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=ebm00659&format=pdf

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

Настанова 00659. Скарги, пов’язані з колінами, у дітей в період активного росту

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

Основні положення

- Лікарі первинної ланки регулярно стикаються з проблемами колінних суглобів у дітей.
- Важливо проводити ретельне клінічне обстеження. Під час огляду слід виключити біль, що іррадіює, через хвороби спини або кульшового суглоба. Необхідність подальших досліджень залежить від ступеня прояву клінічних ознак.
- Більшість проблем з колінами у дітей в період активного росту — часто невиразно пов'язані з вправами або фізичними навантаженнями — настільки слабко виражені, що не викликають функціональних розладів. Проте можна запідозрити наявність значного механічного дефекту, травматичного перевантаження або артриту, якщо біль призводить до постійної кульгавості у пацієнта чи обмежує заняття спортом, або, якщо пацієнт описує механічне обмеження руху в коліні, або, наприклад, зміщення надколінника.
- Уражене коліно слід порівняти з протилежним коліном. Позитивні клінічні ознаки включають у себе наступне: обмежений об’єм рухів, нестабільність, наявність випоту, набряк синовіальної оболонки, інший набряк або деформацію, відмінності в температурі (підвищена або знижена), атрофія м'язів стегна, локальна болючість у ділянках, типових для травматичного перевантаження,

асиметрична болючість під час пателлофеморальної компресії, постійна кульгавість і відмінності з обох боків під час присідання на одній нозі.

- Зазвичай, дитина та дорослий, який її супроводжує, припускають, що дана проблема з коліном пов'язана зі структурною аномалією стопи або коліна. Спостереження дорослого, що супроводжує дитину, мають бути сприйняті серйозно, незважаючи на те, що структурні зміни та біль в коліні вкрай рідко пов’язані між собою.

Хондромаляція надколінника (пателлофеморальний больовий синдром)

Визначення

- Цей термін, разом з "болем у передньому відділі коліна", широко використовують для опису неспецифічного та невизначеного болю в передньому відділі коліна у підлітків та дорослих.
- Хондромаляція буквально означає пошкодження, розм'якшення або тріщини хряща надколінника чи його відшарування від кісткової поверхні, що можна підтвердити за допомогою артроскопії або МРТ-дослідження.
- Фактично, даний стан — це остеоартритичні зміни, викликані, наприклад, травмою, рецидивуючим частковим або повним зміщенням надколінника, тривалим запаленням, повторними кровотечами або розсікаючим остеохондритом надколінника.

Симптоми

- Симптоми подібні до тих, що спостерігаються при пателлофеморальному остеоартриті: біль в передньому відділі коліна під час вагового навантаження, що відчувається при ступанні п’яткою та/або коли пацієнт відштовхується ураженою ногою, коли, наприклад, біжить чи піднімається або спускається сходами.
- Типовою є "ознака кінотеатру": пацієнт відчуває біль у коліні та бажання його випрямити, коли сидить впродовж тривалого часу із зігнутими колінами під час подорожей автомобілем або відвідування кінотеатру.

Клінічні ознаки

- М’язова атрофія швидко розвивається у передньому відділі стегна.

- Розгинання коліна зі супротивом у той час, як пацієнт сидить, наприклад, на краю ліжка, викликає біль при певному куті згинання між 90 і 20 градусами, так само, як під час присідання на одній нозі.
- Можна почути і відчути крепітацію.
- У деяких випадках хондромаляція призводить до клінічно вираженої нестабільності надколінно-стегнового суглоба.

Лікування

- Якщо пацієнт має об'єктивно встановлений артрит хряща надколінника, радикальне лікування відсутнє.
- Симптоми, як правило, є періодичними, і навіть значний дефект хряща може з часом стати безсимптомним.
- Необхідно застосовувати обмеження щодо інвазивного лікування у дітей, таких як ін'єкції та артроскопічне згладжування хряща.
- Лікування першої лінії має включати досить тривалий період спостереження або спроби лікування стану шляхом м'язових вправ, НППЗ та, можливо, еластичного бинтування, яке виконуватиме фізичний терапевт.

Хвороба Осгуда-Шляттера та хвороба Сіндінга-Ларсена

Визначення

- Це пошкодження, що виникають через повторюване навантаження і вражають місця прикріплення зв'язок надколінника та розгинальний апарат коліна. У випадку хворобі Осгуда-Шляттера ураженим місцем є горбистість великогомілкової кістки, а для хвороби Сіндінга-Ларсена — характерне ураження дистального полюсу надколінника.
- Хвороба Осгуда-Шляттера зустрічається часто. Пацієнт, як правило, є молодим спортсменом, який навіть може брати участь у спортивних змаганнях. Симптоми виникають в період пубертатного ростового стрибка, у хлопчиків віком від 13 до 15 років, у дівчаток трохи раніше. Напружена програма тренувань часто обумовлює симптоми, які виникають перед ростовим стрибком.

- Хвороба Сіндінга — Ларсена аналогічна хворобі "коліно стрибуна" (тендопатія надколінника), що зустрічається у дорослих [настанова 01077|Sports injuries and thei…]. Як правило, пацієнтам близько 10 років, іноді менше.

Симптоми

- Біг та стрибки спричиняють зфокусований біль у верхньому відділі гомілки або передньому відділі коліна.
- Під час бігу біль більш інтенсивний в момент опори на п'ятку, ніж при її відриві від землі (фізіологія розгинального апарату коліна та м'язів!).

Клінічні ознаки

- При хворобі Осгуда-Шляттера горбистість великогомілкової кістки є більш вираженою і болючою при пальпації та перкусії. У гострій фазі шкіра над горбистістю гаряча на дотик.
- При хворобі Сіндінга-Ларсена дистальний полюс надколінника болючий при натисканні. Найлегше виявити біль після того, як пацієнт розслабить м'язи передньої групи стегна і зв'язку надколінника, оскільки тонус зв'язки маскує будь-яку болючість при пальпації.
- Оглянути горбистість великогомілкової кістки або фрагментований дистальний полюс надколінника можна при рентгенологічному дослідженні. У типовому випадку рентген не потрібен.

Лікування

- Лікування може проводитися в закладах первинної медичної допомоги. Слід надати пояснення щодо патологічного стану пацієнту та батькам.
- Пацієнту слід утримуватися від фізичних вправ, які викликають біль (звільнення від спорту, що включать біг або стрибки впродовж 3 місяців поспіль).
    - Рекомендовані вправи під час заборони бігу та стрибків включають плавання, катання на велосипеді, катання на лижах, катання на ковзанах або силові тренування в тренажерному залі.
- Доступний в продажу наколінник може також полегшити симптоми

- Не слід бігати, поки перкуторна болючість в ділянці горбистості великогомілкової кістки повністю не зникне.
- У дуже легких випадках дитині може бути дозволено продовжувати фізичні вправи, як допустимі та відповідні до симптомів, але це може призвести до того, що симптоми зберігатимуться впродовж кількох років, доки не завершиться ріст
- Якщо симптоми дуже важкі, варіанти лікування включають іммобілізацію гіпсовою лонгетою впродовж 4–6 тижнів, а також висічення надмірно виступаючої великогомілкової горбистості та/або внутрішньосухожилкових секвестрів після завершення росту

Розсікаючий остеохондрит коліна

- Розсікаючий остеохондрит утворює вільні фрагменти всередині колінного суглоба та, ймовірно, патогенетично належить до тієї ж групи аваскулярних некрозів кісток, що і хвороба Пертеса стегнової кістки та хвороба Келера човноподібної кістки щиколотки.
- Захворювання спричинене тимчасовим ідіопатичним порушенням кровообігу в кістці, що призводить до некрозу субхондральної кістки. У деяких випадках кістковий некроз пов’язаний з серйозними основними захворюваннями або, наприклад, з високою дозою кортикостероїдів.
- З невідомих причин, захворювання також часто зустрічається у здорових дітей, у періоди активного росту; у більшості випадків основне захворювання відсутнє.
- Некроз кістки може не викликати жодних симптомів, і може рецидивувати, не завдаючи шкоди.
- У деяких пацієнтів некроз дистального відділу стегнової кістки супроводжується субхондральним стресовим переломом через кілька місяців.
- Рухомий кістковий клин розвивається під інтактним хрящем, і суглобова поверхня починає виявляти локальну нестабільність. Появи симптомів не виникає аж до цього етапу, коли початковою ознакою стає біль при навантаженні.
- Якщо суглобовий хрящ, розташований на кістковому фрагменті, розривається, розвивається набряк та блокування коліна. Остеохондральний фрагмент може, врешті, повністю відірватися від кістки, і коліно може бути заблокованим у фіксованому положенні.

Клінічні ознаки

- Клінічні ознаки залежать від стадії захворювання.
- У більшості випадків спостерігається помірна атрофія м'язів, та у випадку деяких обертальних рухів відчувається біль.
- Ознакою розщеплення хрящової поверхні є випіт у суглобі та/або його блокування.
- Діагностика та спостереження базуються на оглядовій рентгенографії коліна, яка має включати в себе так звану "тунельну проекцію".
- МРТ-дослідження. зазвичай, не є виправданим, оскільки клінічне рішення обмежити активність пацієнта (запобігти ваговому навантаженню) може бути прийняте без сканування. МРТ-дослідження потрібне в окремих випадках для підтвердження необхідності проведення хірургічного втручання.

Лікування

- Основна мета лікування полягає в тому, щоб стабілізувати рухомий фрагмент і досягти кісткового зрощення.
- На первинній ланці консервативне лікування остеохондриту з ураженням медіального виростка стегнової кістки майже завжди успішне в хлопчиків у віці до 13 років та у дівчат у віці до 12 років. Даний метод також слід спробувати у старших пацієнтів.
- Слід обмежити навантаження на суглоб; біг і стрибки заборонено впродовж 3 місяців поспіль.
- У важких випадках коліно може бути іммобілізоване впродовж 6 тижнів за допомогою шини або гіпсової лонгети під кутом, що зменшує навантаження на некротизовану ділянку.
- Якщо симптоми або рентгенологічне дослідження свідчать про розрив і неминуче відшарування суглобового хряща, пацієнта слід направити до хірурга-ортопеда для артроскопічного обстеження та хірургічної фіксації фрагменту.

Синовіальна складка коліна (пліка-синдром)

- Внутрішньосуглобові складки (пліки) синовіальної оболонки є нормальними структурами і зустрічаються практично у всіх людей, включаючи асимптоматичних. Цей діагноз часто встановлюється, коли постійний неспецифічний біль в коліні вимагає призначення

артроскопії. Якщо єдиною знахідкою в ході артроскопії є синовіальна складка, її зазвичай видаляють з надією, що стан пацієнта поліпшиться.

- У деяких випадках симптоми покращуються, в інших — ні. Таким чином, клінічне значення цього діагнозу є суперечливим. Вважається, що складка може рубцюватися або потовщуватися внаслідок травми або перевантаження, і ці показання наводять після операції для виправдання хірургічного втручання.
- Необхідно мати належні підстави для проведення артроскопії коліна у дитини, оскільки процедура має проводитися під загальною анестезією, і малоймовірно, що нелікована складка призведе до значного постійного пошкодження. Якщо передбачувана складка викликає клінічні ознаки, наприклад, кульгавість, обмеження об’єму рухів або атрофію м'язів, процедура показана після МРТ-дослідження.

Невизначений біль в коліні у підлітка

- Дуже поширена причина звернення за медичною допомогою, особливо у дівчаток наприкінці їхнього періоду росту.
- Симптоми пов'язані з ростовим стрибком. Цей стан називають «підлітковим болем росту», і він покращується спонтанно в період від декількох тижнів до декількох місяців.
- Інші діагнози можна з достатньою впевненістю виключити при первинній оцінці, якщо немає об'єктивних клінічних знахідок, і якщо оглядова рентгенограма є нормальною.
- Біль є неспецифічним, а епізоди болю тривають від декількох секунд до декількох годин. Симптоми часто не пов'язані з фізичними вправами або невиразно пов'язані зі спортивними заняттями у школі та іншим фізичним навантаженням.

Діагноз

- Збираючи анамнез, важливо з'ясувати, наскільки великою проблемою є біль насправді.
- Ретельне клінічне обстеження та оглядова рентгенографія
- Відсутність атрофії м'язів стегна свідчить на користь діагнозу.
- Якщо інші клінічні ознаки також відсутні, немає необхідності продовжувати подальші дослідження.

Лікування

- Необхідно уникати гіпердіагностики та надмірного лікування.
- Якщо клінічні ознаки відсутні, немає необхідності виконувати МРТ-дослідження, артроскопію коліна або експериментальні методи лікування, такі як фізична терапія або устілки для взуття.
- Протизапальні препарати або парацетамол часто полегшують симптоми.
- Обмеження занять спортом, як у школі, так і у вільний час не є виправданим.

Пов’язані ресурси

- Література [пов'язані 00884|Knee complaints in growi…]

Настанови

- Настанова 01077. Sports injuries and their prevention.

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: ebm00659 Ключ сортування: 030.025 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2013-07-02

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

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Paediatrics Orthopaedics Surgery

Ключові слова індексу
icpc-2: L94 speciality: Orthopaedics speciality: Paediatrics speciality: Surgery Adolescent Avascular bone necrosis Child Chondromalacia Chondromalacia patellae Growing child Knee Knee complaint Knee-locking Knee pain Knee symptom Limitation of motion Limp Limping Locked knee Osgood-Schlatter Osgood-Schlatter disease Osteochondritis Osteochondritis dissecans Osteonecrosis Pain Patella Plica Plica syndrome Sinding-Larsen Sinding-Larsen disease Sinding-Larsen-Johansson disease Syndroma plica synovialis medialis Stress fracture Stress injury Tenderness Trick knee icpc-2: 021u icpc-2: 023u Apophysitis Physical strain Jumper’s knee Immobilisation Insertitis Growing pains Exercise Crepitation Muscle atrophy Dislocation of the patella Sports Locomotor disability Restricted motion Joint symptoms Arthritis Hydrops Arthroscopy Synovial bursa Patellar cartilage Patellofemoral osteoarthritis Patellofemoral diseases Patellar luxation Plain x-ray Radiography X-ray Tunnel view Tibial tuberosity