

A betegség előtti nem ismerik. Vérellátási zavart, sóvitelést, sterill osontelhalást, hormonális zavart, anyagcsere-betegséget tételeznék fel az egyes szerzők, de egyik sem bizonyított. *Tünetei* kezdetben nem jellemzőek. A gyermek a lábát húzza, sántít, fáradékony, de ezek a tünetek pihenésre elmúlnak. Később *fájdalom*, addukciós és befelé rotációs mozgáskorlátozottság lép fel a csípőízületben, relatív lábrövidüléssel.

A betegség három szakaszát különböztetik meg:

1. *Első szakasz*: fél-, egy évig tart, kevés röntgenjel látható, időszakos sántítással és fájdalommal jár.

2. *Második szakasz*: egy-két évig tartó *degeneráció* flexiós és addukciós csípőízületi kontraktúrával. A röntgenképen a csontmag kisebb az ép oldalhoz viszonyítva. A növekedési porc vonal egyenetlenné válik, az ízületi rés kiszélesedik, a femur feje lelapul.

3. *Harmadik szakasz*: a regeneráció, a gyógyulás szakasza, amely két-három évig tart. Az eredmény a kezeléstől és a csípőízület tehermentesítésétől függ. A betegség spontán gyógyul, ha sikerül a tehermentesítés. Ha ez időben történik, megszűnik a fájdalom, nem alakul ki kontraktúra. A regeneráció jelei esetén is csak óvatosan és fokozatosan szabad terhelni a csípőízületet, s állandó szakellenőrzés szükséges. Súlyos esetekben természetesen műtéti beavatkozás indokolt.

Gyógykezelése a tehermentesítés időszakában az általános kondicionálásra, az egészséges ízületek mozgására szűkül. Később a beteg alsó végtagot is mozgattuk az inaktivitási sorvadás megakadályozása és a kontraktúrák oldása végett. A gyakorlatok zömét ilyenkor is célszerű tehermentesített helyzetben végezni. Ezért is igen előnyös a vízben való mozgás, gyógyúszás. Műtét után az első lépés a végtag óvatos mobilizálása, passzív kllazítása, majd ellenállással szemben az ízületet körülvevő izmok megerősítése. Ezután egyre több járásgyakorlatot is végezhetünk egyenletes terheléssel.

Káros és tilos a csípőízület terhelése zökkenéssel és nagy ellenállással: ugrások, szökdelések, merev talajon való futás; nagyobb terhek emelése, hordása; hosszan tartó álldogálás, gyalogtúra.

SERDÜLŐKORI COMBFEJELCSÚSZÁS (EPIPHYSEOLYSIS CAPITIS FEMORIS)

A combcsont proximális növekedési korongja, valószínűleg hormonális vagy anyagcserezavar következtében fellazul, ellenállása csökken, a fejecs a stábilkai és dinamikai erők hatására elmozdul a helyéről, *sapkacserián* lecsúszik eredeti helyéről és új helyén osontosul, rögzül. Így megváltozik az izfelszínnek illeszkedése, és ennek *arthrosis* (nem gyulladósos ízületi porpusztulás) a következménye. Fiúknál kissé gyakrabban fordul elő, mint lányoknál. Az esetek több mint fele egyoldali folyamat. A betegség a pubertás éveiben, 11—16 éves kor között jelentkezik.

LEGG—CALVE—PERTHES-KÓR (OSTEOCHONDRITIS DEFORMANS JUVENILIS COXAE)

A gyermekkor egyik leggyakoribb csípőízületi megbetegedése a combcsont fejének osteochondritise, azaz a csont- és porcszövet gyulladása. A gyermekkori csípőbetegségek 15—17%-át teszi ki. Leggyakrabban 4—10 éves kor között lép fel. A fiúk gyakrabban betegednek meg, mint a lányok.

A tünetek kialakulási ideje alapján kétféle formáját különböztetik meg: lassan és gyorsan (törésszerűen) kialakuló forma.

A *lassan kialakuló formán* (amely jóval gyakoribb) cspő-, térd- és combfájdalom lép fel fokozatosan, majd a cspőízület mozgásának korlátozottsága következik be. Addukciós kontraktúra, flexiós mozgáskorlátozottság és a láb kifelé fordult tartása alakul ki.

A *gyorsan kialakuló formánál* (az esetek mintegy 5%-a) balesetre vagy „rossz mozdulatra” az elcsúszás hirtelen következik be. Ezek a tünetek olyanok, mint combnyaktörésnél: hirtelen nagy fájdalom kíséretében az alsó végtag kifelé fordul, kissé megrövidül, a gyermek járásképtelenné válik és a cspő-abdukción mozgása erősen korlátozott. Ezután aránylag hamar, szintén cspőízületi arthrosis lép fel.

Nagyon fontos az elváltozás korai felismerése — a leírt tüneteket talán leg hamarabb a testnevelő tanár ismerhetné fel —, és a gyermeket mielőbb szakintézetbe kell küldeni. A korai esetekben is csak a műtéti kezeléstől lehet jó eredményt várni, combnyakszeggel rögzítik a helyére tett fejcsét. Elcsúszott helyzetben összeesontosodott fejecs esetén korrekciós esontátvésést szoktak végezni.

Gyógytestnevelése: a műtét után a szakintézetben kezdik tornáztatni a gyermeket, a cspőízület tehermentesítése mellett. Az általános kondicionáló jellegű mozgatás, erősítés mellett a műtött lábat is mozgatják, erősítik: távolítással és hajlítással. A felállás előkészítéseként a nagy farizom és a négyfejű combizom fokozott erősítése szükséges (pl. hason fekvésben lábemelés, hanyatt fekvésben térdnyújtás).

Iskolai gyógytestnevelésre tehát leginkább műtött és szakintézményben kezelt gyermek kerül. Ennek szempontjai megegyeznek a cspőficammal kapcsolatosan leírtakkal. Szigorúan óvnunk kell a tanulókat az *ellenjavalt gyakorlatoktól*: a beteg oldal tilzott és egyoldali terhelésétől, ugrásoktól, futásoktól, térdelésektől és a cspőízület rotációját igénylő mozgásoktól.

A tünetek kialakulási ideje alapján kétféle formáját különböztetik meg: lassan és gyorsan (törésszerűen) kialakuló forma.

A *lassan kialakuló formán* (amely jóval gyakoribb) csípő-, térd- és combfájdalom lép fel fokozatosan, majd a csípőízület mozgásának korlátozottsága következik be. Adduktívós kontraktúra, flexiós mozgáskorlátozottság és a láb kifelé fordult tartása alakul ki.

A *gyorsan kialakuló formánál* (az esetek mintegy 5%-a) balesetre vagy „rossz mozdulatra” az elcsúszás hirtelen következik be. Ezek a tünetek olyanok, mint combnyaktörésnél: hirtelen nagy fájdalom kíséretében az alsó végtag kifelé fordul, kissé megrövidül, a gyermek járasképtelenné válik és a csípő abduktívós mozgása erősen korlátozott. Ezután aránylag hamar, szintén csípőízületi arthrosis lép fel.

Nagyon fontos az elváltozás korai felismerése — a leírt tüneteket talán leg hamarabb a testnevelő tanár ismerhetné fel —, és a gyermeket mielőbb szakintézetbe kell küldeni. A korai esetekben is csak a műtéti kezeléstől lehet jó eredményt várni, combnyakszeggel rögzítik a helyére tett fejecset. Elcsúszott helyzetben összecsontosodott fejecs esetén korrekciós osontátvívést szoktak végezni.

Gyógytestnevelése: a műtét után a szakintézetben kezdik tornáztatni a gyermeket, a csípőízület tehermentesítése mellett. Az általános kondicionáló jellegű mozgatás, erősítés mellett a műtött lábat is mozgatják, erősítik: távolítással és hajlítással. A felállítás előkészítéseként a nagy farzom és a négyfejű combizom fokozott erősítése szükséges (pl. hason fekvésben lábemelés, hanyatt fekvésben térdnyújtás).

Iskolai gyógytestnevelésre tehát leginkább műtött és szakintézményben kezelt gyermek kerül. Ennek szempontjai megegyeznek a csípőízülettel kapcsolatos leírattal. Szigorúan óvniuk kell a tanulókat az *ellenjavalt gyakorlatoktól*: a beteg oldal túlzott és egyoldali terhelésétől, ugrásoktól, futásoktól, térdelésektől és a csípőízület rotációját igénylő mozgásoktól.