



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

Синдроми Болю У Кінцівках

Версія 2016

10. Остеохондроз (синоніми: остеонекроз, аваскулярний некроз)

10.1 Що це означає?

Термін "остеохондроз" означає "смерть кістки". Остеохондроз належить до різноманітної групи захворювань невідомої етіології, що характеризуються перепоною току крові до центру окостеніння в уражених кістках. При народженні кістки в основному складаються із хряща, м'якшої тканини, що з часом заміщається більш мінералізованою і стійкою тканиною (кістка). Це заміщення починається у специфічному місці в межах кожної кістки, що відоме як центр осифікації, з часом поширюючись на інші ділянки кістки.

Біль є основним симптомом цього розладу. В залежності від ураженої кістки хвороба має різні назви.

Діагноз ґрунтується на візуалізаційних дослідженнях. Рентген показує в послідовності фрагментацію ("острівці" в межах кістки), колапс (переломи), склероз (збільшення щільності, кістка виглядає "білішою" на плівках) і, часто, повторне окостеніння (формування нової кістки) із реконструкцією кісткового контуру.

Хоча це захворювання розглядається як серйозне, і є доволі поширеним у дітей, але при відсутності ураження кульшового суглоба має сприятливий прогноз. Деякі форми остеохондрозу є настільки частими, що вважаються нормальною варіацією розвитку кістки (хвороба Севера). Інші утворюють групу "синдромів зловживання" (хвороби Осгуд-Шляттера, Синдінга-Ларсена-Йоханссона).

10.2 Хвороба Легг-Кальве-Пертеса

10.2.1 Що це означає?

Це захворювання пов'язане із асептичним некрозом головки стегнової кістки (частина стегнової кістки, найближча до клуба).

10.2.2 Наскільки поширеною є хвороба?

Це захворювання не є поширеним, зустрічається у 1/10 000 дітей. Воно є більш частим у хлопчиків (4/5 хлопчиків на 1 дівчинку) у віці між 3 та 12 роками і особливо у дітей від 4 до 9 років..

10.2.3 Якими є основні симптоми?

Більшість дітей мають кульгання та різного ступеня біль у стегні. Іноді болу може не бути взагалі. Найчастіше в процес втягується одне стегно, втім в близько 10 % випадків захворювання є білатеральним.

10.2.4 Як її діагностувати?

Рухомість стегна порушена і може супроводжуватися болем. Рентгенологічне дослідження може давати нормальні результати на початку, але потім показати прогресування описаних у вступі змін. Сканування кісток та магнітнорезонансна томографія дозволяють визначити захворювання раніше, ніж рентген.

10.2.5 Як ми можемо її лікувати?

Діти із хворобою Легг-Кальве-Пертеса повинні бути передані у педіатричне ортопедичне відділення. Візуалізація є необхідною для постановки діагнозу. Лікування залежить від тяжкості захворювання. У дуже легких випадках достатнім може бути спостереження, оскільки кістка гоїться сама по собі з невеликим ураженням.

У більш складних випадках метою терапії є утримання ураженої голівки стегнової кістки в межах кульшового суглоба так, що коли починається формування нової кістки, голівка стегнової кістки

відновлює свою сферичну форму.

Ця мета може бути досягнута по-різному: носінням відвідних стременців (молодші діти) або шляхом хірургічної зміни форми стегнової кістки (остеотомія, клиновидна резекція кістки для утримання голівки стегнової кістки в кращому положенні) (у дітей старшого віку).

10.2.6 Яким є прогноз?

Прогноз залежить від ступеня втягнення голівки стегнової кістки (чим менше, тим краще) та віку дитини (кращий у дітей старших 6 років). Повне видужання триває 2-4 роки. Більше того, близько двох третин уражених стегнових кісток мають хороші довгострокові анатомічні та функціональні результати.

10.2.7 Як щодо повсякденного життя?

Обмеження повсякденної активності залежить від застосованого лікування. Діти, що перебувають під спостереженням, повинні уникати важких навантажень на стегно (стрибки, біг). Тим не менше, вони повинні вести нормальне шкільне життя і брати участь у всіх інших видах діяльності, які не пов'язані із носінням тягарів).

10.3 Хвороба Осгуд-Шляттера

Цей стан є результатом повторного травмування центру окостеніння великогомілкової бугристості (невеликий кістковий гребінь у верхній частині гомілки) власної зв'язки наколінника. Він має місце у близько 1 % підлітків і є більш поширеним у осіб, що займаються спортом.

Біль посилюється при бігу, стрибках, підйомі чи сходженні по сходах, присіданні. Діагноз виставляється при фізикальному обстеженні, з дуже характерним відчуттям чи болем, що іноді поєднується із набряком при попаданні зв'язки наколінника у великогомілкову кістку.

Рентген може бути нормальним чи показувати невелику фрагментацію кістки в зоні бугристості великогомілкової кістки. Лікування полягає в коригуванні рівня активності. Щоб попередити

виникнення болю застосовують холодні компреси після занять спортом і відпочинок. Захворювання минає з часом.

10.4 Хвороба Севера

Це захворювання також називається "п'ятковим апофізитом". Це є остеохондроз п'яткового апофізу п'яткової кістки, що, ймовірно, пов'язаний з розтягненням ахілового сухожилка.

Це є найчастішою причиною болю в п'яті у дітей і підлітків. Як і інші варіанти остеохондрозу, хвороба Севера є рухозалежною і більш поширеною у хлопчиків. Її початок є зазвичай у 7-10-річному віці з болю у п'ятці і часом з кульгання після фізичних вправ.

Діагноз виставляється клінічним обстеженням. Не потрібне застосування терапії окрім зниження рівня активності з метою уникнення виникнення болю, і якщо цей підхід не працює, слід використовувати подушечки для п'яток.

10.5 Хвороба Фрайберга

Цей стан характеризується остеонекрозом голівки другої плеснової кістки стопи. Його причиною, ймовірно, є травма. Хвороба є рідкісною і в більшості випадків виникає у дівчаток підліткового віку. Біль посилюється при фізичній активності. Фізикальне обстеження виявляє чутливість над голівкою другої плеснової кістки і іноді набряк. Діагноз виставляється рентгенологічно, хоча може пройти два тижні від початку появи симптомів до виявлення рентгенологічних змін. Лікування включає відпочинок і використання плеснової подушечки.

10.6 Хвороба Шойермана

Хвороба Шойермана чи "ювенільний кіфоз (кругла спина)" є остеонекрозом кільцевого апофізу тіла хребця (кістки по периферії у верхній і нижній частині кожного хребця). Хвороба є більш поширеною у хлопчиків-підлітків. Більшість дітей в цьому стані мають порушення постави із болем у спині чи без нього. Біль пов'язаний із фізичною активністю і може полегшуватися при відпочинку.

Діагноз запідозрюється при обстеженні (викривлення спини) і

підтверджується рентгенологічно.

Щоб поставити діагноз хвороби Шойермана, дитина повинна мати нерівності хребцевих пластин і переднє "заклинювання" на 5 градусів принаймні трьох послідовних хребців.

Хвороба Шойермана зазвичай не потребує лікування, окрім як відрегулювати рівень активності дитини, проводити спостереження і у важких випадках застосовувати фіксацію.