



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

Վերջույթների ցավային համախտանիշներ

Տարբերակ 2016

3. Կոմպլեքս տեղային ցավային համախտանիշ տիպ 1 (Հոմանիշներ են՝ Ռեֆլեքս սիմպատետիկ դիստրոֆիա, Օջախային իդիոպաթիկ ոսկրամկանային ցավային համախտանիշ)

3.1 Ի՞նչ է սա:

Վերջույթներում անհայտ ծագման, չափազանց ուժեղ ցավի առկայություն, որը հաճախ ուղեկցվում է մաշկի փոփոխություններով:

3.2 Ի՞նչ հաճախականությամբ է այն հանդիպում:

Հանդիպման հաճախականությունը անհայտ է: Ավելի հաճախ հանդիպում է դեռահասների մոտ (սկիզբը մոտավոր 12 տարեկանում), ավելի հաճախ աղջիկների մոտ:

3.3 Որո՞նք են հիմնական նշանները:

Սովորաբար, լինում է վերջույթների երկարատև, շատ ինտենսիվ ցավ, որը չի ենթարկվում բուժման տարբեր միջոցներին և ժամանակի ընթացքում ուժեղանում է: Հաճախ ցավի պատճառով հնարավոր չի լինում օգտագործել ախտահարված վերջույթը: Չգացողությունները, որոնք շատ մարդկանց համար անցավ են, օրինակ թեթև հպումը, այս երեխաների համար չափազանց ցավոտ են: Այս տարօրինակ զգացողությունը կոչվում է «ալոդինիա»: Այս նշանները ազդում են հիվանդ երեխաների առօրյայի վրա, նրանք հաճախ բացակայում են դասերից: Ժամանակի ընթացքում, որոշ երեխաների մոտ փոխվում է մաշկի գույնը (գունատություն կամ մարմարանման բծավոր տեսք), մաշկի

ջերմությունը (սովորաբար մաշկը լինում է սառը) կամ քրտնարտադրությունը: Կարող է առկա լինել նաև վերջույթների այտուց: Երեխան երբեմն կարող է վերջույթը պահել անսովոր դիրքում՝ հրաժարվելով որևէ շարժում կատարել:

3.4 Ինչպե՞ս է այն ախտորոշվում:

Մինչև մի քանի տարի առաջ, այս համախտանիշը կոչվում էր տարբեր անուններով, բայց այսօր բժիշկներն անվանում են այն Բարդ տեղային ցավային համախտանիշ: Այս հիվանդության ախտորոշման համար կիրառվում են տարբեր չափորոշիչներ: Ախտորոշումը կլինիկական է՝ հիմնված ցավի առանձնահատկությունների (ծանրության աստիճան, տևողություն, շարժումների սահմանափակում, բուժմանը չպատասխանելը, ալոդինիայի առկայություն) և ֆիզիկական գնման վրա: Գանգատների և կլինիկական նշանների զուգորդումը խիստ տիպիկ են: Ախտորոշման հաստատման համար մինչև հիվանդին մանկական ռեմատոլոգի մոտ ուղարկելը պետք է նախապես ժխտվեն մի շարք այլ հիվանդություններ, որոնք կարող են ախտորոշվել և բուժվել թերապևտների կամ մանկուբույժների կողմից: Լաբորատոր տվյալներով շեղումներ չեն հայտնաբերվում: ՄՌՏ հետազոտությամբ կարող են հայտնաբերվել ոսկրերի, հոդերի և մկանների ոչ սպեցիֆիկ փոփոխություններ:

3.5 Ո՞րն է բուժումը:

Լավագույն մոտեցումն է իրականացնել ինտենսիվ ֆիզիկական վարժությունների ծրագիրը, որը կատարվում է ֆիզիկական և աշխատանքային թերապիստների ղեկավարությամբ, զուգակցված փսիխոթերապիայի հետ, կամ առանց դրա: Կիրառվում են այլ բուժումներ, առանձին կամ զուգակցված, այդ թվում նաև հակադեպրեսանտներ, կենսաբանական հետադարձ կապի ծրագիր, ներմաշկային էլեկտրական նյարդային խթանում և վարքագծի փոփոխումներ, սակայն առանց որոշակի արդյունքների: Անալգետիկները (ցավազրկողներ) սովորաբար արդյունավետ չեն: Հետազոտությունները ներկայումս ընթացքի մեջ են և մենք հույս ունենք, որ ապագայում, երբ պարզ կլինեն հիվանդության պատճառները, կլինեն ավելի արդյունավետ բուժման եղանակներ: Բուժումը բարդ է և՛ երեխաների, և՛ ընտանիքի անդամների, և՛

բուժող թիմի համար: Սովորաբար հիվանդության հետևանքով պատճառով առաջացած սթրեսի համար անհրաժեշտ է լինում հոգեբանական աջակցություն: Բուժման անարդյունավետության հիմնական պատճառն է հանդիսանում այն, որ ընտանիքի կողմից դժվար է ընդունվում ախտորոշումը և բուժումը:

3.6 Ո՞րն է հիվանդության երկարաժամկետ ելքը (պրոգնոզը):

Հիվանդության ելքը երեխաների մոտ ավելի բարենպաստ է, քան մեծահասակների մոտ: Որպես լրացում, երեխաներն առողջանում են ավելի արագ, քան մեծահասակները: Սակայն, վերականգնումը ժամանակ է պահանջում, և տարբեր երեխաների մոտ այն տարբեր է: Վաղ ախտորոշման և միջամտության դեպքում ելքն ավելի բարենպաստ է:

3.7 Ի՞նչ կասեք առօրյա կյանքի մասին:

Երեխային պետք է քաջալերել, որ պահպանի իր նորմալ գործնեությունը, կանոնավոր հաճախի դպրոց և շարունակի շփվել իր հասակակիցների հետ: