

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00657&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00657. Біль в ділянці кульшового суглоба у дітей

Автор: Pentti Kallio
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa
Дата останнього оновлення: 2013-07-02

Основні положення

- Найбільш поширеними причинами болю в ділянці кульшового суглоба у дітей є синовіт кульшового суглоба, хвороба Пертеса та епіфізеоліз голівки стегнової кістки.
- Рідше серйозними причинами болю в ділянці кульшового суглоба є лейкоз, ювенільний ідіопатичний артрит настанова 00656 | Ювенільний ідіопатичний ... та ентеропатичний реактивний артрит настанова 00651 | Артрит у дітей.

Синовіт кульшового суглоба

Ознаки та симптоми

- Найпоширеніша причина раптового кульгання та відмови ходити у дітей віком від 3 до 10 років.
- Це гостре асептичне запалення синовіальної оболонки кульшового суглоба.
- Дитина скаржиться на сильний біль у кульшовому суглобі, стегні або коліні, і тримає стегно зігнутим та ротаваним назовні при зігнутому коліні. Ротація та розгинання кульшового суглоба обмежені.
- ШОЕ може бути дещо підвищене.

- Ультразвукове дослідження може виявити випіт у кульшовому суглобі.
- Навіть якщо результати рентгенологічного дослідження будуть нормальними, дане дослідження показане у випадку персистуючих симптомів або атипової клінічної картини та завжди, коли пацієнт старше 10 років.

Диференційний діагноз

- Інший діагноз вірогідний (і направлення до спеціаліста обґрунтоване), якщо:
 - симптоми тривають більше, ніж два тижні
 - пацієнт молодше 2 або старше 10 років
 - у пацієнта гарячка або
 - СРБ вищий за 20 мг/л або ШОЕ вище, ніж 35 мм/год.
- Диференційна діагностика включає, зокрема, хворобу Пертеса, епіфізеоліз голівки стегнової кістки, септичний артрит, остеомієліт, ювенільний ідіопатичний артрит [настанова 00656 | Ювенільний ідіопатичний ...], остеїд-остеому та неоплазії.
- Синовіт кульшового суглоба часом буває білатеральним, але, якщо залучені інші суглоби — дитина має інше захворювання.

Лікування

- Якщо можливо з впевненістю виключити інші патологічні стани, все лікування може бути проведене амбулаторно на первинній медичній допомозі.
- Лікування полягає у спокої; дитині дозволяється тримати стегно у найзручнішій позиції.
- Іноді біль може бути значним. Симптоматична терапія передбачає протизапальні засоби або парацетамол.
- Діагностична пункція суглоба (вимагає загальної анестезії) може бути необхідною для виключення бактеріальної інфекції.
- Прогноз сприятливий навіть без лікування.

Хвороба Пертеса

Визначення

- Остеонекроз невідомої етіології, що вражає епіфіз головки стегнової кістки, може викликати симптоматичні субхондральні стресові переломи. Перелом та затримка окостеніння хряща головки стегнової кістки призводять до сплюснення епіфіза, що, в свою чергу, може викликати незворотне сплюснення головки стегнової кістки.

Поширеність та симптоми

- Зазвичай вражає хлопчиків віком від 5 до 9 років (хлопчики:дівчатка = 4:1).
- У 10% пацієнтів хвороба є білатеральною, але, як правило, не вражає обидві сторони одночасно.
- Основний симптом — кульгавість. Клінічна картина нагадує синовіт кульшового суглоба, але симптоми зазвичай з'являються поступово і є постійними або рецидивуючими.
- Біль часто обмежений зоною між пахом і коліном.
- ШОЕ, СРБ та кількість лейкоцитів — в нормі.

Діагноз

- Метою має бути рання діагностика хвороби Пертеса.
- Діагноз ґрунтується на рентгенографічному дослідженні: порушення структури субхондральної кістки та розширення суглобової щілини з подальшим сплюсненням епіфізу. Неуражений кульшовий суглоб також слід перевірити рентгенологічно для порівняння.
- Підозра на хворобу Пертеса є показанням для направлення до ортопеда або дитячого хірурга протягом декількох тижнів.
- МРТ-дослідження може бути застосоване у неясних випадках.

Лікування, подальше спостереження та прогноз

- Метою лікування є корекція підвивиху і утримання голівки стегнової кістки у межах кульшової западини, щоб повернути сферичну форму розм'якшеній та сплюсненій хрящовій голівці стегнової кістки.

- Цього можна досягти використовуючи абдукційні татори або шляхом остеотомії стегнової кістки або тазу (чи обох).
- Знижений діапазон рухів (зокрема відведення менше ніж 30° при розігнутому кульшовому суглобі, або пасивна ротація назовні у кульшовому суглобі при зігнутому стегні) та ознаки підвивиху на рентгенограмі свідчать про виражену деформацію голівки стегнової кістки.
- Артрографія під загальною анестезією може бути призначена для встановлення причини зниженого об'єму рухів та планування можливого хірургічного втручання. МРТ-дослідження показане лише в особливих випадках.
- Усі кульшові суглоби при хворобі Пертеса мають ретельно спостерігатися у гострій фазі. Моніторинг передбачає фізикальний огляд та рентгенологічне дослідження кожні три місяці.
- Прогноз, як правило, сприятливий для дітей молодшого віку (до 6 років) і немає потреби у спеціальному лікуванні.
- Захворювання триває 2–4 роки, залежно від віку пацієнта.

Зміщення епіфізу голівки стегнової кістки (епіфізеоліз голівки стегнової кістки)

Визначення

- Зміщення епіфізу голівки стегнової кістки (ЗЕГСК), який також називають зміщенням верхнього стегнового епіфізу (ЗВСЕ) та епіфізеолізом стегнової кістки, характеризується зміщенням епіфізу стегнової кістки по відношенню до її шийки.
- Стан вважається стабільним, якщо після зміщення відбулося метафізарне ремоделювання, й епіфіз фіксований у новій позиції. Пацієнт здатний ходити. Якщо ремоделювання ще не відбулося, стан вважається нестабільним. Нестабільний ЗЕГСК дуже болючий, і пацієнт не може самостійно ходити.
- Слід здійснювати ранню діагностику та хірургічне лікування. Якщо захворювання не лікувати, зміщення епіфіза досередини і дозадугу збільшуватиметься і далі погіршуватиметься функціонування кульшового суглоба. У випадках середньої важкості і тяжких випадках ризик розвитку остеоартрозу в молодому віці збільшується.

Захворюваність та симптоми

- Виникає у віці 10–16 років (дещо раніше у дівчат), часто поєднується з ожирінням (хлопчики:дівчатка = 2,5:1).
- Двостороннє ураження спостерігається у 20–30% пацієнтів.
- Клінічні ознаки завжди включають в себе кульгавість і знижений об'єм рухів.
- Тяжкість болю значно варіює; від безболісного стану до неможливості ходити через біль. Типовим є біль в коліні, стегні та паховій ділянці, при навантаженні на ногу та під час руху. Біль, що іррадіює у коліно, може вводити в оману під час спроби локалізувати джерело болю.
- Пацієнт зазвичай тримає нижню кінцівку в положенні легкої зовнішньої ротації.

Діагноз

- Якщо підозрюється ЗЕГСК (типовий вік та симптоми кульшового суглоба), обидві передньозадня та проекція за Лаунштейном обох кульшових суглобів мають бути зроблені без затримки. На рентгенограмі буде спостерігатися заднє зміщення епіфізу.
- У нещодавно зміщеному епіфізі сходинка епіфізарної пластинки чітко виявляється за допомогою ультразвукового дослідження. Якщо є УЗД-ознаки суглобового випоту, стан може вважатися нестабільним.

Лікування

- Пацієнт потребує невідкладного направлення до фахівця-ортопеда.
- Лікування завжди хірургічне. Черезшкірна фіксація одним гвинтом використовується для стабілізації епіфізу. Чим менше зміщення, тим краще результат у більшості випадків. При суттєвому зміщенні може бути показана остеотомія шийки стегнової кістки або вертлюга.
- Профілактичну фіксацію протилежного безсимптомного кульшового суглоба слід розглядати у випадку, якщо пацієнт дуже молодий або має ендокринологічні чи метаболічні основні захворювання (близько 7% випадків).

Сіднично-лобковий синхондроз (остеохондроз ван Нека)

- Кістки тазу розвиваються з хрящових структур, які поступово осифікуються, формуючи суцільну тазову кістку. Сіднично-лобковий синхондроз — це хрящовий суглоб, що виникає до остаточного злиття сідничної та лобкової кісток. Осифікація цього хрящового суглоба може бути болючим процесом.
- Рідкісна причина болісної кульгавості
- Зустрічається у дітей у віці від 6 до 10 років.
- Симптоми зберігаються протягом декількох місяців, і одужання відбувається спонтанно.
- Важливо, щоб інші патологічні стани були виключені.
- Показана проста рентгенографія тазу, іноді МРТ-дослідження.
- За потреби розглядається обмеження спортивної діяльності.

Остеохондропатії ділянки кульшового суглоба, що виникають через перевантаження

- Дані стани виникають під час пубертатного ростового стрибка, іноді раніше.
- Вони вражають місця приєднання великих м'язів, які є хрящовими структурами у дітей.
- Аналогічні хвороби Осгуда-Шляттера в коліні.
- Типові локалізації:
 - місце прикріплення задньої групи м'язів стегна до сідничної бугристості
 - на передній поверхні тазу, у місці прикріплення кравецького м'яза до передньої верхньої ості клубової кістки
 - на передній частині стегна, в місці прикріплення прямого м'яза стегна до передньої нижньої ості клубової кістки
 - в пахвинній ділянці, в місці прикріплення клубово-поперекового м'яза до малого вертлюга.
- Важливе ретельне клінічне обстеження. Рентгенологічне дослідження переважно використовується для виключення інших патологічних станів.

- Лікування симптоматичне і може здійснюватися первинною медичною допомогою.
 - На певний період слід виключити спортивні заняття, що провокують біль.
 - Зокрема, апофізит сідничної горбистості може вимагати утримання від бігу та стрибків до 6 місяців.

Пов'язані ресурси

- Інтернет-ресурси [пов'язані 00882] Hip pain in children – R...
- Література [пов'язані 00882] Hip pain in children – R...

Джерела інформації

R1. Kermond S, Fink M, Graham K, Carlin JB, Barnett P. A randomized clinical trial: should the child with transient synovitis of the hip be treated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs? Ann Emerg Med 2002 Sep;40(3):294-9. [PubMedID 12192353].

Настанови

- [Настанова 00656](#). Ювенільний ідіопатичний артрит (ювенільний ревматоїдний артрит).
- [Настанова 00651](#). Артрит у дітей.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00657 Ключ сортування: 030.023 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2013-07-02

Автор(и): Pentti Kallio Редактор(и): Jukka Pekka Jousimaa Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Paediatrics Orthopaedics Surgery Radiology

Ключові слова індексу

speciality: Surgery speciality: Paediatrics speciality: Orthopaedics speciality: Radiology Hip pain Child Hip
Pain Enthesopathy Ischiopubic synchondrosis Walking difficulty Walking Walking ability Gait
Synovitis of the hip Epiphysiolysis capitis femoris Slipped capital femoral epiphysis SCFE SUFE Adolescent
Puberty Limp Osteochondritis Slipped upper femoral epiphysis Perthes disease van Neck osteochondrosis
Apophysitis Insertion pain Ischial tuberosity Movement restriction Osteonecrosis Stress fracture Stress injuries
Subluxation ісрс-2: L94