

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ОСТРОМ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ

В.И. Мазуров¹, А.М. Ли́ла¹, А.С. Повзун²

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

² НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN ACUTE JUNCTION SYNDROME

V.I. Mazurov¹, A.M. Lila¹, A.S. Povzun²

North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

© В.И. Мазуров, А.М. Ли́ла А.С. Повзун, 2012

В статье оцениваются наиболее частые причины возникновения боли в суставах, изложены основные принципы и алгоритмы диагностики острого суставного синдрома. Описаны особенности сбора жалоб и анамнеза у больных и методы физикального обследования, применяющиеся для формирования предварительного диагноза. Указаны основные методы лабораторной и инструментальной диагностики, используемые для проведения дифференциальной диагностики у пациентов с болями в суставах. Приведены патогномоничные симптомы и ключевые проявления при наиболее частых ревматологических заболеваниях, их клинические особенности и отличия, позволяющие верифицировать нозологическую форму при суставном синдроме.

Ключевые слова: сустав, боль, воспаление, острый суставной синдром, алгоритм обследования, дифференциальная диагностика, ревматические болезни.

The article evaluates the most frequent causes of pain beginnings in the joints, the basic principles and algorithms for the diagnosis of acute junction syndrome are described. The features of complaints and medical history collection of the patients and methods of the physical examination, used for formation of the preliminary diagnosis, are revealed. The basic methods of laboratory and instrumental diagnostics, used for the differential diagnosis of patients with pain in the joints, are specified. Pathognomonic symptoms and key manifestations in the most frequent of the rheumatic diseases, clinical features and differences, allowing to verify nosological form in the articular syndrome, are evaluated.

Key words: joint, pain, inflammation, acute junction syndrome, the algorithm of examination, differential diagnosis, rheumatic diseases.

Введение

Болевой синдром является наиболее частой причиной обращения пациентов за медицинской помощью, он характерен для 70% всех известных заболеваний. Возникновение острой и хронической патологии, сопровождающейся болью, приводит к росту нетрудоспособности среди населения; неуклонно возрастают расходы на лечение хронической боли и купирование острого болевого синдрома. Болевой синдром также в целом является ведущей причиной (11,3–40%) обращения к врачу и самостоятельного приема медикаментов (анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов и др.).

За последнее время заболеваемость ревматическими болезнями вышла на третье место после болезней сердечно-сосудистой и дыха-

тельной систем [8]. В связи со все большим нарастанием значимости ревматических заболеваний в общей структуре заболеваемости во всем мире период 2000–2010 гг. был объявлен ВОЗ международной декадой заболеваний костно-мышечной системы (Bone and Joint Decade 2000–2010) [13].

Болевой синдром является ведущей жалобой больных с острым суставным синдромом (ОСС). Проявление острой суставной боли относится к состояниям, вынуждающим пациента обратиться за медицинской помощью, а также часто является причиной его госпитализации.

Степень интенсивности болевого синдрома при ОСС может варьировать. При наличии умеренно выраженного болевого синдрома больной с ОСС может обследоваться в амбулаторных условиях, однако зачастую болевой синдром

у пациентов характеризуется как сильно выраженный, что требует госпитализации больного в стационар.

Е.А. Галушко с соавт. (2009) обследовали 3786 человек, обратившихся за амбулаторной помощью по поводу болей в нижней части спины. В 60 % случаев больные характеризовали выраженность боли как «сильная» или «невыносимая» [5]. Такие пациенты требуют госпитализации по тяжести состояния для купирования болей и диагностики нозологической формы заболевания.

Проявления ОСС наиболее часто возникают у лиц, страдающих заболеваниями соединительной ткани. При этом возможно как развитие дебюта ревматического заболевания, так и обострение уже ранее верифицированного патологического процесса.

Наиболее частыми причинами возникновения болей является вовлечение в патологический процесс суставного аппарата при ревматических заболеваниях. Боль может возникать также на фоне остеопороза, заболеваний позвоночника, травм костно-мышечной системы и врожденных заболеваний.

Наиболее частые причины развития суставного синдрома:

1. Воспалительные заболевания суставов.
2. Суставной синдром при системных аутоиммунных заболеваниях.
3. Первичный и вторичный остеоартроз.
4. Обменно-дистрофические заболевания позвоночника.
5. Первичный и вторичный остеопороз.
6. Травмы суставов и костно-мышечной системы.
7. Врожденные заболевания опорно-двигательного аппарата.

Как правило, при обращении больного с ОСС за медицинской помощью на амбулаторном этапе он чаще всего направляется к хирургу или травматологу. Проведение дифференциальной диагностики требует исключения хирургической патологии, травматического повреждения, заболеваний соединительной ткани, однако последнее часто диагностируется с опозданием. Так, по данным опроса, 2737 пациентов поликлиник в г. Смоленске, у 665 (24,3%) из них на момент опроса отмечалось наличие припухлости суставов, при этом у 245 (41,3%) больных был верифицирован ревматологический диагноз

[7]. Недооценка реальной распространенности заболеваний суставов может происходить, в частности, из-за недостаточного уровня знаний патологии суставов среди врачей поликлинического звена.

Аналогичные данные по первичной диагностике ревматологических заболеваний получены при проведении исследования в Казахстане (г. Шымкент) [2]. При обследовании 6000 пациентов боль в суставах отмечали 44,2%, припухлость – 18,3%. Углубленное обследование 628 больных с синовитом позволило впервые установить диагноз ревматоидного артрита (РА) у 59 человек, остеоартроза (ОА) – у 379 человек.

В России, по данным за 2001–2007 гг., отмечено неуклонное возрастание заболеваемости ревматологическими болезнями. Так, количество зарегистрированных больных с болезнями костно-мышечной системы увеличилось за 7 лет с 13,3 до 17,3 млн человек (рост на 29,8%). Количество больных с впервые установленным диагнозом ревматического профиля возросло с 4,6 млн/год до 5,0 млн/год (увеличение на 9,6%). Первичная заболеваемость РА отмечается на уровне 28 человек на 100 тыс/год (рост на 27,2%). Также выявлено значительное увеличение числа больных с ОА (на 78%) и остеопорозом (на 207%). Полученные данные свидетельствуют как о росте первичной заболеваемости, так и о недостаточном внимании к диагностике ревматических заболеваний в предыдущие годы. Это так называемый «эффект низкой базы», когда увеличение процентов в большей степени обусловлено не ростом абсолютного числа больных, а ее низкой выявляемостью в предыдущие годы.

Таким образом, существующая в настоящее время высокая распространенность и низкая выявляемость ревматологической патологии приводит к поздним постановке диагноза и, соответственно, началу терапии, что ухудшает прогноз заболевания и увеличивает период нетрудоспособности пациента.

Обследование больного

Сбор жалоб и анамнеза

Опрос пациента с ОСС должен быть направлен на выявление особенностей суставного синдрома. Необходимо уточнить предполагаемую причину и время возникновения суставного синдрома. Связь суставного синдрома с предшествующим стрессом, тяжелыми нагрузками, длительными заболеваниями должна насторожить в отношении возможного наличия дебюта

системного заболевания. Уточняющие вопросы необходимы для выявления связи возникновения ОСС с фактами, которым сам пациент может не придавать значения и, соответственно, не указывать в жалобах и при сборе анамнеза. Например, при реактивном артрите (РеА) больной может не связывать перенесенный месяц назад уретрит или энтероколит с фактом возникновения в настоящее время суставного синдрома, и только прицельный вопрос о наличии «триггерных» факторов в анамнезе может позволить установить этиологию заболевания.

Острая травма суставов является основанием для консультации ортопеда-травматолога с последующим обследованием и решением вопроса о госпитализации в специализированный стационар.

Указания больного на перенесенную травму сустава или перелом являются основанием не только для консультации врача-травматолога или хирурга, но и ревматолога для проведения дифференциальной диагностики с посттравматическим артритом.

Установление характера суставного синдрома в ряде случаев помогает в дифференциальной диагностике. Если имеются указания на симметричный характер поражения суставов, то, возможно, следует в первую очередь заподозрить развитие РА. Наоборот, наличие несимметричного поражения суставов более типично для РеА, анкилозирующего спондилоартрита – болезни Бехтерева (АС), псориатического артрита (ПсА).

Локализация болевого синдрома также имеет свои особенности, которые необходимо учитывать при опросе больного. Если пациент указывает на вовлечение в патологический процесс кистей и стоп, то это может происходить при РА, но также и при ОА. В этом случае, дополнительный уточняющий вопрос необходим для более точной оценки вовлечения суставов. Известно, что при РА в дебюте заболевания чаще вовлекаются лучевой и пястно-фаланговые суставы кистей, тогда как для ОА более характерно вовлечение дистальных межфаланговых суставов.

Интенсивность болевого синдрома, время его возникновения также имеют большое значение. Так, при подагрическом артрите характерна высокая интенсивность болевого синдрома, возникающего в ночные или ранние утренние часы, что обусловлено динамикой изменений содержания синовиальной жидкости. Предшествующие погрешности в диете и употребление алкоголя накануне, уточненные при тщательном

расспросе, позволяют укрепиться в подозрениях подагрического артрита.

Необходимо уточнить, является ли данный эпизод суставного синдрома впервые возникшим, или больной и ранее отмечал эпизодические или постоянные боли в области суставов. Наличие признаков воспалительной реакции (покраснение, припухлость, локальное повышение температуры, снижение функции сустава) позволяет судить о возможном наличии артрита, тогда как их отсутствие указывает на артроз как вероятную причину суставного синдрома.

Наличие особенностей, связанных с профессиональной деятельностью, в частности с интенсивными физическими нагрузками, длительным периодом работы стоя (у продавцов, грузчиков) или нагрузки на определенные суставы (кость у скрипача) позволяет заподозрить наличие у пациента ОА.

Анамнестические данные о перенесенных ранее заболеваниях содержат ценную информацию, поскольку могут указывать на возможную причину суставного синдрома в настоящее время. Если пациент отмечает частое возникновение простудных заболеваний, ОРВИ, гриппа, а также наличие очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, пиелонефрит, синуситы, воспалительные заболевания полости рта и мочеполовой сферы) необходимо заподозрить наличие артрита, ассоциированного с инфекцией.

В целом ряде случаев жалобы больного могут касаться только особенностей суставного синдрома, возникновение которого и заставило его обратиться за медицинской помощью. Наличие жалоб и признаков, напрямую не связанных в представлении больного с суставным синдромом, может быть не высказано пациентом самостоятельно, как «не заслуживающие внимания» или «не относящиеся к делу». Тем не менее, присутствие на фоне суставного синдрома других жалоб (изменения на коже, феномен фотосенсибилизации, синдром Рейно, мышечная слабость, субфебрильная лихорадка, снижение аппетита и др., а также чрезвычайно разнообразная симптоматика со стороны внутренних органов) позволяет не только заподозрить наличие у больного системного ревматического заболевания, но и входит в диагностические критерии определенных заболеваний.

Необходимо знать и обязательно уточнять наличие у пациента «типичных» жалоб и признаков, позволяющих заподозрить конкретное заболевание. Наличие «утренней скованности» более 1 часа типично для РА, моноартрит

с поражением плюснефалангового сустава I пальца характерно для подагрического артрита. Мигрирующий характер болевого синдрома, его начало с суставов нижних конечностей в сочетании с энтезитом встречается чаще при РеА, а наличие «хруста» и щелчков при движении является одним из признаков ОА.

При сборе анамнеза необходимо задавать уточняющие вопросы, в частности, касающиеся перенесенных или имеющихся у больного заболеваний. Данные о наличии у больного онкологического заболевания позволяют подозревать развитие паранеопластического артрита. Ранее диагностированные аутоиммунные заболевания и развитие острого суставного синдрома могут свидетельствовать о возможном обострении воспалительного процесса.

Наиболее распространенные жалобы и типичные симптомы позволяют сузить круг диагностического поиска и сосредоточиться на подтверждении или исключении сформировавшегося диагностического представления о больном, ускоряя тем самым постановку диагноза и начало патогенетического лечения.

Физикальное обследование больного

Принципиально важным является соблюдение классической методики обследования больного по органам и системам. Тщательность и скрупулезность соблюдения пропедевтических принципов обследования позволяет выявить факты, признаки и симптомы, которые в дальнейшем складываются в единую картину, формирующую представление о предварительном диагнозе.

Осмотр больного позволяет выявить изменения кожного покрова. Наличие гиперемии, припухлости и гипертермии в области суставов указывают на воспалительный характер суставного процесса и позволяют в большинстве случаев исключить ОА (за исключением ОА с вторичным синовитом). Изменения на коже, наличие эритемы, проявлений геморрагического синдрома, феномена Рейно, выявление тофусов, увеличение лимфатических узлов – далеко не полный перечень признаков, наличие которых позволяет заподозрить определенные заболевания и в дальнейшем обследовать больного с «прицелом» на подтверждение или исключение данного предварительно диагноза.

Пальпация необходима для установления характера суставного синдрома. При этом оценивается наличие или отсутствие синовита исследуемого сустава, а также степень выраженности

болевого синдрома при ОСС. Необходимо обследовать все суставы, а не только те, на которые указывает пациент. Данные о наличии припухлости и болезненности при пальпации не только позволяют оценить распространенность патологического процесса в суставах, но и используются для вычисления индексов активности заболевания (DAS28 [11]) как при первичной диагностике, так и с целью оценки эффективности проводимой в дальнейшем терапии.

Необходимо оценить объем свободного движения, возникновение болезненности при этом, наличие контрактур и анкилозов. Присутствие крепитации при движениях позволяет с высокой степенью достоверности о наличии артроза, а тугоподвижности в позвоночнике заподозрить наличие АС.

Пальпация и перкуссия используются также для выявления признаков поражения внутренних органов или с целью выявления системных проявлений при иммуновоспалительных заболеваниях. Такие признаки, как периферическая лимфаденопатия, увеличение размеров печени и селезенки, мышечная атрофия, ревматические узелки и тофусы позволяют сформировать диагностическую гипотезу.

Общеврачебное обследование дает неоценимую информацию для проведения дифференциальной диагностики при ОСС. Подозрение при обследовании больного на онкологический процесс позволяет заподозрить возможный паранеопластический характер артрита. Выявление признаков инфекционного или неврологического заболевания при ОСС могут рассматриваться как повод для назначения консультации профильного специалиста, поскольку при этих заболеваниях болевой синдром в области суставов может носить вторичный характер и являться следствием основного патологического процесса.

Проведение клинического обследования пациента должно заканчиваться формированием предварительного диагноза. Это необходимо выполнять уже на этапе приемного отделения стационара. Данный подход позволяет не только назначить и начать проведение симптоматической терапии, направленной на купирование ОСС, сокращая продолжительность и интенсивность болевого синдрома, что повышает приверженность больного к дальнейшему обследованию и лечению. Необходимо также сформулировать перечень лабораторных и дополнительных методов обследования, осуществление которых даст возможность подтверждения диагноза и

сужения перечня нозологических форм, с которыми в последующем будет необходимо проведение дифференциальной диагностики.

Лабораторное исследование

При поступлении больного с ОСС необходимо проведение как стандартных, так и специфических лабораторных исследований. К стандартным относятся общие клинические анализы крови и мочи, биохимический скрининг. Общий анализ крови позволяет определить наличие изменений, характерных для воспалительного процесса – лейкоцитоза, сдвига лейкоцитарной формулы, ускорения СОЭ. Также при наличии выраженной воспалительной реакции может отмечаться тромбоцитоз. Наличие анемии может являться как следствием развития анемии хронического воспаления, так и самостоятельным признаком, указывающим на наличие сопутствующего заболевания. Это важно при проведении дифференциальной диагностики ОСС при травмах (кровопотеря), онкологических, инфекционных заболеваниях (кровопотеря, гемолиз), приеме нестероидных противовоспалительных препаратов – НПВП-гастропатии.

Изменения в общем анализе мочи могут отмечаться при артритах, ассоциированных с мочеполовой инфекцией. В анализе может отмечаться протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, незначительная эритроцитурия. Уретриты, циститы, пиелонефриты могут также сопровождаться учащенным мочеиспусканием, что отражается на цвете и показателе относительной плотности мочи. Бактериурия может сопровождаться изменением её прозрачности.

Стандартное биохимическое исследование крови позволяет подтвердить наличие воспалительной реакции: повышение количества С-реактивного белка, фибриногена. Необходимо также исследовать соотношение белковых фракций, поскольку при воспалении возможно увеличение содержания α_2 - и γ -глобулинов. Нормальные значения «острофазовых» маркеров позволяют думать о наличии у больного невоспалительных заболеваний и, в первую очередь, об ОА.

Биохимический скрининг также необходим для оценки функционирования органов и систем, которые могут вовлекаться в патологический процесс при системных ревматических заболеваниях. Исследование креатинина и мочевины указывают на наличие признаков почечной недостаточности при вовлечении почек при РА, системной красной волчанке (СКВ),

подагре и др. Повышение уровня АЛТ, АСТ, билирубина, позволяют судить о поражении печени. Повышение в крови уровня креатинкиназы может отмечаться при полимиозите, а мочевой кислоты – при подагрическом артрите.

Помимо использования указанных биохимических показателей, при подозрении на наличие системных воспалительных заболеваний необходимо использование дополнительных иммунологических маркеров. Повышение содержания иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов носит неспецифический характер и может встречаться при различных нозологических формах, но позволяет исключить группу невоспалительных заболеваний.

Забор крови для выполнения данных анализов может быть осуществлен на этапе приемного отделения для сокращения времени получения информации. Таким образом, при осмотре больного врачом-специалистом у пациента будет выполнено первичное лабораторное обследование, позволяющее определить направление дальнейшего диагностического поиска.

При наличии подозрения на возникновение у больного системных ревматологических заболеваний необходимо использовать возможности углубленного иммунологического обследования.

При подозрении у больного РА необходимо исследовать такие диагностические маркеры, как ревматоидные факторы (РФ), антикератиновые антитела (АКА), антиперинуклеарный фактор (АПФ) и антитела к циклическому цитруллин-содержащему пептиду (анти-ССР). При их выявлении у больного с наличием клинических проявлений диагноз серопозитивного РА не вызывает сомнений. Диагностические сложности возникают в том случае, если данные показатели отсутствуют. Однако при выявлении типичных клинических признаков РА можно думать о серонегативном РА.

При СКВ необходимо исследовать специальную иммунологическую панель. Ранее классическим вариантом диагностики СКВ являлось определение наличия LE-клеток, в настоящее время тест не используется. Необходимо исследовать наличие антител к двуспиральной ДНК (анти-дсДНК) и антинуклеарный фактор (АНФ). Наличие повышенных титров этих маркеров с высокой достоверностью свидетельствует о наличии СКВ. В качестве дополнительных маркеров используются антитела к гистонам, анти-Ro антитела, анти-LA антитела, антитела к Sm-антигену, причем последний является

наиболее высокоспецифичным для СКВ. Наличие антител к фосфолипидам и антител к кардиолипину характерно для антифосфолипидного синдрома, встречаемость которого при СКВ достигает 30%.

При подозрении на наличие геморрагического васкулита необходимо дифференцировать первичный и вторичный характер геморрагического синдрома.

У пациентов с предварительным диагнозом АС необходимо определение HLA-B27 антигена, который является положительным у 85% больных.

С целью стандартизации обследования и выявления сочетаний различных иммунологических маркеров можно использовать определение иммуноблота антител, при котором одновременно исследуется определенный набор иммунологических маркеров, направленных на диагностику аутоиммунного заболевания.

Инструментальное обследование

Проведение инструментального обследования больных необходимо как с целью подтверждения диагноза, так и с дифференциально-диагностической целью. Инструментальное обследование больного с ОСС необходимо начинать с рентгенографии пораженных суставов. При определении показаний к выполнению рентгенологического исследования целесообразно учитывать данные, полученные в ходе физикального обследования больного и лабораторные данные. В первую очередь рентгенологическое обследование показано с целью верификации травматологической патологии, исключения врожденных состояний, опухолевого и метастатического поражения.

Исследование больных с подозрением на наличие ревматологического заболевания имеет ряд особенностей. В случае наличия данных, позволяющих подозревать у больного ОА, целесообразно выполнение рентгенографического исследования так называемых «опорных суставов»: тазобедренных, коленных и голеностопных. Общим правилом является необходимость выполнения исследования той группы суставов, на наличие максимальной болезненности при движениях в которой указывает пациент. Также нужно соблюдать правило, при котором больным с подозрением на ревматическую патологию в обязательном порядке выполняется рентгенография как правого, так и левого сустава, вне зависимости от характера поражения. Даже если больной предъявляет жалобы на бо-

лезненность только в одном из парных суставов, необходимо оценивать оба симметричных сустава, поскольку их сравнение позволяет сделать вывод о степени выраженности изменений как в пораженном суставе, так и в «здоровом». Нередко встречается ситуация, когда пациент отмечает болезненность только с какой-то одной определенной стороны, но выполнение рентгенографии позволяет выявить двусторонний характер поражения.

Целый ряд заболеваний имеет этапность в вовлечении суставов, а также преимущественный характер поражения определенных суставов, зная которые врач должен назначать рентгенологическое обследование. Часто у пациента имеются жалобы на полиартритический характер поражения, которое может затрагивать чуть ли не все имеющиеся крупные суставы. В данной ситуации врач не может назначать обследование всех заинтересованных суставов вследствие чрезмерной лучевой нагрузки. Именно поэтому формулировка предварительного диагноза и его сопоставление с жалобами и данными обследования суставов диктует необходимость сознательного ограничения рентгенологического обследования только теми областями, которые представляются наиболее важными в данной клинической ситуации.

Помимо рентгенографии пораженных суставов больным с целью проведения дифференциальной диагностики, а также верификации поражения внутренних органов могут выполняться рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости и малого таза, электрокардиография. Более специфическими исследованиями, помогающими верифицировать нозологическую форму заболевания, являются УЗИ и МРТ суставов, микрофокусная рентгенография, КТ различных зон.

К инструментальным исследованиям можно отнести ряд инвазивных методик, таких как пункция сустава, плевральной или брюшной полости, люмбальная пункция, диагностическая эндоскопия, артроскопия. Выполнение диагностических манипуляций может сочетаться с лечебными. Так, возможно совмещение диагностической и лечебной артроскопии. Пункция сустава с забором для исследования синовиальной жидкости может совмещаться с введением гормональных препаратов (при системном воспалительном процессе), антибиотиков (при гнойном артрите).

При необходимости морфологической диагностики должны выполняться диагностические

биопсии. Биопсия слизистой щеки или прямой кишки проводится при подозрении на амилоидоз (чаще при РА), биопсия кожно-мышечного лоскута – при васкулитах, склеродермии. Нефробиопсия желательна при поражении почек при РА и необходима при СКВ для определения класса люпус-нефрита, тяжесть которого влияет на выбор препаратов базисной терапии.

Целесообразность выполнения определенных инструментальных исследований должна оцениваться исходя из потребности в подтверждении диагноза и проведении дифференциальной диагностики. Исследования должны быть выполнены в максимально короткие сроки с целью скорейшей нозологической диагностики заболевания и раннего начала патогенетической терапии.

Дифференциальная диагностика

Термин ОСС в настоящее время используется для обозначения болевого синдрома, чаще воспалительной природы, с локализацией в суставном аппарате. Использование данного термина обусловлено в первую очередь необходимостью сохранения на догоспитальном этапе профильности госпитализации пациента и проведения дифференциальной диагностики с установлением конкретной нозологической формы.

Проведение дифференциально-диагностических исследований желательно выполнять в условиях многопрофильного стационара, имеющего возможность проведения разнообразных

диагностических процедур, а также консультаций широкого круга специалистов. Однако даже возможности большинства многопрофильных стационаров не всегда будут позволять своевременно и точно диагностировать ревматологическую патологию ввиду отсутствия врача-ревматолога. В НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2008 г. был создан отдел нефрологии и ревматологии, одной из задач которого является разработка алгоритмов диагностики и оказания помощи больным с ОСС. Концентрация больных с ОСС в данных условиях позволяет ускорять проведение дифференциально-диагностических мероприятий и обеспечить быстрое начало проведения специфической терапии.

Причины возникновения болей с вовлечением суставов чрезвычайно разнообразны, что существенно затрудняет проведение дифференциальной диагностики и верификацию диагноза.

При обследовании больного с ОСС, прежде всего, необходимо исключение неревматологических причин возникновения суставного синдрома. В таблице 1 представлены некоторые из наиболее часто встречающихся заболеваний и состояний, которые могут сопровождаться жалобами пациентов на боли в суставах.

С целью проведения дифференциальной диагностики в условиях приемного отделения необходимо осуществить максимально полное и быстрое обследование пациента с привлечением методов лабораторного и инструменталь-

Таблица 1

Наиболее частые причины боли в суставах

Травматология	Острый посттравматический артрит Ушибы суставов, растяжения сухожилий Внутрисуставной перелом Посттравматический артроз
Инфекционные болезни	Инфекционные неспецифические артриты Гепатиты Мононуклеоз Токсоплазмоз Боррелиоз ВИЧ Сифилис
Неврология	Остеохондроз и спондилоартроз с корешковым синдромом Грыжи межпозвонковых дисков с корешковым синдромом Радикулопатии
Онкология	Метастазы в кости и параканкрозный артрит

ного обследования, а также, по необходимости, консультаций специалистов.

*Острый суставной синдром
при ревматической патологии*

При подозрении на наличие у пациента ревматического заболевания необходимо первоначально выделять две большие группы заболеваний. На основании жалоб, данных анамнеза и обследования всех пациентов можно разделить на имеющих признаки артрита или признаки обменно-дистрофических заболеваний (табл. 2). Разделение пациентов на данные группы позволяет упростить проведение дифференциально-диагностических мероприятий, а также влияет на проведение актуальной терапии на этапе верификации диагноза.

Наличие классических признаков воспаления в области суставов позволяет заподозрить наличие у больного одно из воспалительных ревматических заболеваний.

Одним из часто встречающихся аутоиммунных ревматологических заболеваний является РА. Его диагностика довольно часто также происходит уже на поздних стадиях, когда формируются визуально различимые деформации суставов и девиации пальцев рук и ног. Между тем краеугольной проблемой современной ревматологии является именно ранняя диагностика и своевременное начало терапии РА. Проблема «раннего РА» в настоящее время является одной

из наиболее актуальных, поскольку именно период первого года заболевания является максимально благоприятным для предотвращения прогрессирования заболевания.

Низкая эффективность диагностики РА подтверждается данными следующего исследования [6]. При обследовании 4751 больного с жалобами на боли в суставах, у 170 пациентов был выявлен РА, из которых у 72 больных (42%) диагноз установлен впервые, а у 37 пациентов (22%) был выставлен неправильный диагноз ОА. В то же время из 424 человек, считающих, что они болеют РА, при обследовании диагноз был подтвержден только у 61 (16%). Таким образом, правильная диагностика РА в амбулаторной практике осуществляется только в 36% случаев.

Результаты исследования И.А. Андриановой с соавт. (2009) свидетельствуют, что среди 1504 больных РА преобладали больные с III и IV классом функциональных нарушений и умеренным или выраженным ограничением профессиональной деятельности или даже самообслуживания [1]. Эти пациенты подлежат стационарному лечению с целью купирования выраженности воспалительного процесса и, по возможности, восстановления трудоспособности.

Для РА наиболее типично поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей. Типичным признаком является симметричность поражения суставов.

Таблица 2

Перечень заболеваний, относящихся к артритам и обменно-дистрофическим заболеваниям

Артриты	Обменно-дистрофические заболевания
Ревматоидный артрит	Первичный артроз (коккартроз, гонартроз, артрозы мелких суставов кистей и стоп, артрозы других различных локализаций)
Псориатический артрит	Посттравматический артроз
Реактивный артрит	Вторичный артроз при воспалительных заболеваниях суставов
Артрит, ассоциированный с инфекцией	Подагра в межприступном периоде
HLA-B27 ⁺ -ассоциированный спондилоартрит	Обменно-дистрофические заболевания позвоночника
Серонегативный спондилоартрит	
Подагрический артрит	
Паранеопластический артрит	
Артриты при аутоиммунных заболеваниях (СКВ, болезнь Шегрена, полимиозит и др.)	
Неверифицированный артрит	

Как правило, РА характеризуется полиартритическим вариантом течения, наличием «утренней скованности» более 1 часа, постепенным прогрессированием поражения, вплоть до развития контрактур и анкилозов. При РА возможно вовлечение в патологический процесс внутренних органов, что требует интенсификации терапии.

В настоящее время наиболее актуальной проблемой является диагностика «раннего» РА, когда продолжительность заболевания составляет менее 1 года. При этом рентгенологические изменения могут быть минимальными или даже отсутствовать. Позднее при выполнении рентгенографии могут выявляться эрозивные изменения, сужения суставных щелей, кистовидные просветления.

Иммуновоспалительная активность характеризуется лейкоцитозом, повышением СОЭ, а также повышением «острофазовых» показателей. Типично повышение уровня α_2 - и γ -глобулинов. Помимо типичных маркеров воспалительной реакции, необходимо исследование крови на РФ, АКА, АПФ и антитела к ССР. В случае наличия клинических подозрений на РА, а пациент не удовлетворяет критериям постановки диагноза, в качестве «рабочего» допустимо выставление диагноза «недифференцированного артрита». Данный вариант предполагает наличие активного наблюдения за больным, лабораторного и инструментального мониторинга с целью исключения в последующем развития РА или других ревматологических заболеваний.

ПсА возникает, как правило, на фоне уже существующего поражения кожи. Однако в ряде случаев он может отмечаться в дебюте псориаза, когда еще отсутствуют типичные кожные проявления, но уже имеется типичная картина суставного синдрома. Для заболевания характерно несимметричное поражение преимущественно крупных суставов с быстрым прогрессированием и развитием деструкций суставов. Обнаружение типичного псориатического поражения кожи у больного с дебютом артрита с высокой иммунологической активностью делает диагноз ПсА наиболее вероятным.

РеА также может проявляться в виде ОСС. Постановка диагноза в данном случае существенно затруднена необходимостью верификации очага инфекции. К собственно «реактивным артритам» относятся постэнтероколитические артриты и хламидийный артриты. По данным И.А. Варонько (2009), из 180 обследованных больных с хламидийным артритом 69 (39%)

пациентов имели острое течение, требовавшее стационарного лечения [4]. РеА при его раннем купировании (в том числе в варианте ОСС) может проходить абсолютно бесследно для пациента, однако вариант хронизации течения с последующими эпизодическими обострениями также может обуславливать возникновение ОСС и требовать проведения специфической терапии.

Остальные пациенты, имеющие временную взаимосвязь между перенесенной инфекцией и возникновением артрита, по современным представлениям относятся к «постинфекционным артритам». Абсолютно необходимо дифференцировать постинфекционный артрит от проявлений суставного синдрома при инфекционных заболеваниях. В первом случае между купированием инфекции и возникновением артрита проходит от 1 до 6 недель, тогда как во втором суставной синдром является непосредственной составляющей клинической картины заболевания.

Типичным для РеА является дебют заболевания с суставов нижних конечностей, моно- или олигоартрит, односторонность и миграция болевого синдрома снизу вверх по «лестничному типу» или в варианте «симптома спирали». При поражении суставов кистей и стоп характерно одновременное вовлечение проксимального и дистального суставов на одной фаланге. При РеА часто отмечается возникновение сакроилеита, поражения суставного аппарата по типу синовита, тендовагинита, энтезопатий. Сочетание поражения суставов, уретрита и поражения слизистой оболочки глаза является довольно типичным. При хроническом РеА также возможно возникновение поражения различных органов и систем.

АС является заболеванием, при котором в патологический процесс могут вовлекаться различные отделы позвоночника. Наличие тугоподвижности, ограничения или болезненности при движениях требует проведения дифференциальной диагностики с неврологическими заболеваниями. При поражении суставов чаще всего отмечаются артриты крупных периферических суставов, типичным является положительный анализ на HLA-B27 антиген, который встречается у 75–85% больных. Дифференциально-диагностическим признаком является обнаружение двустороннего сакроилеита и типичного рентгенографического признака – «бамбуковой палки», возникающего вследствие оссификации связок позвоночника. Высокая иммуновоспалительная активность может сочетаться с

системными проявлениями, характерными для всей группы аутоиммунных заболеваний соединительной ткани. Дифференциальную диагностику нужно также проводить с HLA-B27-ассоциированными спондилоартропатиями. При хроническом РеА чаще характерно наличие одностороннего несимметричного сакроилеита в сочетании с поражением крупных суставов нижних конечностей.

Классическим вариантом ОСС является суставной синдром при подагре. Выраженность болевого синдрома при подагре иногда настолько высока, что лишает пациента возможности не только профессиональной деятельности, но и способности передвигаться в случае вовлечения суставов нижних конечностей. Подагрическим артритом чаще болеют мужчины. Встречаемость подагры у мужчин достигает 1% популяции [10]. Часто в клинической картине отмечается сочетание суставного синдрома с проявлениями мочекаменной болезни, уратного нефролитиаза. Необходимо отметить постепенное нарастание выраженности болевого синдрома и длительности обострения по мере течения заболевания, что делает актуальным соблюдение диеты и прием препаратов в межприступный период для предотвращения возникновения рецидивов. Заболеваемость подагрой в России также имеет тенденцию к росту. По данным исследования, проведенного в Иркутске [9], в течение 2001–2007 гг. отмечался более чем двукратный рост общей и первичной заболеваемости.

Типичным для подагры является дебют ОСС с одностороннего поражения плюснефалангового сустава стопы с возможностью дальнейшего вовлечения и других суставов. Однако в последнее время все чаще отмечается начало подагрического артрита с полиартритического поражения суставов. Характерным является возникновение болей в ночные или ранние утренние часы после предшествующих погрешностей в диете, а также употребления алкоголя. Повышение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови не является достаточным для диагностики подагрического артрита и служит основанием для дальнейшего обследования с целью исключения вторичного характера гиперурикемии.

При опухолевых заболеваниях помимо симптомов, характерных собственно для онкологических процессов, могут встречаться артриты различных локализаций. Подтверждение наличия онкологического заболевания и проведение дифференциальной диагностики, подтверждающей отсутствие признаков других заболеваний

суставов, является достаточным основанием для выставления диагноза паранеопластического артрита.

При наличии у больного типичных признаков болезни Шенляйн – Геноха обращает внимание мелкоточечная сыпь, приподнятая над поверхностью кожи, не сливающаяся, расположенная в области нижней трети голеней, хотя при генерализации она может охватывать верхнюю часть туловища, живот, ягодицы, спину.

Артриты могут также возникать при наличии у больного аутоиммунных заболеваний (СКВ, полимиозит и др.) При этом суставной синдром редко является единственным поводом для обращения к врачу. Как правило, такие больные имеют целый комплекс жалоб, связанных с поражением кожи, мышц, сердца, почек, сосудов, центральной нервной системы.

Наиболее часто суставной синдром при аутоиммунных заболеваниях встречается при СКВ. Степень выраженности системных проявлений может существенно различаться, и клиническая картина может варьировать от острого течения с одновременным максимально выраженным поражением органов и систем до хронического течения с невыраженным клиническим проявлением какого-либо одного изолированного поражения. Выраженная воспалительная реакция при СКВ приводит к прогрессированию заболевания и возникновению жизнеугрожающих осложнений: почечной недостаточности, васкулитов, инсультов, поражения сердца. Сочетание СКВ с антифосфолипидным синдромом характеризуется высокой частотой акушерской патологии (выкидыши и невынашивание беременности), тромбозами, обнаружением антифосфолипидных антител. Для СКВ характерно обнаружение антител к двуспиральной ДНК, антинуклеарных и антикардиолипидных антител в высоком титре. Специфическим для СКВ является обнаружение анти-Sm антител, наличие которых свидетельствует о заболевании в 96–100% случаев. Суставной синдром при аутоиммунных заболеваниях, как правило, является несимметричным, может вовлекать в процесс одновременно несколько групп суставов (полиартрит), его течение зависит от степени активности воспалительного процесса.

Как уже упоминалось ранее, если суставной синдром не укладывается в критерии ни одного конкретного заболевания, допустимо выставление диагноза недифференцированного артрита. Данный диагноз является этапным и требует пристального диспансерного наблюдения

ревматолога с целью определения прогрессирования заболевания. В случае изменения клинической или лабораторной картины необходим пересмотр данного диагноза, выставление окончательного верифицированного ревматологического диагноза и назначение специфической терапии.

При отсутствии у больного признаков воспаления в области суставов и артритов необходимо подозревать у него наличие обменно-дистрофических заболеваний.

Первичный остеоартроз является наиболее часто встречающимся ревматологическим заболеванием. Артроз, поражающий один сустав, может носить отдельное название (артроз тазобедренного сустава – коксартроз, коленного сустава – гонартроз), при поражении нескольких суставов пользуются термином полиостеоартроз.

Заболевание отмечается у каждого третьего пациента в возрасте от 45 до 64 лет и 60–70% больных старше 65 лет. ОА относится к социально значимым заболеваниям, поскольку является одной из основных причин потери трудоспособности. К сожалению, это происходит вследствие обращения пациентов уже при далеко зашедших стадиях заболевания, когда возможности проведения терапии в существенной мере ограничены. Тем не менее, проведение консервативной терапии в ряде случаев позволяет не только купировать явления ОСС, но и сохранить трудоспособность больных. ОА является хроническим дегенеративно-дистрофическим заболеванием, при котором купирование ОСС в стационаре позволяет в дальнейшем проводить терапию и ее контроль на амбулаторном этапе, что существенно сокращает расходы на стационарное лечение. Проведение дифференциальной диагностики в первую очередь необходимо для исключения системных ревматологических заболеваний.

Наиболее частым при ОА является поражение «опорных» суставов нижних конечностей, а также дистальных межфаланговых суставов. Характерным признаком является наличие «хруста», щелкания и крепитации при движениях в суставах, феномен «стартовой» боли, когда вскоре после начала движения болевые ощущения могут снижаться или даже исчезать. Принципиальным моментом является зависимость болевых ощущений от физической нагрузки, прекращение которой приводит к выраженному снижению интенсивности боли. Этот признак используется для дифференциальной диагностики ОА с воспалительными ревматическими заболеваниями, болевой синдром при которых

не купируется при прекращении нагрузки на сустав.

При перенесенной травме с вовлечением эпифизов костей в качестве одного из наиболее частых последствий может возникать посттравматический артроз. Как правило, он возникает при перенесенных ранее внутрисуставных переломах и требует лечения по принципам, схожим с первичным ОА.

Проблема вторичного ОА является довольно актуальной для системных ревматологических заболеваний. До 30% больных РА страдают вторичным ОА. Диагностика вторичного ОА требует назначения хондропротекторов в дополнение к базисной терапии основного заболевания.

Остеохондроз позвоночника по своему патогенезу является проявлением ОА, но с поражением межпозвонковых сочленений. Болевой синдром при этом, как правило, возникает при раздражении спинномозговых корешков, что приводит к выраженным болям, требующим госпитализации. Помимо классических неврологических средств, направленных на купирование корешкового синдрома, пациентам также необходимо назначение хондропротекторов в комплексной терапии остеохондроза.

Пациенты могут предъявлять жалобы на боли в области суставов и при далеко зашедшем остеопорозе с явлениями микротрабекулярных переломов. При обследовании 1576 больных в г. Самара с остеопорозом 416 (26,4%) из них получали стационарное лечение из-за выраженного болевого синдрома [3]. Причиной болей могут быть проявления как системного остеопороза, так и регионарного мигрирующего [12].

Большинство перечисленных заболеваний чаще всего характеризуются хроническим течением, однако, при выраженном обострении или в дебюте клинические проявления могут быть схожими с ОСС. Тщательное проведение диагностических процедур позволяет верифицировать нозологическую форму заболевания и своевременно начать адекватную патогенетическую терапию. Именно ее раннее начало является залогом эффективного контроля иммуновоспалительной активности системных заболеваний и предотвращения прогрессирования патологического процесса.

Заключение

Разработка методов дифференциальной диагностики и алгоритмов оказания медицинской помощи при ОСС является приоритетным направлением деятельности отдела нефроло-

гии и ревматологии НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Использование современных методов диагностики (цифровая рентгенография суставов, компьютерная и магнитно-резонансная томография, иммунологическая диагностика) позволяет в короткие сроки верифицировать нозологическую форму заболевания, назначить адекватную патогенетическую терапию, сократить время пребывания больного в стационаре и улучшить прогноз заболевания. Своевременное начало патогенетической терапии осуществляется на фоне купирования проявлений ОСС, что улучшает самочувствие пациента и его доверие к медицинскому персоналу. Методы современной медицинской помощи при аутоиммунных заболеваниях (плазмаферез, «пульс»-терапия, поликомпонентная терапия) в клиническую практику НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе позволило существенно улучшить оказание медицинской помощи данным пациентам. Концентрация больных с ОСС в специализированном многопрофильном стационаре с возможностью оказания ревматологической помощи уменьшает время верификации нозологической формы заболевания и нетрудоспособности пациента, снижает длительность госпитализации, существенно улучшает качество медицинской помощи и прогноз течения заболевания.

Литература

1. Андрианова, И.А. Характеристика функциональных нарушений у больных ревматоидным артритом по данным исследования RAISER / И.А. Андрианова, О.М. Фоломеева, Ш.Ф. Эрдес // Сб. матер. V съезда ревматологов России. – М., 2009. – С. 25.
2. Баймухамедов, Ч.Т. Особенности суставного синдрома у жителей города Шымкента / Ч.Т. Баймухамедов // Сб. матер. V съезда ревматологов России. – М., 2009. – С. 16.
3. Булгаков, С.С. Опыт работы Самарского областного межведомственного центра профилактики остеопороза / С.С. Булгаков, С.В. Булгакова // Сб. матер. V съезда ревматологов России. – М., 2009. – С. 24.
4. Воронько, И.А. Эффективность лечения реактивной хламидиоиндуцированной артропатии / И.А. Воронько // Сб. матер. V съезда ревматологов России. – М., 2009. – С. 25.

тии / И.А. Воронько // Сб. матер. V съезда ревматологов России. – М., 2009. – С. 25.

5. Галушко, Е.А. Выраженность боли в нижней части спины среди амбулаторных больных / Е.А. Галушко, Д.В. Матросов, Ш.Ф. Эрдес // Сб. матер. V съезда ревматологов России. – М., 2009. – С. 29.

6. Галушко, Е.А. Диагностика ревматоидного артрита в реальной амбулаторной практике / Е.А. Галушко [и др.] // Сб. матер. V съезда ревматологов России. – М., 2009. – С. 29.

7. Кречикова, Д.Г. Распространенность припухания периферических суставов и его корреляция с установленным диагнозом / Д.Г. Кречикова, В.А. Кречиков, Ш.Ф. Эрдес // Сб. матер. V съезда ревматологов России. – М., 2009. – С. 60.

8. Клиническая ревматология (руководство для врачей) / Под ред. В.И. Мазурова. – 2-е изд, перераб. и доп. – СПб. : ФОЛИАНТ, 2005. – 520 с.

9. Сслянова, М.В. Заболеваемость и клиническая характеристика подагры по материалам Иркутского городского ревматологического центра / М.В. Сслянова, Т.И. Злобина, А.Н. Калягин // Сб. матер. V съезда ревматологов России. – М., 2009. – С. 104.

10. Bieber, J.D. Gout: on the brink of novel therapeutic options for an ancient disease / J.D. Bieber, R.A. Terkeltaub // Arthr. Rheum. – 2004. – Vol. 50, № 8. – P. 2400–2414.

11. Fransen, J. The effectiveness of systematic monitoring of RA disease activity in daily practice (TRAC): a multi center, cluster-randomised controlled trial / J. Fransen [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2005. – Vol. 64, №9. – P. 1249–1261.

12. Karantanas, A.H. Regional migratory osteoporosis in the knee: MRI findings in 22 patients and review of the literature / A.H. Karantanas [et al.] // Eur. J. Radiol. – 2008. – Vol. 67, №1. – P. 34–41.

13. Van der Borgh, A. The autoimmune pathogenesis of rheumatoid arthritis: role of autoreactive T cells and new immunotherapies / A. van der Borgh [et al.] // Semin. Arthritis Rheum. – 2001. – Vol. 31, № 3. – P. 160–175.

А.С. Повзун

Тел.: (812) 313-46-39, моб. 8-911-241-37-79

e-mail: povzun@rambler.ru