



[www.pediatric-rheumatology.printo.it](http://www.pediatric-rheumatology.printo.it)

## БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ

### 1) Синонимы синдрома фибромиалгии.

Фибромиалгия относится к группе “диффузных идиопатических мышечно-скелетных синдромов”.

#### Что это такое?

Фибромиалгия - это заболевание, характеризующееся долгосрочными распространенными болями, болезненными участками в мягких тканях (мышцах и сухожилиях) и выраженной утомляемостью.

#### Как часто это встречается?

Фибромиалгия встречается, главным образом, у взрослых. Сообщалось о редких случаях у детей, преимущественно подросткового возраста.

У женщин заболевание встречается чаще, чем у мужчин. Дети с этим заболеванием имеют много общих черт с детьми с синдромом локальных идиопатических мышечно-скелетных болей.

#### Каковы типичные клинические проявления заболевания?

Пациенты жалуются на диффузные боли в глубине тканей. Тяжесть этих болей субъективна. Боль имеет место с обеих сторон тела, как в верхних, так и в нижних конечностях.

Сон неполноценный и утром у пациенты просыпаются “несвежими”, не отдохнувшими после сна.

Другим частым проявлением является выраженная утомляемость сопровождающаяся снижением физических возможностей пациента.

Пациенты с этим заболеванием часто предъявляют такие общие жалобы как головная боль чувство отека конечностей (объективно отсутствующей) и их онемение.

Эти симптомы вызывают чувство тревоги, депрессию и множество ошибок и проблем в школе.

#### Как ставится диагноз заболевание?

Наличие генерализованных болей в 4 участках тела продолжительностью более чем 3 месяца вместе с наличием болей в 11 из 18 чувствительных точек при врачебном обследовании позволяет поставить диагноз.

Чувствительные точки определяются клинически путем надавливания большим пальцем, которые более надежно определяются долориметром - специальным прибором для измерения боли.

#### Как лечится заболевание?

Важным методом уменьшения тревоги, вызываемой заболеванием является убеждение пациента и его семьи в том, что хотя боль является тяжелой и существует реально, отсутствует повреждение суставов или какое-либо серьезное соматическое заболевание.

Терапия осуществляется с помощью мультидисциплинарного (представленного различными медицинскими специальностями) подхода и основывается на трех методах.

Наиболее важным является предложение программы усиливающих кардиоваскулярных тренировок по типу “фитнеса”. Наилучшим видом физических упражнений является плавание. Вторым методом является начало когнитивной поведенческой терапии, индивидуально или в группе.

Наконец, ряд пациентов может нуждаться в медикаментозной терапии с целью нормализации сна. Может помочь использование специальных подушек, которые поддерживают шею во время сна.

### **Прогноз.**

Нелегко добиться выздоровления от этого заболевания, для чего требуются значительные усилия пациента и существенная поддержка со стороны семьи. Как правило, исходы у детей значительно лучше, чем у взрослых, и большинство из них полностью выздоравливают. Четкое выполнение назначений врача наряду с программой регулярных физических упражнений является наиболее важным фактором выздоровления.

## **2) Синдром локализованных идиопатических мышечно-скелетных болей.**

### **Синонимы.**

Рефлекторная симпатическая дистрофия, тип комплексного регионарного болевого синдрома.

### **Что это такое?**

Исключительно тяжелые боли в конечностях неизвестной природы, часто сочетающиеся с кожными изменениями.

### **Как часто это встречается?**

Отсутствуют достоверные данные об их частоте. Известно, однако, что они наиболее часто встречаются подростков (средний возраст начала - 12 лет) и у девочек.

### **Что является основными симптомами?**

Обычно отмечается длительный период жалоб на очень сильные боли в конечностях не отвечающие на разнообразную терапию которые ослабевают со временем. Часто в результате возникает невозможность действовать пораженной конечностью.

Ощущения, обычно безболезненные, у основной массы людей такие, как легкое прикосновение могут вызывать исключительно сильную боль, называемую аллодиния.

Со временем у части этих детей развивается изменение окраски кожных покровов (пестрота, формируемая пятнами побледнения или покраснения), температуры

(обычно снижение) и влажности. Иногда ребенок придает конечности необычную позу, отказываясь выполнять ею какие-либо движения.

### **Как диагностируется заболевание?**

Еще несколько лет назад эти синдромы, хотя и получившие различные названия, рассматривались большинством как имеющие неизвестное происхождение и лечившиеся одинаково, но настоящая тенденция помещать их под “зонтик” синдрома локализованных мышечно-скелетных болей. Предложены критерии для диагностики этого заболевания.

Диагноз является клиническим, основывается на особенностях болей (тяжелые, продолжительные, ограничивающие активность, не отвечающие на терапию, наличие аллодинии) и физикальном исследовании. Комбинация жалоб и клинических находок в результате дает полную характеристику заболевания. Диагноз требует исключения которые, по большей части, исключены до того, как пациент попадает к педиатру-ревматологу. Результаты лабораторных исследований нормальные.

### **Терапия.**

Подход, который лучше всего работает, начинается с базовой программы физических упражнений, проводимых под наблюдением специалиста по реабилитологии и лечебной физкультуре, вместе или без психотерапии.

Лечение трудно для всех его участников: ребенка, семьи, группы медицинских специалистов. В силу стресса, вызываемого заболеванием, психологическое вмешательство также необходимо.

Предложено множество вариантов лечебных подходов, изолировано или в комбинации (антидепрессанты, биологическая обратная связь, чрескожная электростимуляция нервов, модификация поведения), однако результативность их не определена.

### **Прогноз.**

Заболевание имеет лучший прогноз у детей, чем у взрослых. Почти у всех детей возможно выздоровление.

### **Повседневная жизнь.**

Детей следует поощрять на поддержание нормального уровня активности. Целесообразно регулярное посещение школы и общение с ровесниками.

### **3) Эритромелалгия.**

Также известно как эритермалгия. Название заболевания образовано от 3 греческих слов, имеющих самостоятельное значение: “Эритрос” (красный, покраснение), “Мелос” (конечность), “Алгос” (боль). Заболевание исключительно редкое, но встречаются повторные случаи в одной семье.

Средний возраст возникновения заболевания у детей – 10 лет. Более часто встречается у девочек.

Заболевание характеризуется ощущением жжения и жара, покраснением и отеком стоп и, реже, кистей.

Отмечается усиление симптоматики под влиянием тепла и уменьшение при охлаждении конечностей, по этой причине ряд детей отказывается вынимать стопы из ледяной воды. Течение заболевания неослабевающее.

В качестве терапевтических мер, похоже, может быть полезным исключение пребывания на жаре и усиленных физических упражнений. У детей заболевание обычно не отвечает на нестероидные противовоспалительные препараты, которые помогают взрослым. Могут помочь вазодилататоры.

#### **4) Боли роста.**

##### **Что это такое?**

Боли роста – это доброкачественный синдром, к которому относят боли в конечностях с характерными чертами, обычно отмечающиеся у детей меньше 10 лет.

##### **Как часто это встречается?**

Боли в конечностях находятся среди ведущих причин обращения к специалистам по болям у детей.

Чаще всего среди них отмечаются боли роста. Во всем мире у 10-12% детей отмечаются боли роста, главным образом, в возрасте от 3 до 12 лет. У мальчиков и девочек эти боли встречаются с равной частотой.

##### **Что является основными симптомами?**

Боль возникает чаще всего в ногах (кожа, область икроножных мышц, задняя поверхность коленных суставов, бедра) и, обычно, двухсторонняя.

Боль появляется обычно во второй половине дня или ночью, часто при пробуждении ребенка. Родители обычно говорят, что боль развивается у ребенка в течение дня с увеличением двигательной активности.

Продолжительность этой боли обычно составляет от 10 до 30 минут, хотя и может варьировать от нескольких минут до часов.

Интенсивность боли от минимальной до очень сильной.

Боли роста преходящи, с интервалами отсутствия боли продолжительностью от нескольких дней до месяцев. В ряде случаев боль может возникать ежедневно.

##### **Как диагностируется заболевание?**

Характеристика болей в сочетании с нормальными результатами физикального исследования позволяют поставить диагноз.

Нет необходимости выполнять лабораторные и рентгенологические исследования, результаты которых всегда нормальны.

##### **Как лечится заболевание?**

Объяснение доброкачественной природы процесса уменьшает тревогу ребенка и семьи. Во время эпизода болей могут помочь локальный массаж и легкие анальгетики. У детей с частыми эпизодами, доза ибупрофена, даваемая вечером, может минимизировать или предотвратить боли.

##### **Прогноз.**

Боли роста не ассоциируются с каким либо серьезным органическим заболеванием и, обычно, прекращаются по мере взросления. У 100% детей боль исчезает, когда они становятся взрослыми.

### **5) Доброкачественный гипермобильный синдром.**

#### **Что это такое?**

К доброкачественному гипермобильному синдрому относят боль в конечностях вследствие избыточной подвижности (расширения амплитуды движений) в суставах, не ассоциирующаяся с какой либо врожденной патологией или заболеванием соединительной ткани.

Следовательно, доброкачественный гипермобильный синдром – это не болезнь, а скорее вариант нормы.

#### **Как часто это встречается?**

Доброкачественный гипермобильный синдром встречается у детей исключительно часто, сообщено, что он имеет место у 25-50% детей в возрасте до 10 лет. Часто он уменьшается с возрастом. Доброкачественный гипермобильный синдром часто встречается у нескольких представителей одной семьи.

#### **Что является основными симптомами?**

Гипермобильность часто приводит к преходящим рецидивирующим глубоким болям в коленных суставах, стопах и/или голеностопных суставах, возникающих в конце дня или ночью. У детей, играющих на фортепиано, скрипке и т.п. вместо этого боли могут возникать в пальцах рук.

Физическая активность и упражнения могут являться пусковым моментом усиления болей. Изредка может возникать легкая припухлость суставов.

#### **Как диагностируется заболевание?**

На основании набора критериев, количественно характеризующих гипермобильность суставов.

#### **Терапия**

Лечение необходимо очень редко. Если ребенок занимается спортом, в котором присутствуют повторяющиеся удары, таким как футбол или гимнастика и перерастяжения суставов, может быть полезно укрепление мышечной силы и защита суставов (функциональный бандаж).

#### **Повседневная жизнь.**

Гипермобильность – это доброкачественное состояние, уменьшающееся с возрастом. Семьи следует предупредить, что основной риск связан с препятствием ребенку жить обычной жизнью.

Детей следует поощрять поддерживать нормальный уровень жизненной активности, включая игры и спорт в соответствии с их интересами.

### **6) Транзиторный синовит**

**Токсический синовит, Раздраженное бедро.**

### **Что это такое?**

Накопление жидкости в полости тазобедренного сустава неизвестного происхождения, исчезающее самостоятельно и не оставляющее после себя каких либо повреждений.

### **Как часто это встречается?**

Это наиболее частая в педиатрии причина болей в тазобедренном суставе. Она отмечается у 2-3% детей в возрасте от 3 до 10 лет. Она более часто встречается у мальчиков, но не до такой степени, чтобы на каждую девочку с этим синдромом приходилось 3 или 4 мальчика.

### **Что является основными симптомами?**

Боль в тазобедренном суставе и хромота. Поражение тазобедренного сустава может проявляться болью в паху, над икроножной мышцей и иногда в коленном суставе, обычно возникающей внезапно. Наиболее частым проявлением является хромота у ребенка после пробуждения или отказ от прогулки.

### **Как диагностируется заболевание?**

Результаты физикального обследования довольно характерны: хромота с ограничением и болезненностью движений в тазобедренном суставе. В 5% случаев могут поражаться оба тазобедренных сустава. Рентгенограмма не изменена, в силу чего ее, обычно не делают.

### **Терапия.**

Основой лечения является отдых, который должен быть пропорционален степени боли. Нестероидные противовоспалительные препараты помогают уменьшить боль. При очень тяжелых эпизодах может быть полезно вытяжение за голень. Это состояние обычно проходит без лечения в среднем за 6-8 дней.

### **Прогноз.**

Отличный, с полным выздоровлением у более чем 99% детей. Изредка развиваются повторные эпизоды транзиторного синовита, обычно более легкие и короткие, чем первый эпизод.

## **7) Пателлофеморальная боль – боль в коленном суставе.**

Пателлофеморальная боль – наиболее распространенная в педиатрической практике разновидность синдрома избыточной нагрузки. Это группа заболеваний возникает в результате повторяющихся движений или связанных с физическими упражнениями повторных повреждений в определенной части тела.

Эти нарушения значительно более часто встречаются у взрослых (локоть игрока в гольф, локоть теннисиста, туннельный синдром запястья и т.п.), чем у детей.

### **Синонимы.**

Пателлофеморальный синдром, хондромалиция надколенника, хондромалиция, боль в передней поверхности коленного сустава.

### **Что это такое?**

К пателлофеморальной боли относят развитие болей по передней поверхности коленного сустава, которая усиливается при дополнительной нагрузке на коленно-надколенный сустав (сустав, образованный коленной чашечкой – пателлой – и нижележащей частью бедренной кости - фемур).

Когда это боль сопровождается изменением ткани (хряща) внутренней поверхности надколенника, используется термин хондромалиция надколенника.

### **Как часто это встречается?**

Это состояние очень редко встречается у детей меньше 8 лет, становясь значительно более частым у подростков.

Пателлофеморальная боль более часто встречается у девочек. Она может встречаться более часто у детей с вальгусной (угол между бедром и голенью, открытый наружу) или варусной (угол между бедром и голенью, открытый внутри) установкой коленного сустава; также, как и у детей с патологией надколенника (рецидивирующая нестабильность или слабость связочного аппарата).

### **Что является основными симптомами?**

Характерными симптомами являются боли по передней поверхности коленного сустава, усиливающиеся при нагрузке, такой как бег, подъеме или спуске по лестнице, приседании на корточки или прыжках. Боль также усиливается при сидении с подогнутыми ногами.

### **Как диагностируется заболевание?**

Пателлофеморальная боль у исходно здоровых детей является клиническим диагнозом (лабораторные или визуализирующие исследования не требуются). Боль может быть воспроизведена путем надавливания на коленную чашечку или путем удерживания надколенника от движения вверх при сокращении мышцы бедра (четырёхглавой мышцы).

### **Терапия**

В нем обычно нет необходимости. У большинства детей без сопутствующей патологии (такой как варусная или вальгусная деформация коленного сустава или нестабильность надколенника) это доброкачественное состояние, проходящее самостоятельно. Если боль мешает спортивным занятиям или повседневной деятельности может помочь начало занятий по укреплению четырёхглавой мышцы бедра. Лед может облегчить боль после физических упражнений.

### **Повседневная жизнь.**

Детям следует вести обычный образ жизни. Должен быть принят такой уровень физической активности, который не приводит к возникновению болей. Дети, очень активно занимающиеся спортом, могут использовать мягкий бандаж на коленный сустав, фиксирующий надколенник.

## **8) Соскальзывание эпифиза головки бедренной кости.**

### **Что это такое?**

Смещение по неизвестной причине головки бедренной кости в месте расположения зоны роста. Зона роста – слой хряща расположенная между костной тканью. Это наиболее слабый участок кости и со временем, когда она минерализуется, сама становясь костью, прекращается рост в длину.

### **Как часто это встречается?**

Этот редкое заболевание, отмечающееся у 3-10 из 100 000 детей. Оно более часто встречается в

Подростковом возрасте и у мальчиков. Ожирение, по-видимому, является предрасполагающим фактором.

### **Что является основными симптомами?**

Хромота и боль в тазобедренном суставе, усиливающаяся при физической нагрузке со снижением объема движений в тазобедренном суставе. Боль может ощущаться вверху (две трети) или внизу (одна треть) бедра, и усиливаться при физической нагрузке. У 15% детей отмечается двухстороннее поражение тазобедренных суставов.

### **Как диагностируется заболевание?**

Характерны результаты физикального исследования, выявляющего снижение объема движений в тазобедренных суставах. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием, которое предпочтительнее выполнять в осевой проекции или в позе “лягушки” (поза с разведением бедер).

### **Терапия.**

Хирургическое прикрепление (стабилизация головки бедренной кости путем наложения специальных скрепок для удержания ее на месте).

### **Прогноз.**

Зависит от того, как долго головка бедренной кости была в смещенном положении, до того, как поставлен диагноз и степени смещения.

## **9) Остеохондропатия (Синонимы: Остеонекроз, Аvascularный некроз).**

### **Введение.**

Слово “остеохондропатия” означает “костная смерть”. Это разнообразная группа заболеваний неизвестного происхождения, характеризующихся первичным нарушением кровотока и вторичной оссификацией центра пораженной кости. Кость при рождении состоит, по большей части, из хряща – более мягкой ткани, которая со временем все более и более минерализуясь, становится прочной тканью – костью. Замещение начинается в специфических участках, имеющих в каждой кости, которые носят название “центров оссификации”, распространяющееся со временем на остальную кость.

### **Что это такое?**

К остеохондропатиям относя процесс, связанный с утратой кровоснабжения центров оссификации костей их последующим замещением регенерирующей костной тканью. Боль является основным симптомом этих заболеваний.

Диагноз подтверждается визуализирующими методами исследования. Последовательно выполненные рентгенограммы показывают: фрагментацию (“островки” в кости), коллапс (спадение), склероз (увеличение плотности, кость выглядит как “пурга” на экране телевизора) и, часто, реоссификацию (образование новой кости) с восстановлением контура кости.

Хотя это может звучать как серьезный диагноз, это достаточно частое состояние у детей и, за исключением распространенного поражения тазобедренного сустава, имеет отличный прогноз. Некоторые формы остеохондропатий встречаются настолько часто, что рассматриваются как “нормальный вариант” развития кости (болезнь Севера).

Другие могут быть включены в синдромы избыточной нагрузки (болезни Осгуда-Шлаттера, Синдинга-Ларсена-Джоанссона).

### **9.1) Болезнь Легга-Калве-Пертеса.**

#### **Что это такое?**

Аваскулярный некроз головки бедренной кости (части бедренной кости, образующей тазобедренный сустав).

#### **Как часто это встречается?**

Это не очень частое заболевание, наблюдающееся у 1 из 10 000 детей. Оно более часто у мальчиков (4 или 5 мальчиков на каждую девочку) в возрасте от 3 до 12 лет, в особенности у детей от 4 до 9 лет.

#### **Что является основными симптомами?**

У основной части детей присутствует хромота и различной степени боль в тазобедренном суставе, иногда протекает бессимптомно. Обычно поражается только один сустав, но примерно в 10% случаев поражение двухстороннее.

#### **Как диагностируется заболевание?**

Нарушаются движения в тазобедренном суставе, они могут быть болезненны. Рентгенограмма может быть нормальной в начале болезни, в последующем демонстрирует последовательные изменения, описанные во введении. Сцинтиграфия кости и магнитно-резонансная томография выявляют заболевание раньше, чем методы с проекционным изображением.

#### **Терапия.**

Дети с болезнью Легга-Кальве-Пертеса всегда должны направляться в детские ортопедические отделения. Лечение зависит от тяжести заболевания. В очень легких случаях достаточно наблюдения.

В более тяжелых случаях лечение преследует цель удерживать поврежденную головку бедренной кости и тазобедренный сустав таким образом, что бы когда началось образование новой кости, бедренная головка сохранила свою сферическую форму.

Цель может быть в той или иной степени достигнута путем ношения отводящего фиксирующего ортопедического устройства (у детей раннего возраста) или с помощью хирургического изменения формы бедренной кости (операция остеотомии – рассечение с вбиванием клина в кость, таким образом, чтобы удерживать головку в наилучшей позиции – у более старших детей).

### **Прогноз.**

Зависит от того, насколько широко головка бедренной кости вовлечена в патологический процесс (чем меньше, тем лучше прогноз), а также от возраста ребенка (у детей до 6 лет прогноз лучше). Весь период до завершения процесса (от фрагментации до регенерации) составляет от 12 до 18 месяцев. Примерно более чем в двух третях случаев тазобедренные суставы имеют хороший отдаленный рентгенологический результат.

### **Повседневная жизнь.**

Зависит от применяемого лечения. Для детей, у которых решено ограничиться наблюдением, должны быть исключены тяжелые нагрузки на тазобедренный сустав (бег, прыжки). Однако, в остальном им следует вести нормальную школьную жизнь и участвовать во всех других видах деятельности, которая не позволяет накапливать вес.

### **9.2) Болезнь Осгуда-Шлаттера.**

Это результат повторного травмирования центра оссификации бугристости большеберцовой кости (маленького костного гребня, находящегося в верхней части голени) сухожилием надколенника. Она имеет место примерно у 1% подростков, отмечаясь более часто у тех, кто занимается спортом.

Боль усиливается при физической нагрузке, такой как бег, прыжки, подъем или спуск по лестнице и ползании на коленях. Диагноз ставится на основании физикального обследования, выявляющего очень характерную чувствительность при надавливании или боль, иногда сочетающихся с отеком места прикрепления сухожилия надколенника к большеберцовой кости.

Рентгенограмма может быть нормальной или демонстрировать маленькие фрагменты кости в области бугристости большеберцовой кости. Лечение основано на поддержании приемлимого уровня физической активности, которая не вызывает болей, прикладывании льда после занятий спортом и достаточном отдыхе.

Со временем заболевание проходит.

### **9.3) Болезнь Севера.**

Она также называется “Пяточный апофизит”. Это остеохондропатия апофиза пяточной кости, возможно связанная с тягой, производимой Ахилловым сухожилием.

Это одна из наиболее частых причин болей в пятках в педиатрической практике. Болезнь Севера связана с физической нагрузкой и более часто отмечается у лиц мужского пола. Она обычно начинается в возрасте примерно 6-10 лет, проявляется болью в пятке и иногда хромотой после физических упражнений.

Диагноз ставится на основании клинического обследования. Нет необходимости ни в каком лечении, кроме как подбора приемлимого уровня физической активности, не вызывающего болей, а если это не помогает, использовать подпяточную подушечку. Со временем это заболевание проходит.

#### **9.4) Болезнь Фрейберга.**

Остеохондропатия головки второй метатарзальной кости стопы. Причина ее, возможно, травматическая. Это заболевание встречается нечасто, в большинстве случаев у девушек-подростков. Боль усиливается с физической нагрузкой.

Физикальное обследование выявляет болезненность при надавливании над головкой второй метатарзальной кости и, иногда, отек там же. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием, хотя может потребоваться две недели от момента начала симптомов до появления изменений на рентгенограммах. Лечение включает отдых и подкладку под стопу.

#### **9.5) Болезнь Шойермана.**

Болезнь Шойермана или “ювенильный кифоз (круглая спина)” – это остеоохондропатия кольцевидных апофизов тел позвонков. Более часто встречается у мальчиков-подростков. Большинство детей с этим процессом имеют плохую осанку с болями в спине или без них. Боль связана с физической нагрузкой и может исчезать во время отдыха.

Предположение о диагнозе возникает при осмотре (острый угол грудного отдела позвоночника) и подтверждается при рентгенологическом исследовании.

Чтобы поставить диагноз болезни Шойермана у ребенка должно быть неровности позвончных пластинок и передняя клиновидная деформация с углом  $5^{\circ}$  по крайней мере трех последовательных позвонков.

Болезнь Шойермана не требует обычно другой терапии, кроме как поддержания ребенком приемлимого уровня физической нагрузки, наблюдения, и в тяжелых случаях, использования корсета.