

ОТ 30.06.2014Г., ОБНОВЕН И МОДЕРЕН, МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР „Д-Р ХАЙВАЗОВ“

ПРИЕМА СВОИТЕ ПАЦИЕНТИ В

ЦЕНТРАЛНАТА СГРАДА НА АТМ ЦЕНТЪР, ЕТАЖ 7

ТЕЛЕФОННИЯТ НОМЕР СЕ ЗАПАЗВА: **02 875 71 11**

София 1784, ж.к. „Младост“, бул. „Цариградско шосе“ № 131, телефон: 02 875 71 11,  
e-mail: [mc@medicine-bg.com](mailto:mc@medicine-bg.com), <http://medicine-bg.com>

**БЮЛЕТИН 12 - ЮЛИ 2014**



## ОРТОПЕДИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ДЕЦАТА

\*Продължение темата от брой 11.

### **Аномалии на гръдния кош**

Заболяването, което казахме в предния брой 11, че се диагностицира още при раждането на детето, е аномалията хлътнали гърди в областта на гръдния кош. Има и други деформации на гръдния кош, за които родителите трябва да надглеждат внимателно – това са **Плоският гръден кош** и **Птичий гръден кош**.

**Плоският гръден кош** представлява вродена аномалия или се развива вследствие на натиск с гърди върху ученическия чин или детската масичка.

Аномалията се състои в намаляване на предно-задния размер на гръдния кош, поради което се влошава дишането. Провежда се лечение с дихателни упражнения - бързо максимално вдишване и бавно издишване. По такъв начин гръдният кош постепенно се разгъва.

**Птичий гръден кош** представлява вродено или придобито състояние, като по-често се развива в периода на израстването и пубертета. Страдат предимно болни от рахит деца. Гръдната кост изпъква напред заедно с ребрата. Дихателната и сърдечната дейности обикновено не са влошени.

Паралелно с аномалиите на гръдния кош, ще споменем няколко думи и за **аномалиите на гръбначния стълб**. Гръбначният стълб се състои от прешлени, които отгоре-надолу се разделят на: **шийни, гръдни, поясни, кръстцови и опашни**. Кръстцовите и опашните прешлени са сраснали помежду си и образуват кръстцова и опашна кост. Нерядка аномалия е срастването на последния поясен прешлен с кръстцовата кост, което ограничава подвижността на гръбначния стълб. С напредване на възрастта се появяват болки в областта на кръста, които наподобяват ишиас или лумбаго. Те се лекуват с физикални процедури и обезболяващи медикаменти.

Друга аномалия на гръбначния стълб е **шийното ребро**. То представлява израстък на последния или предпоследния шиен прешлен и варира на големина от недоразвито ребро до нормално оформено ребро, и притиска кръвоносните съдове, и нервите, които преминават от шията към ръката. С възрастта рамената спадат надолу, с което се увеличава натискното теглене и затова първите болки се появяват в зряла възраст. Болките, изтръпването и сковането обхващат обикновено вътрешната страна на ръката и малкия пръст, а по-рядко - цялата ръка. Болните изпитват слабост в ръката, движенията на пръстите са несигурни. Кожата на ръката е по-студена и по-бледа.

Аномалия на гръбначния стълб е и т. нар. **спина бифида** - разцепване на един или на няколко съседни прешлени пръстена. Най-често спина бифида се локализира в областта на поясните, кръстцовите и опашните прешлени пръстени. При по-голяма спина бифида съществуват инконтиненция на урина и изпражнения, парализира на долните крайници, декубитуси. Обикновено кожата над спината е окосмена.

Деформация на гръбначния стълб, която представлява странично изкривяване е **Сколиозата**. То се причинява от: вродена аномалия на прешлените, прекаран рахит неправилно седене на чина (училищна сколиоза), идиопатична сколиоза, която се развива без видима причина и вероятно е наследствена.

Сколиозата се среща почти седем пъти по-често у момичетата в сравнение с момчетата. Тя се развива в млада възраст – най-често до 13-тата годишнина, когато още не е завършен окончателно костния растеж.

Най-напред гръбначният стълб се отклонява съвсем леко встрани от вертикалната ос. При прогресиращо развитие изкривяването постепенно се засилва. Признаците на ранната сколиоза се забелязват най-често от родителите или от училищния лекар. Едното рамо стои по-ниско от другото, а линията на гръбначния стълб е S-образна. Понякога децата се оплакват от болка в гърба. При по-силно изразена сколиоза настъпва деформация на гръдния кош, който става асиметричен.

Лечението в ранен стадий се състои в провеждане на системни коригиращи физкултурни упражнения, чрез които се отстранява изкривяването. В напреднал стадий на болестта се използват изправителни корсети и бандажи, екстензионни апарати, гипсови корита, шини и други средства. По строго показание се предприема оперативно лечение - пластична реконструкция. Прогнозата при ранно откриване и ефективно лечение е добра. Профилактиката включва пълноценно хранене (прием на достатъчно витамини, микро- и макроеlementи), закаляване, редовна физкултура, борба срещу предразполагащите болестни фактори като рахит, полиомиелит и други.

Всички деца трябва се подлагат на редовни задължителни прегледи с оглед ранното откриване и ранното лечение на сколиозата





**Сколиотичната болест** - разликата между нея и сколиозата е в характерната деформация на прешлените. Болестта се среща по-често при момичета. Честотата ѝ варира между 7 и 23.

Сколиотичната болест може да бъде вродена, придобита и идиопатична. При вродената сколиоза най-честата причина за възникване на болестта е отклонение от нормалната структура на един или повече прешлени: допълнителен прешлен, „спояване“ на два или повече прешлена и др. Тази форма на сколиозата е характерна за ранната детска възраст и търпи по-бавно развитие в периодите на по-бърз растеж на организма (пубертета). Причините за придобитата сколиоза са много. Тя може да се дължи на парализа, травма, възпаление, рахит и други заболявания.

Идиопатичната сколиоза е програмирана още генетично в зиготата. Тук спадат около 80% всички случаи на сколиотична болест. Тя напредва в пубертета значително бързо в рамките на няколко месеца и прогресира до завършване на растежа.

Измененията на гръбначният стълб водят до промени в гръдния кош и органите разположени в него. В гръбначният стълб прешленовото тяло се деформира и сплесква от едната си страна. Гръдният кош се променя, и се образува ребрена гърбица. Вътрешните органи се разместват и притискат.

Клиничната картина е много характерна. Установява се асиметрия на гръдния кош, изпъкналост на ребрата с образуването на гърбица и скъсяването на тялото. Едното рамо стои по-високо от другото, което се вижда и при двете лопатки.

При по-леките случаи лечението включва лечебна физкултура, плуване и носене на корсети. Когато сколиотичната болест е напреднала и не се влияе от консервативното лечение се налага оперативна намеса.

Заболяване на детската и юношеската възраст, при което болестният процес от начало до края протича без никакви признаци за инфекция, е **Асептичната некроза**.

В хода на заболяването се развива некроза на костната тъкан и костния мозък в засегнатата област поради запушване на локалните изхранващи кръвоносни съдове.

В протичането на заболяването се отчитат пет стадия:

1. Некроза (умъртвяване) на костната тъкан;
2. Раздробяване на некротичната костна тъкан;
3. Проникване на кръвоносни съдове от незасегнатата в засегнатата част на костта;
4. Образуване на нова костна тъкан и резорбция на некротичната;
5. Оздравяване с възстановяване на нормална костна тъкан.

Най-честата форма на болестта е **асептичната некроза на главичката на бедрената кост (т. нар. болест на Пертес)**. От нея заболяват деца на възраст от 5 до 12 години. По правило се засяга почти винаги дясната тазобедрена става, като в другата настъпват само леки изменения. Момчетата боледуват 4-5 пъти повече от момичетата. Най-ранните признаци са болка и накуцване.

Болката е локализирана в тазобедрената става, по-рядко се разпространява в коляното или целия крак. Постепенно се развива мускулна контрактура с принудително свит и торичан навън крак. По-късно настъпва атрофия на мускулатурата на бедрото. Заболяването продължава от 3 до 5 и повече години, като в много случаи настъпва самоизлекуване с трайни последици (накуцване, скъсяване на крака, мускулна атрофия, деформираща атроза).



**Асептичната некроза на големия пищял (тибия)** най-често се развива у момчета на възраст 14-17 години, занимаващи се активно със спорт (главно футбол). След контузия или повишено натоварване в областта на коляното и тибията се появява оток, болезнен при натиск. Накуцването трае две-три години, след което постепенно настъпва оздравяване.

Болестта, която при разглеждането на спортните травми, казахме че засяга предимно момчета, е **Болест на Осгуд-Шлатер**. Ще повторим накратко нейните клинични особености: областта, която е засегната е по предната повърхност на големия пищял. Болестта може да обхване, както само единия пищял, така и двата. Причината за нея е предхождаща травма в тази област или в близка до нея. Характеризира се с поява на болки по предната повърхност на големия пищял при по-продължително натоварване на областта. На същото място се образува подутина.

Заболяване има бавен ход и хронифицира. Ето защо и лечението е продължително - около година. Препоръчва се през този период да има покой, като при по-тежките случаи може да се наложи имобилизация. Забраняват се силови игри – каране на колело, игра на футбол, бягане, рязко клякане и ставане и др. Препоръчва се и физиотерапия и топлинни процедури. При някои по-засегнати случаи може да се наложи и хирургично лечение.

Придобито заболяване, дължащо се на травма, рахит, смущения в епифизите, които са свързани с ускорен растеж е **Валгусната деформация на коляното**. Тя се винаги съпътства детския паралич и туберкулозата на ставата. При заболяването се наблюдава костна деформация. Ставните повърхности не си съответстват правилно, ставните връзки от вътрешната страна са разтеглени, а от външната скъсени и склерозирали. Видимо е изкривяването в областта на коляната става. Болните се оплакват от деформацията, която постепенно прогресира. Походката е характерна: ако деформацията е едностранна болните накуцват, при двустранна деформация болните ходят клатейки се. Коляната става е халтава, с тенденцията при натоварване за увеличение на валгуса. Валгусната деформация на коляното натоварва тазобедрената става. Ако деформацията не се лекува оплакванията от тазобедрената става могат да станат сериозни. Лечението зависи от основното страдание. При рахит в разцвет се прилагат етапни редресации и гипсова имобилизация. При стабилизиранни деформации се прилага оперативно лечение – остеотомия.



**Адолесцентна епифизиолиза** е характерно заболяване за момчета, между 17 и 18 години. В голям процент от случаите заболяването обхваща и двете тазобедрени стави. Като причина за развитие на болестта се посочва адипозо-гениталната дистрофия. Това е заболяване, което се характеризира с хипогенитализъм, затлъстяване около таза и долните крайници – женски тип затлъстяване. Като друг предразполагащ фактор се приема хиперфункция на предния отдел на хипофизата. Тези младежи са високи, слаби и бързо растящи.

Самото заболяване се дължи на неравновесие в производството на хормона на растежа и половите хормони. Всичко това води до механично отслабване на зоните на растежа на дългите кости. Впоследствие самите отдели на дългите кости се приплъзват едни спрямо други в областта на растежния хрущял. Най-често се засяга растежната хрущялна пластинка на бедрената кост между бедрената глава и бедрената шийка. Шийката е разместена нагоре и напред, така че главата контактува със задно-долната и повърхност.

Клиничната картина на болестта са характеризира с немного силна болка, преди всичко след интензивно натоварване. Постепенно се развива контрактура на засегнатия крайник и той се скъсява. С течение на времето се появява и друг симптом – накуцване.

В началните стадии лечението се състои в отбременяване и екстензия. Когато обаче е разместена до 1/3 от ширината на шийката – заигляне и имобилизация.