

СИНДРОМАЛЬНАЯ И НАЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БОЛЕЙ В СПИНЕ У ДЕТЕЙ

Х.М. ОЧИЛОВ, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА, Ш.Т. ИСАНОВА Ф.Г. УСМОНОВА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА БЕЛ ОҒРИҒИНИ СИНДРОМАЛ ВА НАЗОЛОГИК СТРУКТУРАСИ

Х.М. ОЧИЛОВ, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА, Ш.Т. ИСАНОВА Ф.Г. УСМОНОВА

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд шаҳри

SYNDROMAL AND NAZOLOGICAL STRUCTURE OF PAINS IN CHILDREN'S BACK

Kh.M. OCHILOV, A.T. DJURABEKOVA, Sh.T. ISANOVA F.G. USMONOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Болаларда бел оғриғи сабаблари катталарникидан фарқ қилади, кам ўрганилади. Татқиқотнинг мақсади, Болаларда бел оғриғини структурасини ўрганиш ва КТ ва МРТ усуллари қўллаш эди. Умуртқа поғонаси туғма аномалиялари, сколёз, ювенил остеохондроз, сакроилитлар ва бошқалар аниқланди. Натижага кўра беморнинг ёши ва унинг ювенил остеохондроз патологияси бир бирига боғлиқлиги аниқланди.

Калит сўзлар: бола, белдаги оғриқ, клиника, МРТ.

The causes of back pain in children differ from adults, little studied. The purpose of the surveys was to study the structure of back pain in children using KT and MRT techniques. Congenital anomalies of the spine, scoliosis, juvenile osteochondrosis, sacroiliata, etc. were found. According to the result, there is a correlation between the patient's age and the presence of concomitant pathology in the form of juvenile osteochondrosis of the spine.

Key words: children, pain in the back, clinic, MPT.

Актуальность. По данным ВОЗ более 50% населения западной Европы и США страдают от болей в спине. В многочисленных работах подчеркивается, что основными причинами болевых синдромов в спине во взрослой популяции служат дегенеративные изменения (межпозвоноковый остеохондроз, деформирующий спондилоартроз, спондилез), остеопороз, анкилозирующий спондилоартроз, новообразования, соматические заболевания. Исследования и публикации в мировой и отечественной литературе по проблеме боли в спине у детей немногочисленны. Между тем, наблюдения последних лет показывают, что вертеброгенные болевые синдромы в детской популяции не редкость. По данным многоцентровых исследований распространенность болей в спине у детей варьирует в очень широком диапазоне - 8-74%. По данным исследования подобные жалобы предъявляют от 19 до 29% детей [1, 3]. Спектр причин болей в спине у детей и взрослых различается, ведущая роль в детском возрасте принадлежит врожденным аномалиям развития позвоночника, идиопатическим сколиозам и кифосколиозам (40% в детской популяции), болезни Шейерманна - Мау (8%), ювенильному остеохондрозу. В последнее время все чаще выявляются врожденные дископатии в сочетании с патологией связочного аппарата позвоночника как фенотипическое проявление наследственной синдромальной патологии соединительной ткани [2, 5].

Анализ современной литературы свидетельствует, что, несмотря на несомненный интерес к проблеме боли в спине, широких популяционных исследований по распространенности и структуре вертеброгенных болевых синдромов у детей не проводилось, не систематизирован спектр причин, не определена их клиническая значимость, не разработаны алгоритмы диагностики, дифференцированного возраст-зависимого лечения и реабилитации с позиций мультидисциплинарного подхода [4, 6].

Цель изучить синдромальную и назологическую структура болей в спине у детей.

Материал и методы исследования. С целью определения распространенности болевого синдрома в спине у детей проведен скрининг методом анкетированного опроса 120 учащихся 1-9 классов в возрасте от 6 до 16 лет. В обследовании приняли участие мальчика 48.7% и девочек 51.3%. При этом жалобы на рецидивирующие боли в спине предъявили детей (19.33%), из них (37.93%) мальчика и (62.07%) девочки. Из школьников с жалобами на боли в спине в возрастную группу от 7 до 11 лет вошли 60 ребенка, в группу от 12 до 16 лет 60 ребенка. Дети с установленным первичным мио фациальным синдромом не включались в исследование. Использовались следующие инструментальные методы диагностики: рентгенография позвоночника; КТ; МРТ спинного мозга и позвоночника.

Результат исследования. В структуре болей в спине у школьников преобладали болевые синдромы в области грудного отдела позвоночника 36.5%, боли пояснично-крестцовой локализации составили 29.8%, боли в области шеи 21%. В 12.7% случаев у детей отмечалась сочетанная патология в двух или трех отделах. Нарушение осанки выявлено у всех, без исключения, детей с жалобами на боли в спине. В 20% случаев болевой синдром в спине сочетался с фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани и во всех случаях был обусловлен рефлекторными синдромами. Корешковых болевых синдромов не выявлено. Как и при скрининге обследовании, вертеброгенные болевые синдромы у пациентов стационара были обусловлены в основном рефлекторными синдромами - 81%. Корешковые вертеброгенные синдромы были выявлены в 19% случаев у всех пациентов стационара отмечались различные морфологические изменения в позвоночнике. Причины вертеброгенные болевых синдромов, выявленные у детей в процессе данного исследования, представлены на рис. 1.

По данным инструментальных методов исследования причинами вертеброгенных болей в шее в нашем исследовании являлись. «Изолированный» или в сочетании с артрозом унковертебральных сочленений и спондилезом 41.9% (n = 13) (рис. 2); функциональная нестабильность позвоночно двигательного сегмента как проявление наследственной синдромальной патологии соединительной ткани 41.9% (n = 13) (рис. 3, 4); аномалии шейного отдела позвоночника 16.2% (n = 5); аномалия Киммерли 3.2% (n = 1); синостозы шейных позвонков 3.2% (n = 1) (рис. 5); аномалия Клиппель-Фейля 3.2% (n = 1); добавочные шейные ребра 3.2% (n = 1) (рис. 6); неполный задний мостик C1 позвонка 3.2% (n = 1).

Боли в грудном отделе позвоночника в нашем исследовании наблюдались в 18.1% (n=19) и во всех случаях были представлены рефлекторными мышечно-тоническими синдромами. Дети предъявляли жалобы на боли в грудном отделе позвоночника, межлопаточной области, лопатках. Боль усиливалась при длительном пребывании в вынужденном положении (сидении, стоянии), при физической нагрузке. Причинами являлись, 1) сколиозы и кифосколиозы 47.4% (n=9), из них идиопатические отмечались в 10.5% (n=2), нейромышечные (наследственные нервно-мышечные заболевания, детский церебральный паралич) в 21.1% (n=4) и диспластические, на фоне аномалии развития соединительной ткани, в 15.8% (n=3) (рис. 7, 8); 2) ювенильный остеохондроз грудного отдела позвоночника I-III рентгенологических стадий 36.8% (n=7) (рис. 9); 3) болезнь Шейерманна-Мау 15.8% (n=3) (рис. 10).

Боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника составили 52.4% от всех выявленных болевых синдромов и были обусловлены в 65.5% рефлекторными болевыми синдромами. Среди них люмбагия составила 56.4%, при этом дети жаловались на боль в поясничной или в пояснично-крестцовой области, как правило, асимметричную, усиливающуюся при физических и длительных статических нагрузках. Рефлекторная мышечно-тоническая люмбаишиалгия составила 3.6%. В 5.5% болевой синдром был обусловлен рефлекторной нейродистрофической люмбаишиалгией в виде вторичного синдрома грушевидной мышцы, на фоне которого развилась компрессионная невропатия седалищного нерва. Корешковый болевой синдром пояснично крестцовой локализации составил 34.5%.

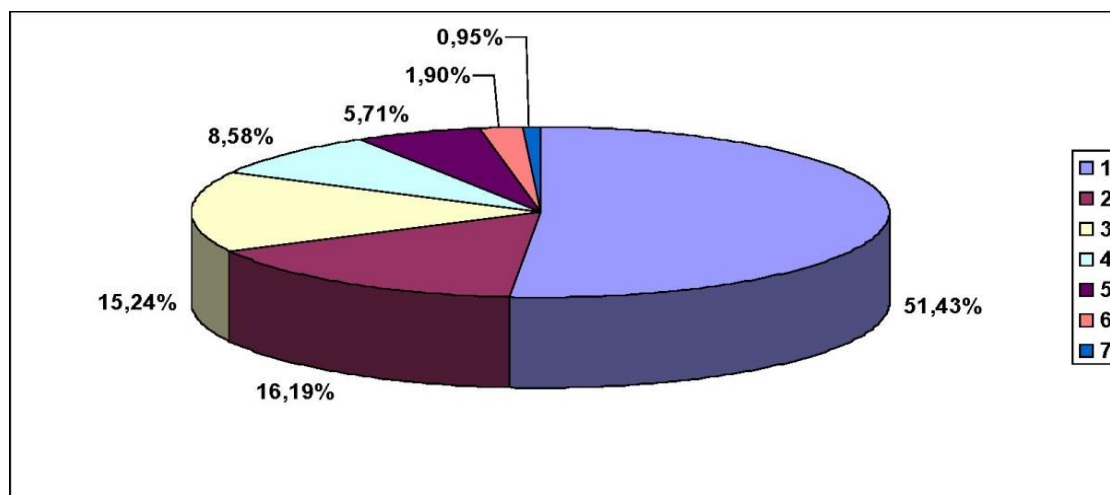


Рис. 1. Структура причин вертеброгенных болевых синдромов у пациентов стационара (N=105).
1. ювенильный остеохондроз; 2. наследственная синдромальная патология соединительной ткани;
3. врожденные аномалии позвоночника; 4. сколиозы; 5. болезнь Шейерманна-Мау;
6. опухоли позвоночника; 7. сacroилеит.



Рис. 2. На рентгенограмме остеохондроз шейного отдела позвоночника.



Рис. 3. На рентгенограммах при максимальном сгибании отмечается функциональная ПДС.



Рис. 4. На рентгенограмме ротационный подвывих С1.



Рис. 5. На рентгенограмме в боковой проекции при максимальном сгибании виден врожденный блок С3-С4 позвонков.



Рис. 6. На рентгенограмме добавочные шейные ребра 2 степени.



Рис. 7. На рентгенограмме идиопатический сколиоз 2 степени.



Рис. 8. На рентгенограмме вторичный сколиоз 3 степени у ребенка с невро-мышечным заболеванием.

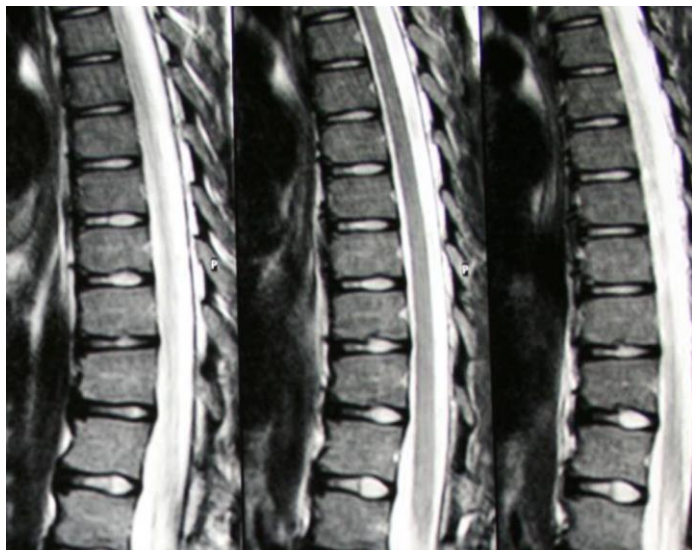


Рис. 9. На МРТ остеохондроз грудного отдела позвоночника.



Рис. 10. На МРТ болезнь Шейерманна-Мау.

Среди причин болевых синдромов в пояснично-крестцовой области (диаграмма на первом месте оказался ювенильный остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника (I-IV рентгенологических стадий) «изолированный» или в сочетании с деформирующим спондилоартрозом и спондилезом-61.8% (n=34) (рис. 11). На втором месте оказались аномалии пояснично-крестцового отдела позвоночника, которые были выявлены в 20% (n=11) и представлены сакрализацией в 7.3% (n=4), лабилизацией в 1.8% (n=1) (рис. 12), поясничным гиперлордозом в 5.5% (n=3) (рис. 13), конгенитальным спондилолистезом люмбосакрального перехода в 3.6% (n=2) (рис. 14), стенозом позвоночного канала в 1.8% (n=1). Протрузии дисков (как проявление наследственной синдромальной патологии соединительной ткани) выявлены в 7.3% (n=4). Болезнь Шейерман-

на-Мау выявлена у 5.5% (n=3). Опухоли позвоночника (остеохондромы) отмечались в 3.6% случаев (n=2).

Вывод: в процессе исследования было также обращено внимание на то, что у 11 пациентов ювенильный остеохондроз являлся не основным диагнозом, а сопутствующим, на фоне наличия у детей другой патологии. При этом у 4 пациентов основным диагнозом был сколиоз, 2 ребенка наблюдались с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, у 2-х пациентов был установлен синдром Элерса-Данло и 3 ребенка имели различные врожденные аномалии позвоночника. Согласно результатам логистической регрессии, существует взаимосвязь между возрастом пациента и наличием у него сопутствующей патологии в виде ювенильного остеохондроза позвоночника.



Рис. 11. На МРТ остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.



Рис. 12. На рентгенограмме люмбализация S1 позвонка.



Рис. 13. На МРТ поясничный гиперлордоз.



Рис. 14. На МРТ врожденный спондилолистез.

Литература:

1. Подчуфарова Е. В., Яхно Н.Н, Боль в спине МГЭОТАР-Медиа; 2013, стр 372.
2. Смирнова А. А, Лапочкин О. Л, Лобов М.А, Борисова М.Н, Распространенность и причины болевых синдромов в спине у детей 2011, стр 7-20.
3. Смирнова А.А, Вертеброгенные болевые синдромы у детей. Москва-2014
4. Чурюканов М.В., Катушкина Э.А. Невропатический компонент боли в спине - подходы к оценке и коррекции // Consilium Medicum (неврология/ревматология). - 2012. - № 2. - С. 35-39.
5. Kolb L., Lang C., Seifert F., Maihöfner C. Cognitive correlates of "neglect-like syndrome" in patients with complex regional pain syndrome. Pain. 2012; 153:1063-1073.
6. Middelkoop M., Rubinstein S., Kuijpers T. et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic nonspecific low back pain // 20 Eur Spine J. - 2011. № 20. - P. 19-39.

ic low back pain // 20 Eur Spine J. - 2011. № 20. - P. 19-39.

СИНДРОМАЛЬНАЯ И НАЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БОЛЕЙ В СПИНЕ У ДЕТЕЙ

Х.М. ОЧИЛОВ, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА,
Ш.Т. ИСАНОВА Ф.Г. УСМОНОВА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Причины болей в спине у детей отличаются от взрослых, мало изучены. Целью обследования было изучить структуру болей в спине у детей используя методы КТ и МРТ. Было обнаружено врождённые аномалии позвоночника, сколиозы, ювенильные остеохондрозы, сакроилиит и т.д. Согласно результатам существует взаимосвязь между возрастом пациента и наличием у него сопутствующей патологии в виде ювенильного остеохондроза позвоночника.

Ключевые слова: дети, боли в спине, клиника, МРТ.