

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Зав.каф. _____ д.м.н. Величко В.І.

« ____ » _____ 2020 р

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття для інтернів 1 року навчання
за фахом «Сімейна медицина - загальна практика»

ТЕМА: БІЛЬ У ШИЇ ТА СПИНІ У ДІТЕЙ

Тривалість: 90 хв

Виконавець: доц. Чернецька Г.В.

ОДЕСА

МЕТА ЗАНЯТТЯ

- Удосконалювати знання і практичних навичок лікарів у питаннях диференційних підходів у пацієнтів з скаргами на біль у шиї та спині

ЗАДАЧІ ЗАНЯТТЯ

Лікар-інтерн повинен знати:

- Як провести диференційну діагностику у пацієнтів з скаргами на біль в шиї та спині
 - Принципи терапії у пацієнтів з скаргами на біль в шиї та спині

МОТИВАЦІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА

Біль у шиї - дуже часта скарга. Вона зустрічається в будь-якому віці. У будь-який окремо взятий момент часу у кожного десятого дорослого болить шия.

ХРОНОКАРТА:

- | | |
|---|--------|
| 1. Вступне слово викладача | 5 хв. |
| 2. Визначення базових знань інтернів | 5 хв |
| 3. Обговорення основних моментів діагностики та надання медичної допомоги | 40 хв. |
| 4. Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня знань..... | 10 хв. |
| 5. Тестові завдання для самопідготовки і самокорекції заключного рівня знань..... | 10 |
| 8. Задачі для самоконтролю..... | 10 хв. |
| 9. Підсумок результатів | 5 хв. |
| 10. Оголошення теми наступного заняття | 5 хв. |

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

учбова кімната

ГОЛОВНІ ТЕЗИ ЗАНЯТТЯ

Актуальність теми:

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЗАГАЛЬНИХ ОЗНАК І СИМПТОМІВ

БІЛЬ У ШИЇ ТА СПИНІ

Визначення поняття. «Біль у шиї» (цервікалгія) - це болісні відчуття на тильній стороні голови і зазвичай в задній частині шиї починаючи від потиличної області, до верхніх країв лопаток, а також біль в області від правого до лівого плеча, може віддавати в голову, плечі і грудну стінку, можливі напруга м'язів шиї і обмеження рухів голови. «Біль у спині» (дорсалгія) - це болісні відчуття в будь-якій області спини. В даний час число скарг дітей та підлітків на такі болі ростуть із загрозливою швидкістю.

Епідеміологія. Біль у шиї - дуже часта скарга. Вона зустрічається в будь-якому віці. У будь-який окремо взятий момент часу у кожного десятого дорослого болить шия. Так як дослідження в цій області продовжують розширюватися і стають все більш суперечливими необхідно їх критично оцінити і проаналізувати. Досягнення епідеміології болю у дітей та підлітків все ще залишаються незначними, а результати недостатньо достовірними.

До недавнього часу проблема болю в спині розглядалася як проблема дорослих. Як вважали раніше, біль у спині у дітей та підлітків є чимось незвичайним, і її розглядали як провісника серйозної органічної патології.

У сучасному уявленні це визнано невірним. Рецидивуючий біль у спині, як показник органічної важкої патології характерна для госпіталізованих дітей. Вважається, що показники поширеності болю в спині у школярів досить високі. Дані про поширеність болів в спині у дітей та підлітків варіюють у дуже широкому діапазоні від 20-30 до 83%. У дослідженні, проведеному у Великобританії, що включало школярів віком 11-14 років, було показано, що у 27% з них спостерігалися болі в шиї, у 18% - у верхній частині спини, у 22% - у нижній. Частота болів в спині у дівчаток вища, ніж у хлопчиків. Частота скарг на болі в спині істотно виростає у старших підлітків. Так, 60% студентів перших курсів скаржилися на болі в спині. Біль у спині, і зокрема біль у попереку, у старших підлітків є звичайним явищем.

Біль у нижній частині спини принаймні в 2-4 рази частіше реєструється в Швеції, Німеччині та Бельгії, порівняно з країнами Південно-Східного регіону (Китай, Індонезія, Філіппіни, Нігерія). Поки що не зрозуміло, чи є ці дані підтвердженням ролі навколишнього середовища та генетичних факторів і взагалі чи знаходяться пояснення цьому феномену в області медицини або етнопсихології.

Етіологія. Болі в області шиї можуть виникати з багатьох причин, але вагоміша з них - ригідність м'язів шиї. Ригідність м'язів шиї характеризується мимовільним спазмом, який обмежує її пасивне згинання. Хоча ригідність м'язів шиї може мати безліч причин, однією з них може бути подразнення мозкових оболонок у зв'язку з інфекційним процесом, тому стан пацієнтів необхідно оцінювати терміново з метою виключення менінгіту. До інших поширених причин виникнення ригідності м'язів шиї можуть бути спазми і дистонія м'язів шиї. Також біль у шиї у дітей може з'явитися при шийному лімфаденіті. Крім цього, причиною болісних відчуттів в шиї можуть бути інфекційні захворювання, такі як: остеомієліт, поліомієліт. Багато вірусних інфекцій провокують

запалення вуха, мигдалин, іноді запалення нирок, особливо захворювання дихальних шляхів та можуть викликати ознаками менінгізму, що в свою чергу обумовлює біль в шії.

Запальні процеси в грудинно-ключично-соскоподібному м'язі можуть провокувати біль при повороті голови. Причини цих процесів можуть бути різні: родова травма, скутість м'язів шії, неправильний розвиток шийних хребців. Так, вроджена кривошия - пошкодження м'язів шії, зазвичай з одного боку, та порушення провідних шляхів до скорочення грудино-ключично-соскоподібного м'язу і встановленню голови з нахилом в уражену сторону і поворотом її в здорову. Кривошия, внаслідок спазму м'язів, так само супроводжується болісністю.

Крім того, причинами болю у шії також можуть бути: вроджені деформації шії, міозит, дитячий церебральний параліч, побічна дія ліків, стрес. Наприклад, міозит, який може виникати при застуді, теж проявляється різким болем у шії при повороті голови. У дітей, як і у дорослих, біль у шії може також з'являтися при таких захворюваннях, як: новоутворення, абсцеси, внутрішньочерепні крововиливи, ревматоїдний артрит, остеохондроз шийного відділу хребта, міжхребцеві грижі цього ж відділу, пошкодження міжхребцевих суглобів, травми шийного відділу, як зв'язок, так і м'язів. Болісність в шії у дітей може з'являтися при такому контагіозному захворюванні, як епідемічний паротит, коли спостерігається збільшення слинних залоз за рахунок їх запалення.

До виникнення болів у шії можуть призвести не тільки вже сформовані захворювання хребта, але і деякі повсякденні ситуації: тривале перебування в одній, особливо неправильній, позі (навантаження на хребет при цьому посилюється, м'язи знаходяться в постійній напрузі, що призводить до їх спазму і появі болю); переохолодження м'язів також може викликати їх спазм, який призводить до порушення кровообігу; незручне ліжко; вимушене положення за комп'ютером чи за столом; надмірна маса

тіла теж дає велике навантаження на хребет і м'язи; сильні емоційні перенапруги викликають відчуття втоми і болючість в області ший; різкі, надмірні рухи, які призводять до розтягування м'язів і відповідно до болів.

Рідко причинами болісності в ший виступають: мієлопатія, ревматична поліміалгія, фіброміалгія, ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, хвороби щитовидної залози, пухлини стравоходу і сторонні тіла в ньому, переломи хребців.

Діти схильні перебільшувати свій біль або якісь інші симптоми заради того, щоб їм приділили більше уваги. Треба відзначити, що навіть психічні зміни, депресія можуть послужити причиною появи болісних відчуттів у ший.

Біль у спині в більшості випадків протікає сприятливо (наприклад, біль м'язового напруження у підлітків), але необхідний уважний підхід до виявлення більш серйозних причин, особливо у дітей молодшого віку. У дітей у віці від 1 до 3 років біль у спині може маніфестувати відмовою ходити.

Біль у спині може бути розділена на такі категорії: розлади, пов'язані з механічними причинами (розтягнення сухожилля або м'язи, грижа пульпозного ядра міжхребцевого диска, апофізеоліз; порушення постави, компресійний перелом хребця); розлади, пов'язані із зростанням (спонділолізіс, спондилолістез, хвороба Шейермана-Мау - остеохондропатичний кіфоз); запалення та інфекції (остеомиєліт хребця, кальцифікація міжхребцевого диска, ревматологічні стани - анкілозуючий спондиліт, реактивні спондилоартропатии; серповидно-клітинна анемія і серповидно-клітинний больовий криза, епідуральний абсцес; неопластичний процес хребта або спинномозкового каналу, м'язів; психогенні причини.

Частота болю в спині у підлітків достовірно пов'язана з віком, позою і тривалістю її збереження при виконанні шкільних завдань і перегляді

телепередач. Виявлено статистично значущий зв'язок наявності болю в спині з жіночою статтю, наявністю в сімейному анамнезі даного страждання і відсутністю занять спортом. Слід зазначити, що фактори ризику розвитку болю в спині у дітей залишаються до кінця не виявленими. Відзначено зв'язок між болем у спині і палінням: регулярне паління в підлітковому віці асоційоване з болем у спині. У 26% і був найбільш характерний для тих, хто займався спортом або іншою фізичною активністю.

Причинні фактори, що впливають на синдром болю в спині і порушення постави: вік, тип харчування (фаст-фуд, солодощі, солодкі напої, кава), паління, алкоголь, травма, жіноча стать, надмірна спортивна активність або націленість на рекорди, асиметрія тулуба, особливо високорослість. Зростання, що перевищує середні вікові нормативи даної популяції на 2 і більше сигмальних відхилення є однією з найбільш частою причиною болі у спині і реєструються у високорослих юнаків. Крім того, ймовірні такі причини, як: зниження еластичності мускулатури верхньої частини тулуба, зниження ізометричної витривалості довгих м'язів спини, депресія, болі в горлі, головний біль, денна втома. Особливо виразний зв'язок болів в спині у дітей та болів в спині у батьків відзначається при наявності поліалгіческого синдрому, тобто присутність одночасно скарг на головні болі, болі в горлі, болі в животі. Емоційні чинники також відіграють певну роль у виникненні скарг на болі у спині. Має значення почуття очікування болю і заглибленість в її відчуття. Певну роль в цій проблемі займають психологічні чинники. Так, низький самоконтроль емоцій у хлопчиків і високий у дівчаток, низька самооцінка, підвищена внутрішня тривожність по відношенню до власного здоров'я, низька підтримка дитини батьками та труднощі взаємин впливають на характер больового синдрому. Факторами ризику виникнення болів у спині є також сидячий спосіб життя, перегляд телевізора більше 2 год на день, стрес,

зниження рухливості люмбального відділу хребта в сагітальній площині, зниження загальної фізичної активності, навіть можливо низька шкільна успішність та носіння шкільного рюкзака. Останнім часом навколо питання про носіння шкільного рюкзака або ранця за спиною як чинника високої поширеності болю в спині у дітей та підлітків зав'язалася полеміка. Було показано, що біль у спині виникає тільки тоді, коли маса рюкзака перевищує 10% від маси тіла. До прогностичних факторів болю у спині є порушення постави. Порушення постави, що посилюється або виникає у дітей раннього підліткового віку в період швидкого зростання, не пов'язане з болями в спині. Прогностичним фактором зав'язаних болів у спині є напруженість мускулатури спини у підлітків. Іншим несприятливим ознакою є наявність патології спини у батьків. Але неясно, чи є це генетично обумовленим або пояснюється іншими причинами. У кожному разі, психосоціальні фактори виявилися вагомішими, ніж антропометричні дані. Особливо значимі «почуття внутрішнього спокою / радості», «самосприйняття свого здоров'я». У сім'ях дітей з болями в спині істотно частіше зустрічаються депресія, алкогольна залежність, страхи, загальна обтяженість, болі в животі, головні болі, неспецифічні кістково-м'язові розлади.

Біль у спині у дошкільнят – рідкість. Починаючи з 16-18 років на перше місце виходять скарги на кістково-м'язову систему.

Алгоритм діагностики та диференційної діагностики. У більшості індивідуумів з болем у шиї причина невідома, але практично завжди вона проходить без лікування. Однак для виключення більш серйозного стану необхідний збір анамнезу та фізикальне обстеження. Так, при епідемічному паротиті виявляється підвищенням температури, збільшенням привушних слинних залоз, їх хворобливістю. Процес може переходити на підщелепні і під'язикові залози. При цьому може виникнути набряк гортані і м'якого піднебіння. З'являються труднощі при жуванні,

ковтанні і навіть при диханні. При менінгіті у старших дітей підвищується температура тіла, з'являються сильний головний біль, нудота, блювота, світлобоязнь, напруга м'язів потилиці. Грудні діти можуть голосно і монотонно плакати, у них вибухає джерельце, голова закинута, можливі судоми, блювота. Кривошия, або тортіколіс (часто звана «ригідна шия») - болісний стан, при якому дитина тримає голову в вимушеному положенні або похило. Через біль нормальне положення голови неможливо, або можливе тільки на короткий час. Є вроджена кривошия або неонатальна. Вроджена м'язова кривошия ймовірно, асоційована з родовою травмою: грудинно-ключично-соскоподібний м'яз розтягується в пологах, викликаючи утворення гематоми, внаслідок чого відбувається спазм грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, можливий розвиток фіброзу грудинно-ключично-соскоподібного м'яза; пошкодження плечового сплетіння. У результаті захворювання відбувається скорочення і фіксація скорочених м'язів, формується контрактура, створюється вимушене положення голови. При вродженій кривоший під час спроби вивести голову в правильне положення відчуваються опір і болючість. У деяких випадках захворювання може не бути очевидним для батьків, поки дитина не досягне 3 або 4 років, а шия не виросте і не подовжиться. Кривошия іноді поєднується з дефектом кульшового суглоба, що викликає утруднення та уповільнення ходьби, або ходьбу з кульгавістю. Якщо вроджену кривошию вчасно не лікувати (до 10-річного віку), то обличчя дитини може стати асиметричним. Уражена сторона стає коротшою за протилежну, де лицьові м'язи через постійну напругу розтягуються і подовжуються. М'язи ший будуть постійно пошкоджуватися, і може розвинутися прогресуюче викривлення ший і обмежений рух головою. Доброякісна пароксизмальна кривошия: виникає у немовлят і дітей раннього віку, має гострий початок, супроводжується блідістю і блювотою, можливо є клінічним варіантом мігрені. Очна кривошия: - це компенсаторний механізм, що зустрічається у

пацієнтів з паралічем блоковидного нерва або слабкістю верхнього косого м'яза очей. М'язовий спазм може виникати після тривалої дії холодowego чинника, наприклад, вітру. В наслідку інфекції верхніх дихальних шляхів у дітей раннього віку може виникати ретрофарінгеальний набряк, який відсуває атлантаксіальне зчленування, що може проводити до розвитку назофарінгіальної кривошії. Дистонічна реакція м'язів ший може бути наслідком застосування антипсихотиків, метоклопраміду, прохлорперазину, тріметобензаміду, бути ознакою рухових порушень, таких як *Myasthenia gravis* або хорея Гатчінгтона. Біль в ший також може спостерігатися при інфекціях в області голови та ший, ЛОР-органів: за наявності шийного аденіту, мастоїдиту, отиту, ретрофарінгеального набряку, який відсуває атлантаксіальне зчленування. Больовий синдром в ший може бути пов'язаний з атланта-аксіальним підвивихом, асоційованим зі синдромом Дауна, ахондроплазією, синдромом Кліппеля-Фейля, може бути наслідком перелому, інфекції або пухлини шийного відділу хребта. ГЕРХ, грижі стравохідного отвору діафрагми можуть проявлятися у вигляді шийної торсії (відомої як синдром Сандіфера). Ригідність потиличних м'язів – це стрес, який примушує м'язи напружуватися і ущільнюватися, і який виникає при хлистовій травмі ший, менінгіті, енцефаліті, субарахноїдальному крововиливу, заглотковому абсцесі, епіглотіті, вогнищева дистонії, кривошії вродженій чи набутій. Правець, крім ригідності шийних м'язів, супроводжується тризмом, сардонічним сміхом, опістотонусом, м'язовими спазмами. Ригідність потиличних м'язів рідко, але також може спостерігатися при зубному абсцесі у співдружності зі спазми глотки і/або гортані, при хімічному менінгіті, як може бути наслідком спінальної анестезії або люмбальної пункції. Крім того, ще рідше, але цей синдром можливий при пухлині задньої черепної ямки, тиреоїдиті, ревматоїдному артриті, шийному артриті, пневмонії, трихінозі, хворобі Шагаса, Гоше у немовлят, хворобі кленового сиропу,

ядерній жовтяниці, а також при інтоксикаційному синдромі внаслідок прийому фенотіазинів, стрихніну та при отруєнні ртуттю, метанолом і при гіпервітамінозі А.

Звертаємо увагу, що болі в передній частині шиї, швидше за все, викликані болем у горлі або набряканням лімфатичних вузлів. Часто причиною болю в шиї у дітей є запалення грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. При цьому голова дитини не здатна повертатися в один бік, і м'язи на шиї з цього боку можуть набути болісну чутливість.

Раптовий простріл у старших дітей є зазвичай наслідком м'язового спазму. Часто дитина прокидається з болем у шиї, звичайно з одного боку. Причина цього невідома, хоча іноді це може бути спровоковано знаходженням на протязі. Через біль дитина повертає і нахиляє голову набік; м'язи шиї з цього боку будуть натягнутими і болісно чутливими. Також, раптовий простріл у дитини, частіше може супроводжувати вушний біль або може бути викликаний запаленням лімфовузлів на шиї.

При болях в області шиї необхідно виключати новоутворення. Локалізація пухлин в ділянці шиї (передня поверхня шиї, бокова поверхня шиї, область щоки) обумовлює три напрямки диференційного діагнозу: запальний процес, вроджена патологія і неоплазія. Серед запальних процесів не останню роль відіграють целюліт та лімфаденит. Целюліт може швидко прогресувати до утворення небезпечного абсцесу при відсутності терапії. Лімфаденит – це запальний процес лімфовузлів в області шиї, найбільш поширений в педіатричній практиці. Він може розвиватися при наступних захворюваннях: вірусних або бактеріальних захворюваннях ЛОР-органів, мононуклеозі, хворобі котячої подряпини, туберкульозі, гранулематозі (саркоїдозі і т.д), лімфомі (найбільш часта злоякісна пухлина області шиї), хворобі Кавасакі, метастатичних ураженнях. У дітей можуть спостерігатися наступні неопластичні процеси: гемангіома, лімфатична мальформація (лімфангіома, кістозна гідрома),

венозна мальформація, артеріовенозна мальформація, кіста зябрової щілини, преаурикулярна кіста (розташована наперед від козелка), щіто-під'язикова кіста, пухлина щитовидної залози, дермоїдна кіста, ліпома. кіста виличкової залози та інш.

Диференційна діагностика болю в спині (дорсалгій) у дітей починається з топичної діагностики джерела больової імпульсації. Можливими джерелами дорсалгій є: міжхребцевий суглоб; диск хребця; реберно-хребцеві суглоби; зв'язки; м'язи; нерви. Безсумнівно, що деструкція тіл хребців також може бути морфологічним субстратом для больового синдрому. Патологічні стани, при яких джерелом дорсалгії є проєкційна біль, яка виходить із внутрішніх органів, потребують можливо більш ранньої диференціації, так як в цих клінічних ситуаціях принципово іншими є і тактика обстеження, і підходи до терапії. Психогенний характер болю може бути запідозрений тільки після виключення інших причин, хоча цілком ймовірно, що психогенний характер дорсалгій може бути і найбільш частим. Нерідко інтенсивні дорсалгії супроводжують ряд психопатологічних синдромів і важких психічних захворювань. Диференціальний діагноз дорсалгій ґрунтується на клінічній оцінці, яка враховує: інтенсивність болю; тривалість; локалізацію; іррадіацію; добовий ритм; провокуючі фактори; наявність і топичну діагностику функціональних порушень; наявність інших клінічних ознак; неврологічних порушень; симптомів системного ураження опорно-рухового апарату та інших органів і систем; лихоманки; ознак інтоксикації; гематологічних змін; уражень шкіри і слизових оболонок та ін. Тактика лікаря при появі скарг на болі у спині: незважаючи на те, що такі болі зазвичай не вимагають медикаментозних або хірургічних втручань, необхідно негайно виключити ймовірні органічні причини як можливе джерело інвалідизуючих або навіть життєзагрозливих станів. Крім того,

болі у спині, навіть якщо вони носять так званий функціональний характер, можуть істотно позначатися на якості життя.

При болях у спині треба виключити захворювання внутрішніх органів (зони Захар'їна-Геда). Так біль, що посилюється при диханні, може бути ознакою плевриту, біль при навантаженнях вимагає виключення коронарної патології. Болі у спині іноді реєструються при пухлинах дванадцятипалої кишки і підшлункової залози, панкреатитах, пенетруючій виразці. Болі при калькульозному або безкаменному холециститі іррадіюють у праве плече і в спину. Гостра різка біль, що виникла раптово, в міжлопатковому просторі – це значима ознака розшарування аневризми аорти, аневризми легеневої артерії або інфаркту міокарда. При болях в області поперекового відділу можливі сечокам'яна хвороба або пієлонефрит. Неясні болі, які важко диференціюються, можуть передувати герпетичним висипань. Біль власне в спині, особливо якщо виникла вперше, гостра, тим більше наростаюча, вимагає найпильнішої уваги і максимальної відповідальності лікаря. У підлітків у багатьох випадках вона обумовлена віковими порушеннями (наприклад, хвороба Шейермана – Мау - дорзальний юнацький кіфоз, який вражає підлітків, і, при якому хребет набуває клиноподібної форми). Однією з причин захворювання може служити надмірний ріст кісткової тканини в певних ділянках тіл хребців. Основні симптоми – це болі в спині і швидка стомлюваність. Якщо в сім'ї один з батьків страждає цією хворобою, то ймовірність захворювання у дітей зростає у кілька разів. Існуючий термін «біль зростання» повинен бути останнім у ряду диференційно-діагностичного пошуку. Етіологія болю в спині розрізняється залежно від віку, що визначає тактику лікаря. Чим молодша дитина, тим більш імовірно, що біль у спині не пов'язана з напругою скелетно-м'язової системи і носить органічний характер.

Необхідним доповненням до клінічних методів дослідження є наступні параклінічні методи, що дозволяють уточнити топічний і нозологічний діагноз при болях у спині у дітей: рентгенографія хребта в 2 проекціях, при необхідності (підозра на захворювання типу спондилоартритів) рентгенографія тазу; магнітно-резонансна томографія; комп'ютерна томографія; електроміографія (при симптомах неуточнена радикулопатії); денситометрія; радіоізотопна остеосцинтиграфія; мієлографія (проводиться за показаннями на підставі висновку нейрохірургів).

При кривошії: збір анамнезу; об'єктивний огляд; рентгенографія шийного відділу хребта в прямій і бічній проекціях, рентгенографія шийного відділу хребта через відкритий рот, рентгенографія шийного відділу хребта з згинанням і розгинанням (пасивний обсяг рухів), КТ або МРТ; ЗАК, посів крові на стерильність.

При ригідності затылочних м'язів: анамнез; об'єктивний огляд; люмбальна пункція, МРТ.

При пухлинних утвореннях в області ший: анамнез; об'єктивний огляд; ЗАК, рентгенографія хребта, антитіла до вірусу Епштейна-Барра, дослідження на ВІЛ-інфекцію, тонкоголкова аспіраційна біопсія; рентгенологічне дослідження: бічна проекція, КТ сканування з контрастуванням або МРТ, УЗД щитовидної залози.

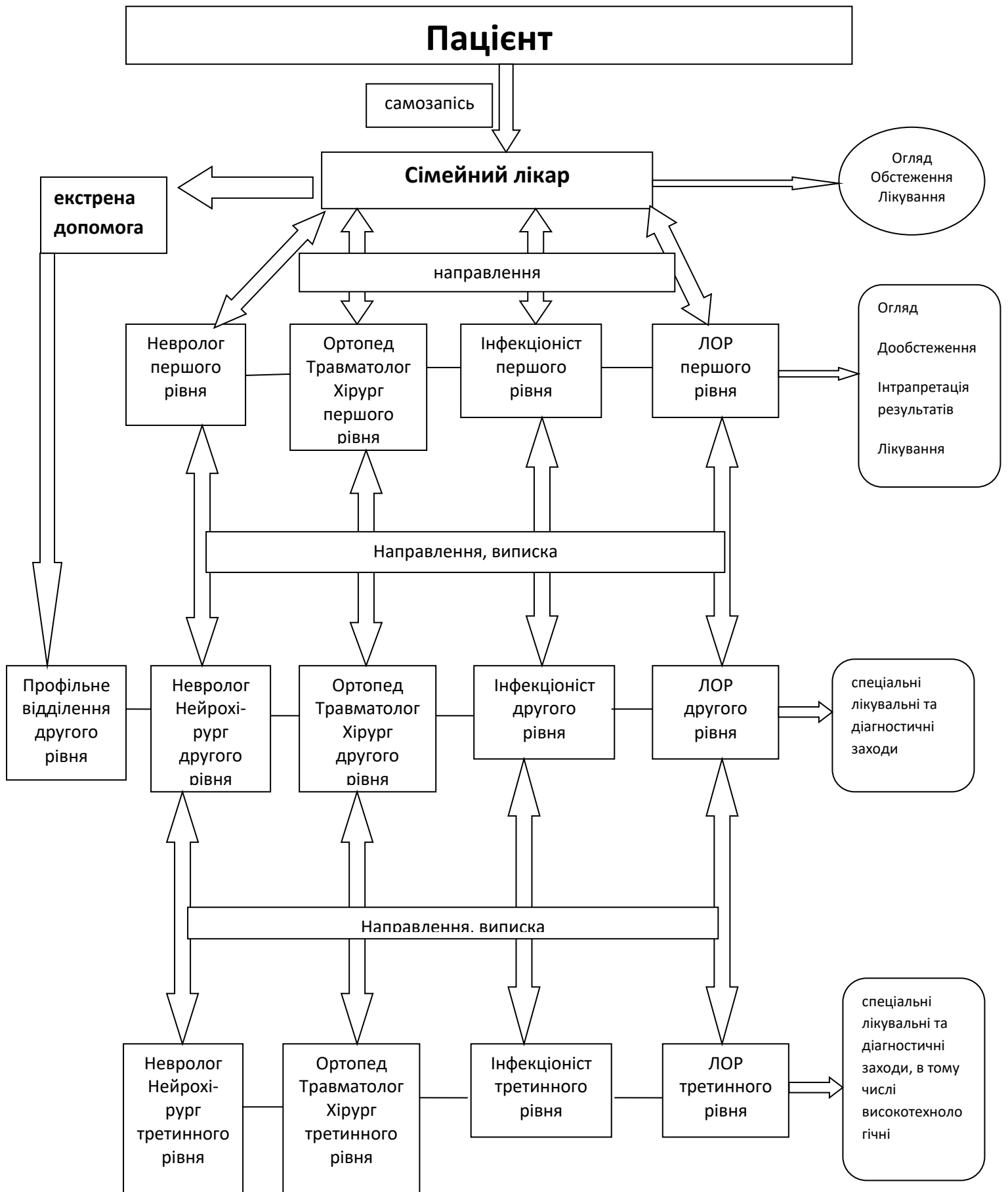
При сколіозі: анамнез; об'єктивний огляд; рентгенологічне дослідження: пряма і бічна проекція в положенні стоячи, МРТ показано за наявності неврологічного дефіциту, надмірного кіфозу, почала сколіозу після 11 років, стрімкого наростання викривлення, структурних аномалій на рентгенограмі або викривлень в грудному або грудо-поперековому відділі вліво.

При болях в спині: анамнез; огляд; лабораторні дослідження: ЗАК, ШЗЕ, РФ, HLA-типування, ЗАМ, бактеріологічний посів сечі; рентгенологічне дослідження, МРТ.

Алгоритм діагностики болі у спині та ший



Маршрут пацієнта.



Алгоритм лікування. При кривошії необхідна фізіотерапія та масаж шії, а також спеціальні вправи і укладання, які призначає хірург або ортопед. При міозиті або спазмах м'язів шії лікування полягає у забезпеченні спокою, призначення сухого тепла, масажу, м'якого шийного коміру, знеболюючих засобів. За наявності менінгіту / енцефаліту призначення антибіотики широкого спектру. При субарахноїдальному крововиливу негайний нейрохірургічний огляд, оцінити доцільність проведення МР-ангіографії, традиційної ангіографії, фармакологічна терапія церебрального вазоспазму. При адениті або зубному абсцесі лікування антибіотиками.

Лікування сколіозу. Варіанти лікування включають спостереження за дитиною під час росту, носіння корсетів та хірургічне лікування. Для ідіопатичного сколіозу, відповідь на носіння корсетів є дозо залежним. Носіння корсетів при викривленні на 20-40° здатне сповільнити прогресування стану, але не зменшує кут кривизни, незалежно від якості корсета і комплаєнсу. Хірургічне лікування залишається в резерві для прогресуючого викривлення більш ніж на 40° у пацієнтів з відставанням кісткового віку (за шкалою Ріссера 0-1) і більше ніж на 50° у пацієнтів без відставання кісткового віку.

При інфікованих ураженнях в області шії назначаються пероральні антибіотики. Наявність абсцесу вимагає розтину і дренування, вміст має бути досліджено за допомогою фарбування за Грамом і бактеріологічним дослідження. Хвороба котячих подряпин і інфікування атипovими мікобактеріями не вимагають спеціальної терапії, але процес одужання може протікати місяцями. Вроджені кісти і пухлини підлягають видаленню, у разі приєднання інфекції, видалення відкладається до ерадикації збудника. Гемангіоми підлягають лікуванню тільки, якщо їх розміри призводять до розладу дихання, акту ковтання, викликають тромбоцитопенію. Лімфатичні мальформації носять доброякісний

характер, можливо висічення їх в межах здорових тканин, але можливе повторне виникнення. Вроджена кривошия зазвичай підлягає фізіотерапевтичним заходам, ЛФК. Холодний абсцес (без болю і лихоманки) підлягає розтину і дренирування. При обструкції дихальних шляхів необхідна інтубація, тяжка обструкція підлягає трахеостомії.

Якщо ситуація схожа на симптоми остеохондрозу, необхідно частіше міняти положення, більше рухатися, застосовувати спеціальні фізичні вправи, використовувати методи розтягування хребта, масаж, фізіотерапію. У комплекс необхідно включити застосування НПЗЗ. При болях, викликаних тривалим перебуванням в одній позі або переохолодженням, необхідно розтерти область шиї знеболювальним чи зігріваючим кремом та обмотати її теплим шарфом, прийняти таблетку НПЗЗ. Рекомендується використовувати зігріваючі компреси.

ТЕСТИ

№ 1. На прийомі в поліклініці дівчинка 8 років скаржиться на біль у грудях, спині, тазі, ніжках, на швидку стомлюваність. Скарг на ураження інших органів та систем немає. Загальний стан задовільний. Травматичних ушкоджень не було. Неврологічних або м'язових розладів немає. Патології в органах зору і серцево-судинної системи немає. При огляді хребта сутулість, в грудному відділі відхиляється від прямої лінії у фронтальній (бічний) площині. Зріст і маса тіла знаходяться в межах 56-58 центилів, тобто не виходять за межі середніх показників даного віку у дівчаток.

Яка діагностична тактика?

1. Проведення проби Манту
2. Ангіографія
3. Загальний аналіз крові
4. Рентгенографія хребта

№ 2. Сімейний лікар відвідав на дому дитини 3,5 років зі скаргами на лихоманку до 39,2 С, утруднення носового дихання, виражену задишку, відмову від їжі, біль в області шиї та односторонній біль при ковтанні. З анамнезу відомо, що дитина тиждень тому перенесла фарингіт. При огляді шкірні покриви чисті, блідо-рожеві. Відзначається набряклість шиї і збільшення передньошийних лімфовузлів до 2 см. Носове дихання утруднене, виділень немає. Голос гугнявий. Відзначається різке вибухне верхнього полюса мигдалини разом з піднебінні дужки і м'яким небом до середньої лінії, поверхня якого напружена і гіперемована; язичок зміщений у протилежний бік. У легенях при аускультатії дихання ослаблене. ЧД 43 на хвилину. Тони серце ритмічні, ЧСС 125. Живіт м'який, при пальпації без болючий. Печінка і селезінка не збільшені. Менінгеальних і вогнищевих знаків немає.

Який діагноз?

1. Ретрофарінгеальний абсцес.
2. Гострий ринофарингіт
3. Гострий ларинготрахеїт
4. Гострий лимфаденіт

№ 3. Дівчинка 12 років під час занять спортом виконувала перекид і при падінні відчула біль у спині. Була короткочасна затримка дихання. На наступний день звернулася в поліклініку зі скаргами на болі в спині.

Ваш попередній діагноз?

1. Забій хребта
2. Компресійний перелом хребта.
3. Розтягнення м'язів
4. Забій легень

№4. Ви оглядаєте дитину 14 днів і відзначаєте, що вона тримає голову в положенні нахилу вліво і повороту в праву сторону. При пальпації визначається веретеноподібне ущільнення по ходу лівої грудинно-ключично-соскоподібної м'язи. Лімфовузли не збільшені. Ознак запалення немає.

Тактика лікування.

1. Оперативне втручання
2. Накладення м'якого коміра
3. Масаж, електрофорез з йодистим калієм, правильне укладання в ліжку

№ 5. У хлопчика 12 років при диспансерному огляді в школі виявлена асиметрія м'язів спини при нахилі вперед, остисті відростки хребців знаходяться не на одній лінії, при огляді у вертикальному положенні зі спини відзначається асиметрія лопаток. Дитина зазначає, що при тривалому навантаженні на хребет періодично виникають ниючі болі.

Яка причина болю в спині?

1. Ювенільний ідіопатичний сколіоз
2. Інфантильний ідіопатичний сколіоз
3. Нейром'язовий сколіоз
4. Синдром Марфана

№ 6. Дівчинка 6 років під час прогулянки на вулиці невдало повернула голову, після чого виникло вимушене положення голови, дитина перестала повертати шиєю. З анамнезу відомо, що дитина спостерігається у ЛОР-лікаря з приводу хронічного аденоїдита.

Ваш попередній діагноз?

1. Підвивих I шийного хребця
2. Розтягнення м'язів шиї

3. Спастична кривошия

№ 7. Дівчина 15 років поступила зі скаргами на біль у животі та поперековій ділянці, підвищення температури, блювання, зниження апетиту. В анамнезі лівобічний гідронефрозом. Симптом Пастернацького позитивний.

Яка діагностична тактика?

1. Фіброгастроскопія
2. Загальний аналіз сечі, аналіз сечі по Нечипуренко.
3. Рентгенографія хребта

№8 Дитині 7 роки. Два тижні тому переніс ангіну. Сьогодні у нього підвищилася температура до 38,2 ° С, з'явилася припухлість в області нижньої щелепи, спав неспокійно. Об'єктивно: в защелепний ямки визначається припухлість з чіткими контурами, тестовидної консистенції. З боку внутрішніх органів змін не виявлено. Старший брат протягом 14 днів хворіє паротитом.

Тактика лікування

1. Сухе тепло, полоскання порожнини рота після їжі 5% розчином борної кислоти
2. Антибактеріальна терапія
3. Хірургічне втручання

№ 9. При пірнанні у воду був травмований хребет і настав повний параліч верхніх і нижніх кінцівок. Який відділ хребта і спинного мозку швидше за все був травмований?

1. Крижовий відділ.
2. Грудний відділ.
3. Поперековий відділ.

4. Шийний відділ.
5. Поперековий і крижовий відділи.

№ 10. Дитина 5 років останні 4 тижні накульгує, скаржиться на біль у правому колінному суглобі, в сідничної області. При огляді патології з боку колінного суглоба не виявлено. Згинання та ротаційні рухи в правому тазостегновому суглобі обмежені, болючі. Температура і аналізи крові в нормі. Ваш попередній діагноз?

1. Ревматичний артрит
2. Ревматоїдний артрит
3. Хвороба Пертеса
4. Туберкульозний артрит

Еталони правильних відповідей.

№ 1 Відповідь 4. Рентгенографія хребта

№ 2 Відповідь 1. Ретрофарінгеальний абсцес.

№ 3 Відповідь 2. Компресійний перелом хребта.

№ 4 Відповідь 3. Масаж, електрофорез з йодистим калієм, правильне укладання в ліжку

№ 5 Відповідь 1. Ювенільний ідіопатичний сколіоз

№ 6 Відповідь 1. Підвивих I шийного хребця

№ 7 Відповідь 2. Загальний аналіз сечі, аналіз сечі по Нечипуренко.

№ 8 Відповідь 1. Сухе тепло, полоскання порожнини рота після їжі 5% розчином борної кислоти

№ 9. Відповідь 4. Шийний відділ.

№ 10 Відповідь 3. Хвороба Пертеса

Задача 1.

Дитина 2 років оглянута дитячим ортопедом і встановлений діагноз: вроджений сколіоз. Які його основні симптоми?

Задача 2. Дитина 5 років, дівчинка, оглянута дитячим ортопедом і висловлено припущення, що в дитини хвороба Кліпель-Фейля. Які клінічні ознаки дозволили встановити такий діагноз?

Задача 3. Хворий 47 років надійшов у клініку ортопедії з приводу різких болів в зоні хребта. При обстеженні ЯМР (ядерно-магнітний резонанс) виявлені зміни в 6 руховому хребетному сегменті. Які анатомо-функціональні утворення формують руховий хребетний сегмент?

Задача 4. Хворий 15 років надійшов у клініку ортопедії з приводу диспластичного сколіозу другого ступеня. Що є провідним у патогенезі?

Задача 5. Хвора 47 років надійшла в клініку ортопедії з приводу остеохондрозу грудного відділу хребта. Які рентгенологічні ознаки мають бути у хворої?

Задача 6. Дитина 15 років госпіталізована з приводу сколіозу грудопоперекового відділу 3 ступеня. Запропоновано оперативне лікування. Який вид оперативного лікування показаний?

Задача 7. Хворий Д., 40 років, скарги на біль у спині. При роботі в шахті потрапив під породу, що обрушилася. При цьому хворого зігнуло і плечі пригорнуло до ніг. На зроблених рентгенограмах визначається 1-й поперековий хребець у виді клина. Зменшення передньої поверхні його в основному за рахунок краніальної частини. Міжхребцева щілина звичайна. Ваш діагноз?

Список використаної літератури:

1. Saunders K, Korff M, LeResche L, Mancl L. Relationship of common pain conditions in mothers and children. Clin J Pain 2015; 23: 204–13.
2. Andersen L, Wedderkopp N, Leboeuf-Y de Ch. Association between back pain and physical fitness in adolescents. Spine 2006; 31: 1740–4.
3. Чечельницкая С.М. Синдром болей в спине как педиатрическая проблема. / С.М.Чечельницкая, В.М.Делягин, Л.И.Котик // Педиатрия. - 2018. - №3. С.18-24
4. Рачин А.П. Эпидемиология дорсалгии у детей и подростков / Рачин А.П., Анисимова С.Ю. // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 2012. - N 111.-С.57-58.
5. Шевага В.М. Остеохондроз хребта: від патогенетично обґрунтованого діагнозу характеру больового синдрому до ефективного лікування //Міжнародний неврологічний журнал. – 2006. – № 3 (7). – С. 40–44.
6. Алексеев В.В. Неврологические аспекты лечения острых скелетномышечных болевых синдромов. Руск. мед. журн. – 2004; 12 (5): 266–269.
7. Hall H. Back pain. In: Editorinchief Noseworthy J.H. Neurological therapeutics principles and practice. 2nd ed. Oxon: Informa Healthcare; 2006; vol. 1. chapt. 21: 240–256.
8. Braddom R.L. Perils and pointers in the evaluation and management of back pain. Semer Neurol. – 1998; 18: 197–210.
9. Buchrier M., Neubauer E., Zahlien Hinguranage A., Schiltenswolf M. Age,as a predating factor in the therapy outcome of multidisciplinary treatment of patients with chronic low back pain – a prospective longitudinal clinical study in 405 patients. Clin. Rheumatol. 2015; 26: 385–392.

10. Яковлева Л.В., Шаповал О.Д., Зупанец И.А. Механизмы фармакологического действия ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов // Со временные аспекты рационального обезболивания в медицинской практике. Сб. статей. – К.: Морит, 2018. – 63 с.

11. Шостак Н.А., Клименко А.А., Правдюк Н.Г. Боль в спине – некоторые аспекты диагностики и лечения // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14, № 2. – С. 87–89.

12. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы /Под ред. В.П. Штока, О.С. Левина. – М.: МИА, 2016. – 520 с