https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/BG/intro

Синдром на болки в крайниците

Версия на 2016

1. Въведение

Много детски заболявания могат да причинят болки в крайниците. Названието Синдром на болка в крайниците е общ термин за група от различни медицински състояния със съвсем различни причини и клинични прояви, които имат една обща проява- наличие на продължителна или периодична болка в крайниците. За да се постави тази диагноза, лекарите извършват изследвания, търсещи известни заболявания, някои от тях тежки, които могат да причинят болки в крайниците.

2. Хроничен разпространен болков синдром (преди наречен Синдром на Ювенилна Фибромиалгия)

2.1 Какво е това?

Фибромиалгията принадлежи към групата "синдром на усилената мускулно-скелетна болка". Фибромиалгията е синдром, характеризиращ се с продължителна разпространена мускулно-скелетна болка, засягаща горната или долната част на крайниците, както и гърба, корема, гръдния кош, шията и / или челюстта в продължение на поне 3 месеца, комбинирани с умора, неободрителен сън, нарушения в нивото на внимание с променлива интензивност, проблеми с разсъжденията или паметта.

2.2 Колко често се среща?

Фибромиалгията се проявява предимно при възрастни. В детска

възраст се съобщава предимно при юноши, с честота около 1%. Жените са по-често засегнати от мъжете. Децата с това заболяване имат много общи клинични характеристики с тези, засегнати от комплексния синдром на регионалната болка.

2.3 Какви са типичните клинични белези?

Пациентите се оплакват от дифузна болка по крайниците, въпреки че силата на болката може да варира от дете до дете. Болката може да засегне всяка част от тялото (горните и долните крайници, гърба, корема, гръдния кош, шията и челюстта).
Децата с това състояние обикновено имат проблеми със съня и чувството за събуждане от невъзстановяващ, неободрителен сън.
Друго основно оплакване е изразена умора, придружена от намален физически капацитет.
Болните с фибромиалгия често съобщават за главоболие, подуване на крайниците (имат усещане за подуване, въпреки че такова не се наблюдава), скованост и понякога синкав цвят на пръстите.
Тези симптоми причиняват безпокойство, депресия и много отсъствия от училище.

2.4 Как се диагностицира?

Анамнезата за генерализирани болки в най-малко 3 области на тялото, продължаващи повече от 3 месеца, заедно с умора в различна степен, неободрителен сън и когнитивни симптоми (внимание, учене, мислене, памет, вземане на решения и способност за решаване на проблеми) е с диагностична стойност.
Много пациенти имат болезнени мускулни точки (тригерни точки) на определени места, въпреки че тази находка не се изисква за диагнозата.

2.5 Как може да се лекува?

Важно е да се намали тревожността, причинена от това състояние, като се обясни на пациентите и на техните семейства, че макар болката да е тежка и реална, няма нито увреждане на ставите, нито сериозно соматично заболяване.
Най-важният и ефективен подход е прогресивна кардиоваскуларна

програма за тренировки, а плуването е най-доброто упражнение. Вторият въпрос е да се започне когнитивна поведенческа терапия, индивидуално или в група. Накрая, някои пациенти може да се нуждаят от лекарствена терапия за подобряване на качеството на съня.

2.6 Каква е прогнозата?

Пълното възстановяване изисква големи усилия от страна на пациента и съществена подкрепа от страна на семейството. Обикновено резултатът при децата е много по-добър, отколкото при възрастните и повечето от тях се възстановяват. Спазването на редовната програма за физически упражнения е много важно. Психологическата подкрепа, както и медикаменти за сън, тревожност и депресия могат да са подходящи за подрастващите.

3. Комплексен регионален болков синдром тип I (Синоними: Рефлексна симпатикова дистрофия, Локализиран идиопатичен мускулно-скелетен болков синдром)

3.1 Какво е това?

Извънредно силна болка от неизвестна причина, съпроводена от кожни промени.

3.2 Колко е е чест?

Честотата е неизвестна. По- често се среща при юноши (средната възраст на начало на болестта е 12 години) и при момичета.

3.3 Какви са симптомите?

Обикновено има продължителна история на много силна болка в крайниците, която не отговаря на различни терапии и се увеличава с течение на времето. Често това води до невъзможност за използване на засегнатия крайник.
Усещания, които са безболезнени за повечето хора, като леко докосване, могат да бъдат изключително болезнени за засегнатите деца. Това странно усещане се нарича "алодиния".

Тези симптоми пречат на ежедневните дейности на засегнатите деца, които често пропускат много дни в училище.
С течение на времето част от децата развиват промени в цвета на кожата (бледа или лилава марморираност), промяна в температурата (обикновено намалена) или потене. Може да има и подуване на крайниците. Понякога детето държи крайника в необичайни поза, отказвайки всяко движение.

3.4 Как се диагностицира?

Допреди няколко години тези синдроми имаха различни имена, но днес лекарите ги наричат комплексни регионални болкови синдроми. За диагнозата се използват различни критерии. Диагнозата е клинична, базирана на признаците на болката (силна, продължителна, ограничаваща физическата активност, неотговаряща на терапия, наличие на алодиния) и клиничния преглед.
Комбинацията от оплаквания и клинични белези е доста характерна. Диагнозата изисква предвалително изключване на други заболявания, от насочващите общопрактикуващи лекари, медицински специалисти или педиатри, преди консултацията от детски ревматолог. Лабораторните изследвания са стандартни. ЯМР може да покаже неспецифични промени на костите, ставите и мускулите.

3.5 Може ли да се лекува?

Най-добрият подход е солидна програма за интензивни физически упражнения, под надзора на рехабилитатори и кинезитерапевти, с или без психотерапия. Без сигурни резултати се използват и други лечения, самостоятелно или в комбинация, включително антидепресанти, биофидбек, транскутанна електрическа нервна стимулация и модификация на поведението. Аналгетиците (болкоуспокояващи) обикновено са неефективни. В момента се правят научни изследвания и в бъдеще, когато се идентифицират причините, вероятно ще се появят по-добри лечения,. Лечението е трудно за всички участници: децата, семейството и лекуващия екип. Обикновено е необходима психологична помощ поради стреса, причинен от заболяването. Трудностите от страна на

семейството при приемане на диагнозата и при спазване на препоръките за лечение са основните причини за неуспеха на лечението.

3.6 Каква е прогнозата?

Тази болест има по-добра прогноза при децата, отколкото при възрастните. В допълнение, повечето деца се възстановяват по-бързо от възрастните. Това, обаче, отнема време, а пътят до възстановяването се различава значително от дете до дете. Ранната диагноза и интервенция водят до по-добра прогноза.

3.7 Какъв е дневния режим?

Децата трябва да бъдат насърчавани да поддържат физическа активност, редовно да посещават училище и да прекарват свободно време със своите връстници.

4. Еритромелалгия

4.1 Какво е това?

Нарича се още "еритермалгия". Името на това състояние произтича от три гръцки думи: еритро (червено), мелос (крайник) и алго (болка). Изключително рядко е, въпреки че може да се развива в едно семейства. Повечето деца са на около 10-годишна възраст, когато се появяват оплакванията. По-честа е при момичетата.

Оплакванията включват усещане за парене, затопляне, зачервяване и подуване на краката или, по-рядко, ръце. Симптомите се влошават при излагане на топлина и се облекчават от охлаждане на крайниците до степен, че някои деца отказват да извадят краката си от леденостудена вода. Ходът на заболяването не се променя. Избягването на топлината и тежко физическо натоварване изглеждат най-полезните мерки за контрол.

Много различни лекарства се използват в опит за облекчаване на болката, в т.ч. противовъзпалителни, болкоуспокояващи и лекарства за подобряване на кръвообращението (наречени "вазодилататори"). Лекарят ще предпише най-подходящото за

всяко дете.

5. Болки на растежа

5.1 Както е това?

Болки на растежа е термин, който се отнася до характерен модел на болка в крайниците, обикновено срещан при деца на възраст между 3 и 10 години. Нарича се също така "доброкачествена болка в крайниците през детството" или "повтарящи се нощни болки в крайниците".

5.2 Колко често се среща?

Растежните болки са често срещано оплакване в педиатрията. Засягат 10-20% от децата в цял свят и имат подобна честота при момчетата и момичетата.

5.3 Какви са основните симптоми?

Болката се появява най-вече в краката (подбедриците, бедрата или задколенните ямки) и обикновено е двустранна. Появява се в късните часове на деня или през нощта, често събуждайки детето. Родителите често съобщават, че болката възниква след физическа активност.
Болковият епизод обикновено трае от 10 до 30 минути, въпреки че може да варира от минути до часове. Интензитетът може да бъде лек или много тежък. Растежните болки са интермитентни, с интервали без болка, които траят дни до месеци. В някои случаи епизодите на болка могат да се проявяват ежедневно.

5.4 Как се диагностицира?

Характерният модел на болката, придружен от липсата на симптоми сутрин и нормален физикален преглед, води до тази диагноза. Като правило, резултатите от лабораторните изследвания и рентгеновите снимки винаги са нормални. Рентгеновото изследване може да се наложи за изключване на друга патология.

5.5 Как можем да ги лекуваме?

Разясняването на доброкачествения характер на процеса намалява тревожността на детето и семейството. По време на епизодите на болка може да помогне локалния масаж, топлината и леките аналгетици. При деца с чести епизоди една вечерна доза ибупрофен може да бъде полезна за контролиране на по-тежки епизоди на болка.

5.6 Каква е прогнозата?

Растежните болки не са свързани със сериозно органично заболяване и обикновено преминават спонтанно в края на детството. При 100% от децата болката изчезва когато порастнат.

6. Бенигнен хипермобилен синдром

6.1 Какво е това?

Хипермобилитетът се отнася за деца, които имат гъвкави или халтави стави. Също така се нарича лакситет на ставите. Някои деца могат да изпитват болка. Доброкачественият хипермобилен синдром (ДХС) се отнася за деца, които имат болки в крайниците поради повишената им мобилност (увеличен обем на движение) на ставите, без връзка със заболяване на съединителната тъкан. Следователно, това не е болест, а по-скоро вариация на нормата.

6.2 Колко е често?

ДХС е изключително често срещано състояние при деца и младежи, което се наблюдава при 10 до 30% от децата на възраст под 10 години и особено при момичетата. Честотата му намалява с възрастта. Често има фамилност.

6.3 Какви са основните симптоми?

Хипермобилитетът често води до периодични, дълбоки и повтарящи се болки в края на деня или през нощта в коленете,

краката и / или глезените. При децата, които свирят на пиано, цигулка и др., може да засегне пръстите. Физическата активност и упражнения могат да предизвикат или увеличат болката. Рядко може да се наблюдава слабо подуване на ставите.

6.4 Как се диагностицира?

Диагнозата се поставя въз основа на предварително определен набор от критерии, които определят степента на мобилност на ставите и липсата на други признаци на заболяване на съединителната тъкан.

6.5 Как можем да го лекуваме?

Лечение е необходимо много рядко. Ако детето играе определени, предразполагащи към травма спортове като футбол или гимнастика и развива повтарящи се навяхвания на ставите, трябва да се използва мускулно укрепване и защита на ставите (еластични или функционални бинтове, наколенки).

6.6 Как повлиява начина на живот?

Хипермобилният синдром е доброкачествено състояние, което има тенденция да преминава с възрастта. Семействата трябва да са наясно, че основният риск идва от предпазването на децата да водят нормален живот.
Децата трябва да бъдат насърчавани да поддържат нормално ниво на активност, включително да участват в спорт, от който се интересуват.

7. Транзиторен синовит

7.1 Какво е това?

Транзиторният/преходен синовит е леко възпаление на тазобедрената става (с малко количество течност в ставата), с неизвестна причина, , което преминава от само себе си и не оставя никакви увреждания.

7.2 Колко често се среща?

Това е най-честата причина за тазобедрена болка в педиатрията. Засяга 2 до 3% от децата на възраст 3-10 години. По-чест е при момчетата (едно момиче за всеки 3/4 момчета).

7.3 Какви са основните симптоми?

Основните симптоми са болка и куцане. Болката в тазобедрената става може да се появи като болка в слабините, горната част на бедрото или понякога в коляното, обикновено с внезапно начало. Най-често срещаното проявление е детето да се събуди с куцане или да откаже да ходи.

7.4 Как се диагностицира?

Физикалната находка е характерна:куцане и намален обем болезнени движения в тазобедрената става при афебрилно дете над 3-годишна възраст, което иначе не изглежда болно. Двете стави са засегнати в 5% от случаите. Рентгенографията обикновено е нормална и най-често не се изисква. За разлика от това, ехографското изследване е много полезно за откриването на синовит на тазобедрената става.

7.5 Как можем да го лекуваме?

Най- важната част от лечението е почивката, която трябва да бъде пропорционална на степента на болката. Нестероидните противовъзпалителни лекарства могат да помогнат за намаляване на болката и възпалението. Състоянието обикновено преминава след средно 6-8 дни.

7.6 Каква е прогнозата?

Прогнозата е отлична с пълно възстановяване на 100% от децата (по дефиниция е транзиторен). Ако симптомите продължават повече от 10 дни, трябва да се обсъди друго заболяване. Не е необичайно да се наблюдават нови епизоди на преходен синовит; тези епизоди обикновено са по-леки и по-кратки от първия.

8. Пателофеморална болка- колянна болка

8.1 Какво е това?

Пателофеморалната болка е най-честият педиатричен overuse (свръхнатоварване) синдром. Нарушенията в тази група са резултат от повтарящо се движение или трайно нараняване, свързано с физически упражнения, на определена част от тялото, по-специално на ставите и сухожилията. Тези нарушения са много по-чести при възрастните (тенис- или голф- лакът, синдром на карпалния тунел и т.н.), отколкото при децата.
Пателофеморалната болка представлява болка в предната част на коляното в резултат на дейности, които дават допълнително натоварване върху пателофеморалната става (ставата, образувана от колянната капачка (пателa) и долната част на бедрената кост/ фемур).
Когато болката в коляното се придружава от промени по вътрешната повърхностна тъкан (хрущяла) на пателa, се използва медицински термин "хондромалация на пателa" или " chondromalacia patellae ".
Има много синоними за пателофеморална болка: пателофеморален синдром, предна болка в коляното, хондромалация на пателa, chondromalacia patellae.

8.2 Колко е честа?

Среща се много рядко при деца до 8 години, като постепенно става по-честа при юноши. Пателофеморалната болка е по-честа при момичетата. Тя може да бъде по-честа и при деца със значително огъване на коленете, навътре (genu valgum) или навън (genu varum), както и при болести с разместване и нестабилност на капачката.

8.3 Какви са основните симптоми?

Характерните симптоми са болка в предната част на коляното, която се влошава от дейности като бягане, качване нагоре или надолу по стълбите, клякане или скачане. Болката също се влошава от продължително седнало положение със сгънато коляно.

8.4 Как се диагностицира?

Пателофеморалната болка при здрави деца е клинична диагноза (не са необходими лабораторни или образни изследвания). Болката може да се възпроизведе чрез компресиране на колянната капачка или чрез ограничаване на движението на пателa нагоре, когато мускулите на бедрото (квадрипцепс) са свити.

8.5 Как можем да я лекуваме?

При повечето деца без други свързани заболявания (като нарушения на ангулацията или пателарна нестабилност), пателофеморалната болка е доброкачествено състояние, което само преминава. Ако болката пречи на спорта или ежедневните дейности, кинезитерапия за укрепване на квадрицепси може да е от полза. Прилагането на лед може да облекчи болката след тренировка.

8.6 Как се отразява на ежедневието?

Децата трябва да водят нормален живот. Тяхното ниво на физическа активност трябва да се коригира, за да няма болка Много активните деца могат да използват наколенка.

9. Епифизиолиза на бедрената глава

9.1 Какво е това?

Това състояние е изместване на бедрената глава на нивото на растежната пластинка; причината е неизвестна. Растежната пластинка е хрущялна зона, разположена между костните тъкани в главата на бедрената кост. Това е най-слабата част от костите и им позволява да растат. След като пластинката се минерализира и самата тя стане кост, костите спират да растат.

9.2 Колко е честа?

Това е необичайно заболяване, което засяга 3-10 на 100 000 деца. По-често е при юноши и момчета. Затлъстяването е вероятен предразполагащ фактор.

9.3 Какви са основните симптоми?

Куцане и болка с намалена подвижност на тазобедрената става са основните симптоми. Болката може да се почувства в горната (две трети) или по-долна (една трета) част на бедрото и се увеличава от физическа активност. При 15% от децата заболяването засяга и двете бедра.

9.4 Как се диагностицира?

Физикалната находка е характерна с намалена подвижност на бедрото. Диагнозата се потвърждава с рентгенография, за предпочитане в аксиална проекция (като жаба).

9.5 Как се лекува?

Това състояние е от ортопедична спешност и изисква хирургично „заигляне"(стабилизация на феморалната глава чрез поставяне на игли за задържане)

9.6 Каква е прогнозата?

Зависи от това колко дълго преди диагнозата феморалната глава е била в приплъзнато положение и от степента на приплъзване. Различна е при всяко дете.

10. Остеохондроза (Синоними: остеонекроза, аваскуларна некроза)

10.1 Какво е това?

Думата "остеохондроза"означава "костна смърт". Отнася се до разнородна група заболявания с неизвестна причина, характеризиращи се с прекъсване на притока на кръв към осификационния център на засегнатите кости. При раждането

костите са предимно от хрущял, по-мека тъкан, която се заменя с времето с по-минерализирана и устойчива тъкан (костта). Тази замяна започва на определени места в рамките на всяка кост, известни като осификационни центрове, които с течение на времето се разпространяват в останалата част на костта.
Болката е основният симптом на тези нарушения. В зависимост от засегнатата кост заболяването получава различни имена.
Диагнозата се потвърждава от образните изследвания.
Рентгеновите снимки показват последователно фрагментация ("острови" в костта), колапс (сплескване), склероза (повишена плътност, костта изглежда "по-бяла" на филмите) и често реосификация с възстановяване на костния контур.
Въпреки че може да изглежда като сериозна болест, тя е доста разпространена при децата и с изключение на по- тежкото засягане при тазобедрената става, има отлична прогноза. Някои форми на остеохондроза са толкова чести, те се считат за нормална вариация на костното развитие (болест на Sever). Други могат да бъдат включени в групата "синдроми на overuse" (болест на Osgood-Schlatter, болест на Sinding-Larsen-Johansson).

10.2 Болест на Legg-Calvé-Perthes

10.2.1 Какво е това?

Това заболяване представлява аваскуларна некроза на главата на бедрената кост (тази част от бедрото, която е най- близо до таза)

10.2.2 Колко е честа?

Това не е често срещано заболяване, съобщено е при 1/10 000 деца. По-често е при момчета (4/5 момчета на 1 момиче) на възраст между 3 и 12 години и се среща най- вече при деца на възраст от 4 до 9 години.

10.2.3 Какви са основните симптоми?

При повечето деца се проявява с куцане и променлива степен на бедрена болка. Понякога болката може да не е налице. Най- често е засегната само едната тазобедрена става, но в около 10% от

случаите заболяването е двустранно.

10.2.4 Как се диагностицира?

Подвижността на тазобедрената става е нарушена и може да бъде болезнена. Рентгенографиите могат да установят нормална находка в началото, но по-късно показват прогресия, описана по-горе. Компютърната томография и магнитно- резонансното изображение установяват заболяването по-рано от рентгеновото.

10.2.5 Как се лекува?

Децата с болест на Legg-Calvé-Perthes винаги трябва да бъдат насочвани към детски ортопед. Образните изследвания са от съществено значение за диагнозата. Лечението зависи от тежестта на заболяването. При много леки случаи, наблюдението може да е достатъчно, тъй като костта се самоизлекува с малко увреждане.
В по-тежки случаи целта на терапията е да се задържи засегнатата бедрена глава в тазобедрената става, така че когато започне образуването на нова кост, главата на бедрената кост да възстанови своята сферична форма.
Тази цел може да бъде постигната в известна степен чрез носенето на абдукционна шина (при по-малки деца) или чрез хирургично преформиране на бедрената кост (остеотомия, отрязване на клин от костта, за да се поддържа главата на бедрената кост в по-добро положение) (при по-големи деца).

10.2.6 Каква е прогнозата?

Прогнозата зависи от степента на засягане на бедрената глава (колкото е по-малка, толкова по-добра), както и от възрастта на детето (по-добра, ако е под 6). Пълното възстановяване отнема от 2 до 4 години. Като цяло около две трети от засегнатите имат добър дълготраен анатомичен и функционален изход.

10.2.7 Може ли да води нормален живот?

Ограниченията за ежедневните дейности зависят от прилаганото

лечение. Децата под наблюдение трябва да избягват тежко натоварване върху бедрената кост (скокове, бягане). Те обаче трябва да продължат нормално училищните си занимания и да участват във всички други дейности, които не включват тежко натоварване.

10.3 Болест на Osgood-Schlatter

Това състояние е резултат от повтаряща се травма от пателарното сухожилие върху осификационния център на тибиалната тубероза (малък костен гребен в горната част на костта). Намира се при около 1% от юношите и е по-често срещано при хора, които спортуват.
Болката се влошава от дейности като бягане, скачане, изкачване нагоре или надолу на стълби и коленичене. Диагнозата се установява чрез физикален преглед с много характерна болка, понякога придружена от подуване, в залавното място на пателарното сухожилие за тибията/пищяла.
Рентгенографиите може да са нормални или да показват малки фрагменти от кости в тибиалната тубероза. Лечението включва коригиране на режима на активност, за да се редуцират болките при пациентите, да се прилага лед след спорт и се осигури почивка. Състоянието преминава с течение на времето.

10.4 Болест на Sever

Това заболяване се нарича също "калканеален апофизит". Това е остеохондроза на апофизата на петната кост, вероятно свързана с тракция на ахилесовото сухожилие.
Това е една от най-честите причини за болка в петата при деца и юноши. Подобно на други форми на остеохондроза, болестта на Sever е свързана с физическа активност и е по-честа при мъжете. Началото обикновено е около 7-10 годишна възраст, с болка в петата и понякога и куцане след тренировка.
Диагнозата се поставя чрез клиничен преглед. Няма нужда от терапия освен от регулиране на нивото на активност, за да се избягва болка, ако този подход не работи, да се използва възглавница за петата. Състоянието преминава с течение на времето.

10.5 Болест на Freiberg

Това състояние представлява остеонекроза на главата на втората метатарзална кост в стъпалото. Нейната причина вероятно е травма. Не е често и повечето случаи засяга юноши. Болката се увеличава с физическа активност. Физикалното изследване показва болка под втората метатарзална глава и понякога подуване. Диагнозата се потвърждава от рентгенография, въпреки че може да отнеме две седмици от началото на симптомите преди промените да бъдат открити. Лечението включва почивка и метатарзална подложка.

10.6 Болест на 6 Scheuermann

Болестта на Scheuermann или "младежката кифоза" е остеонекроза на пръстеновидната апофиза на тялото на прешлена (костта в периферията на горната и долната част на всеки прешлен). По-честа е при юношите. Повечето деца с това заболяване имат лоша стойка, със или без болки в гърба. Болката е свързана с физическа активност и може да бъде облекчена от покой.

Към диагнозата насочва клиничният преглед (остра ъгъл на гърба) и са потвърждава от рентгенологичното изследване.

За да се диагностицира болестта на Scheuermann, трябва да се установят неравности на повърхността на прешлените и предна клиновидна деформация от 5 градуса в най-малко три последователни прешлена.

Болестта на Scheuermann обикновено не изисква терапия, различна от регулиране на нивото на активност на детето, наблюдение и, в тежки случаи, стабилизиране на гръбнака.