (zosunutia v mieste rastovej platničky) nie je neznáma. Rastová platnička je vrstva chrupavky vložená medzi dve časti kosti a je mechanicky najslabšou časťou kosti. Keď rastová chrupka zvápenatie a sama sa stane kosťou, rast kosti sa zastaví.

9.2 Ako často sa to vyskytuje?
Ide o zriedkavé ochorenie postihujúce 3-10 zo 100,000 detí. Častejšie sa vyskytuje u dospievajúcich a u chlapcov. Obezita sa zdá byť faktorom, ktorý predisponuje k tomuto ochoreniu.

9.3 Aké sú hlavné príznaky?
Krívanie a bolesť bedrového kĺbu s jeho zníženou pohyblivosťou sú hlavnými príznakmi. Bolesť môže byť pociťovaná v hornej (dve tretiny) alebo dolnej (jedna tretina) časti stehna a zvyšuje sa fyzickou aktivitou. U 15% detí choroba postihuje oba bedrové kĺby.

9.4 Ako sa to diagnostikuje?
Nález pri fyzikálnom vyšetrení je charakteristický, so zníženou

pohyblivosťou bedrového kĺbu. Diagnóza sa potvrdí röntgenovým vyšetrením v šikmej projekcii, ktorá sa docieli v tzv., „žabej polohe".

9.5 Ako sa to lieči?

Tento stav je považovaný za ortopedickú urgenciu a vyžaduje chirurgickú stabilizáciu hlavice stehennej kosti vložením klincov.

9.6 Aká je prognóza?

Prognóza záleží od toho, ako dlho bola hlavica v skĺznutej polohe pred stanovením diagnózy a na stupni skĺznutia. Navyše sa líši od dieťaťa k dieťaťu.

10. Osteochondrózy (synonymá: osteonekrózy, avaskulárne nekrózy)

10.1 Čo to je?

Slovo "osteochondróza" znamená "smrť kosti". Predstavuje početnú skupinu ochorení neznámeho pôvodu, charakteristickú prerušením toku krvi do primárneho alebo sekundárneho osifikačného centra. Pri narodení sú kosti tvorené prevažne chrupavkou, mäkkým tkanivom, ktoré sa postupom času mineralizuje a mení sa na tvrdú a odolnú kosť. Proces mineralizácie – zvápenatenia začína v určitých úsekoch kostí, v tzv. osifikačných centrách, a odtiaľ sa šíri do ostatných častí kosti. Bolesť je hlavným príznakom tejto poruchy. V závislosti od postihnutej kosti má ochorenie má rozličné názvy.
Diagnóza sa potvrdí zobrazovacími vyšetreniami. Röntgenové vyšetrenie postupne ukáže typické zmeny kosti: fragmentáciu (ohraničené ostrovčeky v kostnom tkanive), zborenie, sklerózu (zvýšenú hustotu kosti - kosť vyzerá „belšie") a často aj reosifikáciu (tvorbu novej kosti) s obnovením obrysov kosti.
Hoci sa môže zdať, že ide o závažnú chorobu, je celkom bežná u detí a s výnimkou prípadov s veľkým postihnutím bedrového kĺbu, má výbornú prognózu. Niektoré formy ostechondrózy sú také bežné, že sú považované za normálne variácie vývoja kostí (Severova choroba). Ostatné môžu byť zaradené medzi syndrómy z preťaženia (Osgoodova-Schlatterova a Sinding-Larsenova-Johanssonova choroba).

10.2 Leggova-Calvého-Perthesova choroba

10.2.1 Čo to je?
Ide o avaskulárnu nekrózu hlavice stehennej kosti (časť stehennej kosti najbližšie k bedrovému kĺbu).

10.2.2 Ako často sa to vyskytuje?
Nejde o bežnú chorobu, vyskytuje sa u 1 z 10000 detí, častejšie u chlapcov (4-5 chlapcov na 1 dievča) vo veku 3-12 rokov a špeciálne u detí od 4 do 9 rokov.

10.2.3 Aké sú hlavné príznaky?
U väčšiny detí je prítomné krívanie a rozličné stupne bolesti bedrového kĺbu. Niekedy nie je bolesť prítomná vôbec. Zvyčajne je postihnutý len jeden kĺb, ale v 10% prípadov je ochorenie obojstranné.

10.2.4 Aká je diagnostika?
Mobilita kĺbu je obmedzená a môže byť bolestivá. Röntgen spočiatku neodhalí žiadne zmeny, ale neskôr odráža postupnosť štádií ochorenia popísaných v úvode. Kostná scintigrafia alebo magnetická rezonancia zachytia túto chorobu skôr ako röntgen.

10.2.5 Ako sa to dá liečiť?
Deti s touto chorobou by mali byť odoslané do starostlivosti detského ortopedického oddelenia. Zobrazovacie metódy sú kľúčové pre diagnostiku. Liečba záleží od závažnosti ochorenia. Vo veľmi miernych prípadoch môže stačiť aj sledovanie, keďže kosť sa môže zhojiť sama s len minimálnym poškodením.
Pri závažnejšom postihnutí kĺbu sa liečba zameriava na udržanie postihnutej hlavice stehennej kosti v kĺbe, aby sa pri novotvorbe kostného tkaniva obnovil jej okrúhly tvar.
Tento cieľ sa dá dosiahnuť nosením tzv. abdukčnej dlahy u mladších detí, alebo chirurgickým vytvarovaním hlavice u starších detí

(osteotómia – vyťatie klinu kosti, aby sa hlavica udržala v lepšej polohe).

10.2.6 Aká je prognóza?

Prognóza závisí od poškodenia hlavice stehennej kosti (čím menej, tým lepšie) rovnako ako aj veku dieťaťa (najlepší vek je pod 6 rokov). Plná rekonvalescencia trvá 2 až 4 roky. Vo všeobecnosti majú dve tretiny postihnutých bedrových kĺbov dobré dlhodobé vyhliadky čo do ich anatómie aj funkčnosti.

10.2.7 A čo každodenný život?

Obmedzenia v bežnom živote závisia od použitej liečby. Sledované deti by sa mali vyhýbať veľkej záťaži bedrových kĺbov (skákanie, beh). Mali by však pokračovať v inak normálnom školskom živote a zúčastňovať sa na všetkých ostatných aktivitách, ktoré nezahŕňajú nosenie ťažkých bremien.

10.3. Osgoodova-Schlatterova choroba

Vzniká následkom opakovaných drobných poranení osifikačného centra tzv. tuberozity píšťaly (kostný hrbolček v hornej časti predkolenia), ktoré sú spôsobené ťahom patelárnej šľachy. Vyskytuje sa u 1% dospievajúcich a je častejšia u jedincov, ktorí športujú.
Bolesť sa zhoršuje pri aktivitách ako je beh, skákanie, chôdza hore alebo dole schodmi alebo kľačanie. Diagnóza sa stanovuje fyzikálnym vyšetrením, pri ktorom sa zistí veľmi charakteristická citlivosť alebo bolesť niekedy sprevádzaná opuchom, v mieste, kde sa patelárna šľacha pripája k píšťale.
Röntgen je normálny alebo sa zobrazia malé fragmenty kosti v oblasti kostného hrbolčeka píšťaly. Liečba spočíva v prispôsobení fyzickej aktivity tak, aby pacienti boli bez bolesti, v aplikácii chladivých obkladov po športe a oddychu. Toto ochorenie postupom času ustúpi.

10.4 Severova choroba

Označuje sa tiež apofyzitída kalkanea. Je to osteochondróza pätovej kosti súvisiaca pravdepodobne s ťahom Achillovej šľachy.

Je jednou z najbežnejších príčin bolesti päty u detí a adolescentov. Ako iné formy osteochondrózy, Severova choroba je spájaná s aktivitou a je bežnejšia u mužov. Začína zvyčajne vo veku 7-10 rokov bolesťou päty a občas aj krívaním po cvičení.
Diagnóza sa stanovuje klinickým vyšetrením. Nie je potrebná liečba okrem prispôsobenia úrovne aktivity, aby sa predchádzalo bolesti. Ak tento prístup nepomôže, je potrebné použiť vankúšik pod pätu. Tento stav by sa mal časom upraviť sám.

10.5 Freibergova choroba

Ide o osteonekrózu hlavičky druhej predpriehlavkovej kosti nohy. Spôsobuje ju zrejme trauma. Nie je bežná a vo väčšine prípadov postihuje dospievajúce dievčatá. Bolesť sa zhoršuje pri fyzickej aktivite. Klinické vyšetrenie odhalí citlivosť pod hlavičkou druhej predpriehlavkovej kosti a občas aj opuch. Diagnóza sa potvrdí röntgenom, môže však trvať až dva týždne od nástupu príznakov kým sa objavia prvé zmeny. Liečba spočíva v oddychu a v podložení priehlavku poduškou do topánok.

10.6 Scheuermannova choroba

Scheuermannova choroba, označovaná aj ako juvenilná kyfóza– guľatý chrbát resp. hrb, je osteochondróza tiel stavcov (kosť na okraji vrchnej a spodnej časti každého stavca). Je častejšia u dospievajúcich chlapcov. Väčšina detí s touto chorobou má nesprávne držanie tela, s alebo bez bolestí chrbta. Bolesť závisí od fyzickej aktivity a úľava prichádza pri odpočinku.
Podozrenie na diagnózu sa vysloví pri vyšetrení (ostré zahnutie chrbta) a potvrdí sa röntgenom chrbtice.
Podmienkou stanovenia diagnózy je nález nerovností stavcových platničiek a klinovité zúženie prednej hrany stavcov o 5 stupňov aspoň na troch po sebe idúcich stavcoch.
Väčšinou nie je potrebná iná liečba, než obmedzenie fyzickej aktivity na úroveň, ktorá nevyvoláva bolesť a sledovanie. V závažných prípadoch je možné použiť korzet.