



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

Синдроми Болю У Кінцівках

Версія 2016

1. Вступ

Численні захворювання в дитячому віці можуть супроводжуватися болем у кінцівках. Назва Синдром Болю у Кінцівках – це узагальнюючий термін для групи медичних станів із різними причинами виникнення та клінічними проявами, що поділяються за наявністю постійного чи періодичного болю у кінцівках. Щоб виставити цей діагноз, лікарі проводять дослідження у пошуку відомих захворювань, що включають і важкі, та призводять до болю у кінцівках.

2. Хронічний поширений больовий синдром (попередня назва синдром ювенільної фіброміалгії)

2.1 Що це означає?

Фіброміалгія належить до групи "поширеного (наростаючого) м'язового больового синдрому". Фіброміалгія – це синдром, що характеризується тривалим поширеним болем у м'язах верхніх та нижніх кінцівок, а також спини, живота, грудної клітки, шиї і/чи щелепи впродовж останніх 3 місяців, що поєднується із втомлюваністю, неосвіжаючим сном і проблемами різного ступеня із рівнем уваги, мисленням, пам'яттю, здатністю вирішувати проблеми.

2.2 Наскільки поширеною є хвороба?

Фіброміалгія зустрічається в основному у дорослих. В педіатрії ця проблема стосується переважно підлітків, із частотою близько 1%.

Жінки хворіють частіше, ніж чоловіки. Дітям із таким станом притаманні численні клінічні особливості, що визначаються регіональним больовим синдромом.

2.3 Якими є типові клінічні ознаки?

Пацієнти скаржаться на дифузний біль над кінцівками, хоча вираженість болю варіює від дитини до дитини. Біль може стосуватися будь-яких частин тіла (верхні і нижні кінцівки, спина, живіт, грудна клітка, шия, щелепа).

Діти у такому стані зазвичай мають проблеми зі сном і відчують відсутність свіжості при пробудженні, так званий невідновлюваний сон. Іншими основними скаргами є виражена втомлюваність, що поєднується зі зниженням фізичної активності.

Пацієнти із фіброміалгією часто скаржаться на головний біль, набряклість кінцівок (є відчуття набрякання, хоча жоден набряк не визначається), оніміння і, іноді, посиніння пальців. Ці симптоми спричиняють тривогу, депресію і численні пропуски школи.

2.4 Як діагностувати хворобу?

Анамнез поширеного болю щонайменше у 3 ділянках тіла, тривалістю більше 3 місяців, у поєднанні із різного ступеню втомлюваністю, неосвіжаючим сном і когнітивною симптоматикою (увага, здатність до навчання, мислення, пам'ять, здатність до прийняття рішень і вирішення проблем) є діагностичним. Багато пацієнтів визначають м'язові (тригерні) точки певної локалізації, хоча їх визначення не потрібне для постановки діагнозу.

2.5 Як ми можемо її лікувати?

Важливим моментом є зниження тривоги щодо цього стану шляхом пояснення пацієнту і його родині, що хоча біль є сильним і справжнім, втім немає жодної небезпеки для суглобів та жодного серйозного захворювання.

Найбільш важливим і ефективним підходом є наростаючі кардіоваскулярні тренувальні фітнес-програми і плавання. Друга проблема полягає у проведенні індивідуальної чи групової когнітивно-поведінкової терапії. Частина пацієнтів потребує

медикаментозної терапії для поліпшення якості сну.

2.6 Яким є прогноз?

Повне відновлення вимагає великих зусиль від пацієнта і необхідної підтримки з боку родини. В цілому результат лікування у дітей є кращим, ніж у дорослих, і більшість із них відновлюються. Дуже важливим є дотримання програм регулярних фізичних вправ. Психологічна підтримка, так само як медикаментозна терапія порушень сну, тривожності та депресії можуть бути застосовані у підлітків.

3. Складний (поєднаний) регіональний больовий синдром тип 1

(Синоніми: рефлекторна симпатична дистрофія, локалізований ідіопатичний синдром м'язового болю)

3.1 Що це означає?

Надзвичайно сильний біль у кінцівках невідомої етіології, що асоціюється зі шкірними змінами.

3.2 Наскільки поширеним він є?

Частота трапляння невідома. Він більш поширений у підлітків (середній вік близько 12 років) і у дівчаток.

3.3 Якими є основні симптоми?

Зазвичай, має місце тривалий анамнез дуже інтенсивного болю у кінцівках, що не відповідає на різні варіанти терапії і повсякчас наростає. Часто це призводить до неможливості користуватися ураженою кінцівкою.

Відчуття, що є безболісними для більшості людей, такі як легкий дотик, можуть бути надзвичайно болючими для постраждалих дітей. Таке дивне відчуття називається "аллодинією".

Ці симптоми порушують денну активність хворих дітей, що призводить до частих пропусків занять у школі.

Через деякий час у частини пацієнтів розвиваються зміни кольору

шкіри (блідість чи фіолетові плями), температури (зазвичай зниження) чи потовиділення. Діти можуть іноді тримати кінцівку у незручному положенні, відмовляючись від будь-якого руху.

3.4 Як діагностувати захворювання?

Ще донедавна ці синдроми носили різні назви, втім сьогодні лікарі посилаються на них як на складний (поєднаний) регіональний больовий синдром. Різноманітні критерії використовуються для діагностики захворювання.

Діагноз є клінічним, що ґрунтується на особливостях болю (сильний, тривалий, такий, що обмежує активність, не відповідає на терапію, наявна аллодинія) і фізикальному обстеженні. Комбінація скарг і клінічних проявів є дуже характерною. Діагноз вимагає, щоб інші захворювання, які, як правило, може поставити лікар первинної ланки, лікар загального профілю або лікар-педіатр, були виключені перед скеруванням до дитячого ревматолога. Лабораторні дослідження є стандартними. МРТ може показати неспецифічні ушкодження кісток, суглобів чи м'язів.

3.5 Як ми можемо його лікувати?

Найкращим підходом є інтенсивна програма фізичних вправ під контролем спеціаліста із фізіотерапії та трудотерапії, спеціаліста з психотерапії або без нього. Інші методи лікування можуть бути використані, окремо або в комбінації, включаючи антидепресанти, біологічний зворотний зв'язок, черезшкірну електроміостимуляцію і поведінкову модифікацію, втім без доведеної результативності.

Анальгетики (знеболюючі) є зазвичай неефективними.

Дослідження, що проводяться в даний час і в майбутньому, спрямовані на визначення більш ефективних методів лікування, що будуть ґрунтуватися на визначенні причини захворювання.

Лікування є тяжким для всіх причетних людей: дитини, родини і лікуючої команди. Психологічне втручання є зазвичай необхідним через стрес, зумовлений захворюванням. Важкість для частини сімей прийняти діагноз і дотримуватися лікувальних рекомендацій є значною причиною неефективності лікування.

3.6 Яким є прогноз?

Це захворювання має кращий прогноз у дітей, ніж у дорослих. Більше того, більшість дітей видужують швидше, ніж дорослі. Однак необхідний час і період відновлення широко варіює у різних дітей. Рання діагностика і втручання зумовлюють кращий прогноз.

3.7 Що на рахунок повсякденного життя?

Дітям слід рекомендувати фізичну активність, регулярне відвідування школи і проведення вільного часу із однолітками.

4. Еритромелалгія

4.1 Що це означає?

Вона також називається "еритермалгія". Назва цього стану походить від 3 грецьких слів: erythros (червоний), melos (кінцівка) and algos (біль). Це дуже рідкісний стан, хоча може мати сімейний характер. Більшість дітей досягають віку близько 10 років, коли у них починаються скарги. Захворювання частіше виявляється у дівчаток.

Скарги включають відчуття жару у теплих, червоних та спітнілих стопах чи, рідше, кистях. Симптоми погіршуються при дії тепла і зменшуються при охолодженні кінцівок, що призводить до того, що деякі діти тримають свої стопи в крижаній воді. Прояви стійко утримуються. Уникнення тепла та енергійні вправи є корисними засобами контролю над захворюванням.

Багато різних ліків можуть бути використані для зменшення болю, включаючи протизапальні препарати, знеболювальні і препарати для покращення гемоциркуляції (називаються "вазодилататори"); лікар може виписати те, що є найбільш відповідним для кожної дитини.

5. Болі росту

5.1 Що це означає?

Болі росту – це узагальнюючий термін, що характеризує біль у кінцівках, що зазвичай виникає у дітей між 3 та 10 роками. Вони

також називаються "дитячий доброякісний біль у кінцівках" чи "рецидивуючий нічний біль у кінцівках".

5.2 Наскільки поширеними вони є?

Болі росту є поширеними скаргами у педіатрії. Вони виникають зі схожою частотою у дівчаток та хлопчиків, поширеність становить 10-20%.

5.3 Якими є основні симптоми?

Біль виникає переважно у кінцівках (гомілки, литки, стегна, задня поверхня колінних суглобів) і зазвичай двобічно. Він виникає у кінці дня або вночі, часто пробуджуючи дитину. Батьки часто пов'язують виникнення болю із фізичною активністю.

Больові епізоди зазвичай тривають від 10 до 30 хвилин, хоча можуть тривати від хвилин до годин. Інтенсивність може бути помірною чи дуже сильною. Болі росту є інтермітуючими, із періодами спокою, що тривають дні чи місяці. В деяких випадках епізоди болю можуть виникати щоденно.

5.4 Як їх діагностувати?

Характерний больовий паттерн, що поєднується із відсутністю симптомів вранці та нормальними результатами фізикального обстеження, дозволяє поставити діагноз. Як правило, результати лабораторних досліджень та рентгенографії є завжди нормальними. Тим не менше, проведення рентгенологічного дослідження є доцільним для виключення іншої патології.

5.5 Як ми можемо їх лікувати?

Пояснення природи процесу зменшує тривожність у дитини та батьків. Впродовж больових епізодів ефективними є локальний масаж, теплові аплікації та помірної сили анальгетики. У дітей із частими епізодами вечірня доза ібупрофену може бути помічною для контролю надто сильних больових відчуттів.

5.6 Яким є прогноз?

Болі росту не є проявом жодного серйозного органічного захворювання і зазвичай проходять спонтанно в пізнішому дитинстві. У 100 % дітей біль зникає, коли вони стають старшими.

6. Синдром доброякісної гіпермобільності

6.1 Що це означає?

Гіпермобільність стосується дітей, що мають гнучкі чи надміру рухомі суглоби. Її часто називають суглобовою слабкістю. Деякі діти мають досвід болю. Синдром доброякісної гіпермобільності (СДГ) стосується дітей, у яких є біль у кінцівках, пов'язаний із надмірною мобільністю (діапазоном руху) суглобів, без жодної асоціації із захворюваннями сполучної тканини. Отже, СДГ – це не захворювання, а скоріше варіант норми.

6.2 Наскільки поширеним є СДГ?

СДГ – надзвичайно поширений стан у дітей та молоді, що має місце у 10-30% дітей, молодших 10 років і переважно у дівчаток. Його частота зменшується з віком. Він часто має сімейний характер.

6.3 Якими є основні симптоми?

Гіпермобільність часто супроводжується інтермітуючим, глибоким, рецидивним болем у кінці дня чи вночі у колінах, стопах і/чи гомілково-ступневих суглобах. У дітей, що грають на фортепіано, скрипці і т.д. біль може виникати у пальцях. Фізична активність і вправи можуть стимулювати біль. Рідше може бути набряклість середніх суглобів.

6.4 Як його діагностувати?

Діагноз ґрунтується на попередньо визначеному наборі критеріїв, що визначають мобільність суглобів і відсутності інших проявів захворювання сполучної тканини.

6.5 Як ми можемо його лікувати?

Лікування є необхідним надзвичайно рідко. Якщо дитина займається певними видами спорту, такими як футбол чи гімнастика і розробляє вивихи/ушкодження суглобів, м'язневі розтягнення та з метою захисту суглобів можна використовувати еластичні чи функціональні бандажі, пов'язки.

6.6 Як щодо повсякденного життя?

Гіпермобільність є доброякісним станом, що як правило минає із віком. Сім'ї повинні бути повідомлені, що основним ризиком є усунення дитини від нормального способу життя.

Дітям рекомендується дотримуватися нормального рівня активності, включаючи спортивні заняття за інтересами.

7. Транзиторний (минаючий) синовіт

7.1 Що це означає?

Транзиторний синовіт – це помірно запалення кульшового суглоба (невелика кількість рідини навколо суглоба) невідомого походження, що минає спонтанно без залишкових уражень.

7.2 Наскільки поширеним є захворювання?

Це найбільш поширена причина болю у кульшових суглобах в педіатрії. Він проявляється у дітей віком 3-10 років. Найбільш поширений серед хлопчиків (одна дівчинка на $\frac{3}{4}$ хлопчиків).

7.3 Якими є основні симптоми?

Основними симптомами є біль у стегні і кульгання. Біль у стегні може проявлятися у паховій ділянці, верхній частині стегна чи час від часу у коліні, зазвичай із раптовим початком. Найчастішим проявом у дітей є пробудження від болю чи відмова від ходьби.

7.4 Як його діагностувати?

Фізикальні обстеження є характерними: кульгання зі зменшеними у обсязі та болючими рухами у стегні, у негарячкуючої дитини старшої за 3 роки, яка за іншими параметрами не є хворою. Обидва

стегна є ураженими в 5% випадків. Рентгенологічне дослідження стегна на загал дає нормальні результати, тому зазвичай не потрібне. На противагу, ультразвукове дослідження є корисним у верифікації стегнового синовіїту.

7.5 Як ми можемо його лікувати?

Основою лікування є відпочинок (розвантаження суглоба), що має бути пропорційним до ступеню болю. Нестероїдні протизапальні препарати допомагають зменшити біль та запалення. Цей стан зазвичай минає в середньому за 6-8 днів.

7.6 Яким є прогноз?

Прогноз є сприятливим із повним видужанням у 100% дітей (захворювання є транзиторним за визначенням). Якщо симптоми утримуються більше 10 днів, то слід виключити інші захворювання. Не є рідкістю розвиток нових епізодів транзиторного синовіїту; ці епізоди є зазвичай менш виразні та коротші, ніж перший.

8. Наколінниковостегновий (пателлофеморальний) біль - біль у коліні.

8.1 Що це означає?

Наколінниковостегновий біль є найбільш поширеним дитячим Синдромом Зловживання. Розлади цього типу виникають при повторних рухах чи стійких, пов'язаних із вправами, ушкодженнях в певних частинах тіла, певних суглобах чи зв'язках. Ці розлади є більш поширеними у дорослих (тенісні або гольфові лікті, кистьовий тунельний синдром і т.д.), ніж у дітей.

Наколінниковостегновий біль належить до прогресуючого переднього болю у коліні, пов'язаного із заходами, які здійснюють додаткове навантаження на пателлофеморальний суглоб (суглоб, що утворюється колінною чашечкою (patella) і нижньою частиною стегнової кістки чи стегна).

Якщо біль у коліні поєднується зі змінами на внутрішніх поверхнях тканин (хряща) наколінника, то вживається термін "хондромалія надколінника" чи "надколінникова хондромалія".

Існує багато синонімів пателлофеморального болю: пателлофеморальний синдром, передній біль у коліні, хондромалія надколінника, надколінникова хондромалія.

8.2 Наскільки поширеним є біль?

Він є досить рідкісним у дітей до 8 років, прогресивно зростаючи за частотою у підлітків. Пателлофеморальний біль більш поширений у дівчаток. Він також більш поширений у дітей із помітною деформацією колін (кутові деформації) такою як горбкуваті коліна (genu valgum) чи криві ноги (genu varum), а також у пацієнтів зі захворюваннями надколінка через його зміщення і нестабільність.

8.3 Якими є основні симптоми?

Характерними симптомами є передній біль у коліні, що посилюється при бігу, ходьбі догори та вниз по сходах, присіданні чи стрибках. Біль також посилюється при тривалому сидінні зі зігнутими колінами.

8.4 Як його діагностувати?

Пателлофеморальний біль у здорових дітей є клінічним діагнозом (лабораторні тести чи візуалізаційні дослідження не є необхідними). Біль може бути відтворений при стисненні колінної чашечки чи при обмеженні руху надколінника вгору, коли м'язи стегна (квадріцепс) скорочені.

8.5 Як ми можемо лікувати пателлофеморальний біль?

У більшості дітей без будь-яких супутніх захворювань (таких як кутові деформації коліна чи нестабільність надколінника), пателлофеморальний біль є доброякісним станом, що минає самотійно. Якщо біль заважає заняттям спортом або повсякденній діяльності, ініціювання програми зміцнення чотириголового м'яза може допомогти.

8.6 Що на рахунок повсякденного життя?

Діти повинні вести нормальний спосіб життя. Їх рівень фізичної активності повинен бути скоригований. Щоб уникати виникнення болю. Дуже активні діти повинні використовувати пов'язки на коліно із надколінним ремінцем (фіксатором).

9. Епіфізеоліз

9.1 Що це означає?

Це стан, при якому відбувається зміщення голівки стегнової кістки на рівні росткової пластинки із невідомою етіологією. Росткова пластинка – це ділянка хряща, що розміщується між кістковими тканинами в голівці стегнової кістки. Це є вразлива ділянка кістки, що дозволяє їй рости. Тоді, коли пластинка мінералізується і сама перетворюється на кістку, зупиняється ріст кісток.

9.2 Наскільки поширеним є захворювання?

Це є рідкісне захворювання, що проявляється у 3-10 на 100 000 дітей. Воно є більш поширеним у дорослих та хлопчиків. Ожиріння є фактором, що сприяє появі епіфізеолізу.

9.3 Якими є основні симптоми?

Кульгання та біль у стегні при зниженій руховій активності у кульшовому суглобі є основними симптомами. Біль може відчуватися у верхній (дві третини) чи нижній (одна третина) частинах стегна та зростає при фізичній активності. У 15% дітей захворювання проявляється білатерально.

9.4 Як діагностувати епіфізеоліз?

Фізикальне обстеження є характерним із обмеженням рухомості стегна (кульшового суглоба). Діагноз підтверджується за допомогою рентгенологічного дослідження, переважно в осьовому ("жаб'ячої ноги") положенні.

9.5 Як ми можемо його лікувати?

Цей стан потребує ортопедичної допомоги і вимагає хірургічної корекції (стабілізація головки стегнової кістки шляхом введення штирів, щоб тримати її на місці).

9.6 Яким є прогноз?

Він залежить від тривалості перебування голівки стегнової кістки у вислизаючому положенні перед постановкою діагнозу та ступеня вислизання. Він відрізняється у різних дітей.

10. Остеохондроз (синоніми: остеонекроз, аваскулярний некроз)

10.1 Що це означає?

Термін "остеохондроз" означає "смерть кістки". Остеохондроз належить до різноманітної групи захворювань невідомої етіології, що характеризуються перепорою току крові до центру окостеніння в уражених кістках. При народженні кістки в основному складаються із хряща, м'якшої тканини, що з часом заміщається більш мінералізованою і стійкою тканиною (кістка). Це заміщення починається у специфічному місці в межах кожної кістки, що відоме як центр осифікації, з часом поширюючись на інші ділянки кістки.

Біль є основним симптомом цього розладу. В залежності від ураженої кістки хвороба має різні назви.

Діагноз ґрунтується на візуалізаційних дослідженнях. Рентген показує в послідовності фрагментацію ("острівці" в межах кістки), колапс (переломи), склероз (збільшення щільності, кістка виглядає "білішою" на плівках) і, часто, повторне окостеніння (формування нової кістки) із реконструкцією кісткового контуру.

Хоча це захворювання розглядається як серйозне, і є доволі поширеним у дітей, але при відсутності ураження кульшового суглоба має сприятливий прогноз. Деякі форми остеохондрозу є настільки частими, що вважаються нормальною варіацією розвитку кістки (хвороба Севера). Інші утворюють групу "синдромів зловживання" (хвороби Осгуд-Шляттера, Синдінга-Ларсена-Йоханссона).

10.2 Хвороба Легг-Кальве-Пертеса

10.2.1 Що це означає?

Це захворювання пов'язане із асептичним некрозом головки стегнової кістки (частина стегнової кістки, найближча до клуба).

10.2.2 Наскільки поширеною є хвороба?

Це захворювання не є поширеним, зустрічається у 1/10 000 дітей. Воно є більш частим у хлопчиків (4/5 хлопчиків на 1 дівчинку) у віці між 3 та 12 роками і особливо у дітей від 4 до 9 років..

10.2.3 Якими є основні симптоми?

Більшість дітей мають кульгання та різного ступеня біль у стегні. Іноді болу може не бути взагалі. Найчастіше в процес втягується одне стегно, втім в близько 10 % випадків захворювання є білатеральним.

10.2.4 Як її діагностувати?

Рухомість стегна порушена і може супроводжуватися болем. Рентгенологічне дослідження може давати нормальні результати на початку, але потім показати прогресування описаних у вступі змін. Сканування кісток та магнітнорезонансна томографія дозволяють визначити захворювання раніше, ніж рентген.

10.2.5 Як ми можемо її лікувати?

Діти із хворобою Легг-Кальве-Пертеса повинні бути передані у педіатричне ортопедичне відділення. Візуалізація є необхідною для постановки діагнозу. Лікування залежить від тяжкості захворювання. У дуже легких випадках достатнім може бути спостереження, оскільки кістка гоїться сама по собі з невеликим ураженням.

У більш складних випадках метою терапії є утримання ураженої голівки стегнової кістки в межах кульшового суглоба так, що коли починається формування нової кістки, голівка стегнової кістки

відновлює свою сферичну форму.

Ця мета може бути досягнута по-різному: носінням відвідних стременців (молодші діти) або шляхом хірургічної зміни форми стегнової кістки (остеотомія, клиновидна резекція кістки для утримання голівки стегнової кістки в кращому положенні) (у дітей старшого віку).

10.2.6 Яким є прогноз?

Прогноз залежить від ступеня втягнення голівки стегнової кістки (чим менше, тим краще) та віку дитини (кращий у дітей старших 6 років). Повне видужання триває 2-4 роки. Більше того, близько двох третин уражених стегнових кісток мають хороші довгострокові анатомічні та функціональні результати.

10.2.7 Як щодо повсякденного життя?

Обмеження повсякденної активності залежить від застосованого лікування. Діти, що перебувають під спостереженням, повинні уникати важких навантажень на стегно (стрибки, біг). Тим не менше, вони повинні вести нормальне шкільне життя і брати участь у всіх інших видах діяльності, які не пов'язані із носінням тягарів).

10.3 Хвороба Осгуд-Шляттера

Цей стан є результатом повторного травмування центру окостеніння великогомілкової бугристості (невеликий кістковий гребінь у верхній частині гомілки) власної зв'язки наколінника. Він має місце у близько 1 % підлітків і є більш поширеним у осіб, що займаються спортом.

Біль посилюється при бігу, стрибках, підйомі чи сходженні по сходах, присіданні. Діагноз виставляється при фізикальному обстеженні, з дуже характерним відчуттям чи болем, що іноді поєднується із набряком при попаданні зв'язки наколінника у великогомілкову кістку.

Рентген може бути нормальним чи показувати невелику фрагментацію кістки в зоні бугристості великогомілкової кістки. Лікування полягає в коригуванні рівня активності. Щоб попередити

виникнення болю застосовують холодні компреси після занять спортом і відпочинок. Захворювання минає з часом.

10.4 Хвороба Севера

Це захворювання також називається "п'ятковим апофізитом". Це є остеохондроз п'яткового апофізу п'яткової кістки, що, ймовірно, пов'язаний з розтягненням ахілового сухожилка.

Це є найчастішою причиною болю в п'яті у дітей і підлітків. Як і інші варіанти остеохондрозу, хвороба Севера є рухозалежною і більш поширеною у хлопчиків. Її початок є зазвичай у 7-10-річному віці з болю у п'ятці і часом з кульгання після фізичних вправ.

Діагноз виставляється клінічним обстеженням. Не потрібне застосування терапії окрім зниження рівня активності з метою уникнення виникнення болю, і якщо цей підхід не працює, слід використовувати подушечки для п'яток.

10.5 Хвороба Фрайберга

Цей стан характеризується остеонекрозом голівки другої плеснової кістки стопи. Його причиною, ймовірно, є травма. Хвороба є рідкісною і в більшості випадків виникає у дівчаток підліткового віку. Біль посилюється при фізичній активності. Фізикальне обстеження виявляє чутливість над голівкою другої плеснової кістки і іноді набряк. Діагноз виставляється рентгенологічно, хоча може пройти два тижні від початку появи симптомів до виявлення рентгенологічних змін. Лікування включає відпочинок і використання плеснової подушечки.

10.6 Хвороба Шойермана

Хвороба Шойермана чи "ювенільний кіфоз (кругла спина)" є остеонекрозом кільцевого апофізу тіла хребця (кістки по периферії у верхній і нижній частині кожного хребця). Хвороба є більш поширеною у хлопчиків-підлітків. Більшість дітей в цьому стані мають порушення постави із болем у спині чи без нього. Біль пов'язаний із фізичною активністю і може полегшуватися при відпочинку.

Діагноз запідозрюється при обстеженні (викривлення спини) і

підтверджується рентгенологічно.

Щоб поставити діагноз хвороби Шойермана, дитина повинна мати нерівності хребцевих пластин і переднє "заклинювання" на 5 градусів принаймні трьох послідовних хребців.

Хвороба Шойермана зазвичай не потребує лікування, окрім як відрегулювати рівень активності дитини, проводити спостереження і у важких випадках застосовувати фіксацію.