

© Коллектив авторов, 2008
УДК 616.72:616–009.2

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ

И.А. Викторова¹, Е.Ю. Солдатова¹, И.Г. Калицкая²,
Л.М. Кораблева², С.Г. Суворова², Е.О. Грицай², Ж.К. Сулеева²

¹Омская государственная медицинская академия

²МУЗ ОГКБ №1 им. А.Н. Кабанова, Омск

Синдром гипермобильности суставов (СГМС) (в англоязычной литературе – *benign joint hypermobility syndrome*) – это наличие жалоб, связанных с опорно-двигательным аппаратом, у лиц с избыточным/аномально увеличенным объемом движений в суставах при отсутствии признаков другого ревматического заболевания.

Считается, что СГМС является генетически детерминированным состоянием с доминантным характером наследования, преимущественно по женской линии [2, 9]. Морфологическим субстратом, лежащим в основе патологических признаков, является изменение структуры и соотношения различных типов коллагена и, как следствие, большая, чем в норме, его растяжимость [11]. Дебют суставного синдрома у индивидуума с конституциональной гипермобильностью может быть в любой период жизни, хотя в 3/4 случаев начало клинических проявлений приходится на старший школьный возраст. Как правило, это связано с нарушением сложившегося в предыдущий период равновесия между нагрузкой и возможностями организма (беременность, увеличение массы тела, изменение двигательного стереотипа) [4, 11]. Генерализованная гипермобильность суставов (ГМС) встречается у 10–15% населения, нередко у членов одной семьи [1, 9]. Распространенность СГМС трудно поддается оценке и колеблется от 2 до 5,7% [10]. Среди предложенных способов измерения степени гипермобильности суставов общее признание получил метод Бейтона [8].

В связи с полиморфностью клинических проявлений и частым сочетанием ГМС с внесуставной симптоматикой в отечественной литературе используются такие термины как «дисплазия соединительной ткани» [3, 7], «соединительнотканная дисплазия» [5], «наследственная коллагенопатия» [6], синдром болей роста (учитывая пик обращаемости в возрасте 13–16 лет) и просто артралгии неясного генеза, которые отражают системность вовлечения соединительной ткани.

Международно признан термин «гипермобильный синдром» (ГС) (шифр М 37.5 по МКБ–10), имеющий собственные диагностические критерии – Брайтонские критерии диагноза [1, 10]. С одной стороны,

название указывает на генерализованную гипермобильность суставов как важный клинический признак, а, с другой – отсутствие в определении слова «сустав» отражает комплексность проблемы, не ограничивающейся опорно-двигательным аппаратом.

Актуальность данной проблемы объясняется не столько тяжестью патологии, сколько социальной значимостью распространенных среди работоспособного населения невоспалительных мышечно-скелетных жалоб (причиной которых во многих случаях является СГМС), а также существенным их влиянием на качество жизни пациентов. Принимая во внимание неспецифичность клинической картины СГМС, факты половых и возрастных различий в степени гибкости суставов [8, 12], предполагается и существование различий в клинических проявлениях СГМС у пациентов различного возраста, а также наличие дифференцированного подхода к улучшению состояния пациентов с СГМС медикаментозными и немедикаментозными методами.

Цель исследования: оценить эффективность медикаментозной и немедикаментозной тактики ведения пациентов с гипермобильным синдромом при различных клинических вариантах его проявления. Для реализации поставленной цели решались следующие задачи.

1. Изучение клинических вариантов проявления СГМС и их частоты у пациентов различных возрастных групп.

2. Оценка эффективности медикаментозного и немедикаментозного купирования болевого синдрома у пациентов с СГМС.

3. Изучение качества жизни пациентов с СГМС при медикаментозной и немедикаментозной тактике ведения.

Материал и методы. Выборка составила 64 пациента (53 женщины и 11 мужчин в возрасте от 16 до 55 лет), активно обратившихся за медицинской помощью за период с 25.03.2006 по 26.03.2007 год. Исследование проводилось на базе отделения общей врачебной практики ОГКБ № 1 имени А.Н. Кабанова и детской городской поликлиники № 8.

Использовали последовательный принцип включения пациентов в исследование, т.е. включали всех

Таблица 1

Исходные характеристики двух групп пациентов с СГМС и болевым синдромом

Показатель		1 группа (n=32)	2 группа (n=32)	p
Средний возраст, лет		34,6±19,1	35,1±18,9	0,15
Клинические симптомы	Полиартралгии, %	16,0	16,3	0,003
	Олигоартралгии (в т. ч. артралгии в коленных суставах), %	59,8 26,6	60,1 27,2	0,023 0,030
	Дорсалгии, %	82,0	82,0	0
	«Хруст», щелчки в суставах, %	23,1	22,9	0,0004
	Подвывихи суставов, %	2,82	3,04	0,022
	Выпот в суставах, %	1,32	1,34	0
	Фибромиалгии, %	4,1	4,3	0,0007

пациентов по мере обращения и установления диагноза СГМС. Методы обследования и формы интерпретации полученных данных были предварительно унифицированы. Диагноз СГМС устанавливался на основании выявления избыточной подвижности суставов по шкале Beighton [8], отсутствия признаков воспалительной реакции при рутинном обследовании (нормальные показатели СОЭ, С-реактивного белка, серомукоида), а также отсутствия клинических и рентгенологических критериев других ревматических заболеваний.

Дизайн исследования: простое проспективное с применением метода стратифицированной рандомизации.

Среди клинических проявлений СГМС регистрировали следующие симптомы: олигоартралгии (боли в 4 суставах и менее), в том числе отдельно артралгии в коленных суставах; полиартралгии (боли в 5 суставах и более); дорсалгии (включая торакалгию и люмбагию); мышечно-суставные боли, идентичные синдрому первичной фибромиалгии; хруст, «щелканье» в суставах, в т. ч. изолированные щелчки в височно-нижнечелюстных суставах; преходящий выпот и рецидивирующие подвывихи в суставах. Выбор для анализа клинических симптомов СГМС на первом этапе исследования был обусловлен спектром жалоб, предъявляемых пациентами при обращении за медицинской помощью. В тех случаях, когда у пациента одновременно имели место 2 клинических симптома и более, регистрировали все имеющиеся симптомы.

На первом этапе все пациенты были стратифицированы на две возрастные категории: 16-30 лет – 34 пациента (25 женщин, 9 мужчин), 31-55 лет – 30 пациентов (25 женщин, 5 мужчин). На втором этапе пациенты были рандомизированы методом конвертов на 2 группы лечения болевого синдрома. Группы были сопоставимы по возрасту, клиническим проявлениям

СГМС и исходным показателям качества жизни, что иллюстрирует таблица 1.

Первая группа (n=32) получала терапию нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), во 2-й группе (n=32) проводились занятия лечебной физкультурой – изометрическая гимнастика и обучение пациентов правильной модели движения в течение 12 недель 3 раза в неделю. Комплекс лечебной физкультуры (ЛФК) (изометрических упражнений) составлялся индивидуально для создания и поддержания силы и выносливости мышц, окружающих «проблемные» отделы скелета.

Статистический анализ проводили методом сравнения частоты встречаемости признаков по критерию хи-квадрат Пирсона, а при частоте симптома менее пяти на группу – по точному критерию Фишера в программе Statistica 6.

Результаты. На основании проведенного анализа встречаемости клинических симптомов у пациентов с СГМС различного возраста были выявлены две группы симптомов (табл.2). Первая – это наличие олигоартралгий (артралгии преимущественно в коленных суставах), дорсалгии, фибромиалгии, «хруст» и щелчки в суставах. Вторая группа – полиартралгии, подвывихи, выпот в суставах. Клинические проявления в первой группе пациентов имели прямую корреляцию с возрастом; во второй – обратную корреляцию.

В обеих возрастных группах присутствуют пациенты с 2 клиническими симптомами и более. Это связано с тем, что в картине поражения опорно-двигательного аппарата при СГМС в ряде случаев невозможно выделить ведущий клинический симптом. Такая ситуация является типичной для пациентов в возрасте 30 лет и старше, когда происходит накопление терпимых до этого момента ощущений, и пациент предъявляет комплекс жалоб. Кроме того, с возрастом накапливаются и становятся клинически значимыми

Таблица 2

Частота клинических проявлений поражения опорно-двигательного аппарата у пациентов с СГМС в зависимости от возраста

Клинический симптом	Возрастная категория, годы		
	16-30 лет (n = 34)	31-55 лет (n = 30)	p
Преходящий выпот в суставах, %	2,7	0	0,032
Рецидивирующие подвывихи в суставах, %	4,5	1,6	0,022
Олигоартралгии, в том числе артралгии в коленных суставах, %	51,5	68,5	0,030
	19,7	35,2	0,0020
Полиартралгии, %	20,8	11,5	0,0003
Фибромиалгии, %	2,5	6,3	0,0007
Дорсалгии, %	32,8	51,8	0,022
«Хруст», щелчки в суставах, %	38,9	7,2	0,0004
2 клинических симптома и более, %	22,3	87,7	0,0023

Динамика клинических проявлений поражения опорно-двигательного аппарата у пациентов с СГМС, получавших медикаментозную терапию (1 группа) и немедикаментозную коррекцию (2 группа)

Показатель		1 группа (n=32)	2 группа (n=32)	p
1 неделя	Боли в крупных суставах, %	2,6	21,4	0,0005
	Дорсалгии, %	1,6	14,2	0,023
	«Хруст», щелчки в суставах, %	23, 1	13,3	0,15
	Подвывихи суставов, %	2, 82	0	0
	Выпот в суставах, %	1, 32	0	0,0004
12 недель	Боли в крупных суставах, %	54	5	0,021
	Дорсалгии, %	52	0	0
	«Хруст», щелчки в суставах, %	23, 1	0	0,023
	Подвывихи суставов, %	2, 82	0	0,0007
	Выпот в суставах, %	1, 32	0	0,003

инволютивные изменения, происходит естественное снижение эластичности связочного аппарата, что, по-видимому, объясняет уменьшение частоты подвывихов и посттравматического выпота в старшей возрастной группе. Хотя, несомненно, последнее связано и с возрастным изменением поведенческого стереотипа, сводящим к минимуму возможность травмы. Поэтому для пациентов в возрасте 16-30 лет характерно малосимптомное, неосложненное течение СГМС, а в возрастной категории 31-55 лет полисимптомные, осложненные варианты СГМС.

Болевые ощущения в крупных суставах (олиго-, полиартралгии) до начала лечения беспокоили 81,9% и 82,3% пациентов 1 и 2 группы соответственно (табл. 1). Дорсалгии отмечали 82% пациентов 1 и 2 групп. Анализ динамики купирования клинических симптомов поражения опорно-двигательного аппарата у пациентов с СГМС представлен на таблице 3. В течение первой недели на фоне терапии НПВС купирование болей в суставах отметили 97,4% больных 1 группы. Занятия ЛФК привели к уменьшению/исчезновению болей у 78,6% занимающихся, в 58% случаях отмечено уменьшение и исчезновение хруста в суставах. Во время занятий не было вывихов и подвывихов суставов, рецидивов тендовагинита. После 12 недель занятий ЛФК полное купирование болевого синдрома отмечено у 95% занимающихся и у 100% в группе

приема НПВС к концу первой недели. После 12 недель занятий ЛФК ни у одного занимающегося болевого синдрома не рецидивировал. Через 3 недели после приема НПВС болевого синдром рецидивировал у 46% пациентов, принимавших НПВС, и ни у одного продолжающего заниматься ЛФК.

Анализ эффективности купирования болевого синдрома у пациентов с СГМС в зависимости от возраста и клинического варианта его проявления (рис.) показал, что занятия ЛФК более эффективно купируют болевой синдром у пациентов в возрасте 16-30 лет (с малосимптомным, неосложненным вариантом СГМС), что, вероятно, связано не только с укреплением мышечного каркаса, окружающего проблемные суставы и компенсирующего связочную слабость, но и с формированием в процессе занятий у этой категории пациентов правильного стереотипа движения.

У пациентов в возрасте 30-55 лет ЛФК купирует болевые ощущения менее эффективно, что объясняется полисимптомным клиническим вариантом СГМС с наличием осложнений и структурного источника боли – воспалительных и дистрофических изменений сухожильно-связочного аппарата, которые с возрастом становятся очевидным – клинически и инструментально локализуемым.

Таким образом, проведенное комплексное изучение клинико-функциональных особенностей лиц с СГМС до и после проведения ЛФК наглядно показало у них существенные положительные сдвиги в состоянии здоровья, по данным субъективного и объективного статуса. Выявленные положительно направленные изменения у обследованных пациентов убедительно демонстрировали эффективность правильно подобранной лечебной физкультуры в предупреждении осложненного течения СГМС. Динамику симптомов у пациентов с СГМС при медикаментозной тактике ведения нельзя считать удовлетворительной, так как через 3 недели после отмены НПВС болевого синдром рецидивировал у всех пациентов.

Обсуждение. Малосимптомный неосложненный вариант СГМС характерен для молодых пациентов (до 30 лет) и представлен каким-либо одним из ведущих симптомов – дорсалгией, олиго- или полиартралгией механического или смешанного ритма. Причем при полиартралгиях фактор механической нагрузки имеет небольшое значение. Провоцирующим

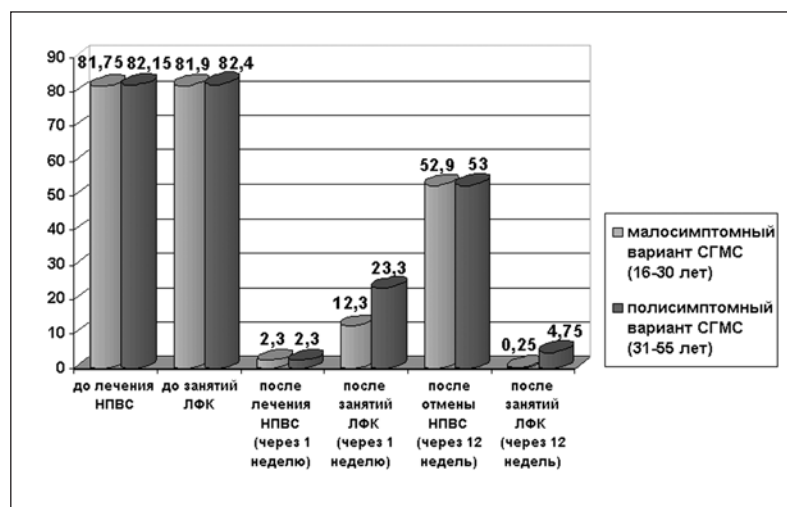


Рис. Выраженность болевого синдрома у пациентов с СГМС до и после медикаментозного и немедикаментозного лечения в двух группах больных.

полиартралгии фактором могут быть психоэмоциональный стресс, метеочувствительность, перенесенное острое респираторное заболевание. Существенное значение в генезе полиартралгии у пациентов с СГМС в молодом возрасте имеет состояние проприоцептивной чувствительности, нарушение которой было показано при СГМС [4]. Ортопедические аномалии (дисплазия тазобедренных суставов, продольное и поперечное плоскостопие) достоверно чаще встречаются у лиц с олигоартралгическим вариантом ГМС [9]. Дорсалгии встречаются у пациентов с СГМС в любой возрастной группе с тенденцией увеличения частоты с возрастом. Это отражает известную распространенность болей в спине в популяции в целом. Однако для СГМС типично раннее начало симптоматики (у 1/3 пациентов в группе 16-30 лет дорсалгии уже имели место), не характерное для остального большинства, когда первые эпизоды относятся к возрасту 30-40 лет.

Осложненный полисимптомный вариант – когда у одного и того же больного имеются олигоартралгии, дорсалгии, осложненное плоскостопие, признаки возрастных дегенеративных изменений в околосуставных тканях. В ряде случаев такой симптомокомплекс клинически и рентгенологически неотличим от остеоартроза. Вопрос о взаимоотношении между ГМС и ранним остеоартрозом является дискуссионным. С одной стороны, показана связь между ГМС и ранним остеоартрозом [14], с другой, общепринятым является мнение о сниженном объеме движений в суставах при остеоартрозе. Посвященные этой проблеме исследования выполнялись как одномоментные скрининговые, в связи с чем невозможно сделать заключение о многолетней динамике как степени подвижности суставов у отдельного индивидуума, так и нарастании дистрофических изменений в суставах. В связи с закономерным снижением подвижности суставов с возрастом неизвестно, какова была подвижность суставов у конкретного пациента с остеоартрозом 20-30 лет назад. В этом отношении были бы интересными длительные проспективные наблюдения лиц с ГМС в регионах с малой миграцией населения.

Таким образом, различные варианты клинических проявлений СГМС в зависимости от возраста предполагают дифференцированный подход к выбору тактики ведения этих больных. В настоящее время отсутствуют данные, свидетельствующие о влиянии медикаментозных препаратов, в частности, так называемых хондропротекторов, на структуру соединительной ткани и клинические проявления при ГС, хотя теоретически такая возможность существует.

Использование НПВС для купирования болевого синдрома (артралгий) часто приводит к развитию НПВП-гастропатий, рецидиву болевого синдрома после отмены препарата и, как следствие, к низкому комплайнсу и отказу пациентов от лечения. Поэтому основу терапии ГС составляют немедикаментозные методы. Советы по улучшению состояния пациента, купированию и профилактике болевого синдрома заключаются в приведении к равновесию возможностей опорно-двигательного аппарата конкретного лица и его физической нагрузки.

Важным условием улучшения состояния пациента с ГС является создание и поддержание силы и выносливости мышц, окружающих «проблемные» регионы скелета (крупные суставы, позвоночник). Развитые мышцы в определенной степени способны компенсировать связочную слабость, контролируя объем движений. В отличие от связочного аппарата мышцы отвечают на регулярную физическую нагрузку уве-

личением силы и объема. Выполнение упражнений, при которых происходит значительное напряжение мышц при отсутствии или минимальных движениях в суставах (изометрическая гимнастика), является эффективным методом укрепления мышц при ограниченной возможности пациента переносить физические нагрузки. Из других видов физической нагрузки полезно плавание или аэробика в воде, где вода играет роль изометрической составляющей, создавая сопротивление выполняемым движениям. Допустимыми являются занятия в группах шейпинга и гимнастических залах при условии знакомства тренера с особенностями состояния пациента (выполнение основных упражнений в положении «лежа» и «сидя»). Пациенту следует стремиться ограничивать амплитуду движений в симптоматических суставах (как правило, разгибания) рамками нормы. Данный контроль требует вначале сознательных усилий, которые в дальнейшем закрепляются в приобретенном стереотипе движений. Учитывая тот факт, что пациенты с гипермобильным синдромом – особая категория больных, у которых ГМС сочетается с признаками системного участия соединительной ткани, актуальным является комплексная программа реабилитации, включающая немедикаментозные принципы коррекции, особенно у пациентов молодого возраста с малосимптомными неосложненными формами СГМС.

Выводы

1. Для молодых пациентов (16-30 лет) характерен малосимптомный, неосложненный вариант СГМС. Для пациентов старше 30 лет типичен полисимптомный и осложненный вариант течения, отражающий присоединение дистрофических изменений опорно-двигательного аппарата при постоянной микротравматизации тканей сустава в условиях гипермобильности и генетической «слабости» соединительнотканых структур.

2. ЛФК купирует болевой синдром при малосимптомном неосложненном течении СГМС в 82,2% случаев, а в группе пациентов 16-30 лет – в 77,2% случаев без побочных эффектов, более надежно, чем применение НПВС.

3. ЛФК более быстро купирует болевой синдром у пациентов в возрасте 16-30 лет по сравнению с группой 30-55 лет. В возрастной группе 30-55 лет при полисимптомном осложненном течении для купирования болевого синдрома ЛФК необходимо применять длительное.

4. При СГМС занятия ЛФК и формирование правильной модели движения необходимо начинать как можно раньше. Немедикаментозная тактика ведения пациентов с СГМС достоверно улучшает их самочувствие, а также предупреждает осложненное течение.

Литература

- Беленький, А.Г. Генерализованная гипермобильность суставов и другие соединительно-тканые синдромы (обзор) / А.Г. Беленький // Научно-практическая ревматология. – 2001. – № 4. – С. 40-48.
- Беленький, А.Г. Гипермобильность суставов и гипермобильный синдром: распространенность и клинко-инструментальная характеристика : автореферат дисс. ... д-ра мед. наук / А.Г. Беленький. – Москва, 2004. – 51с.
- Викторова, И.А. Клинико-биохимическая диагностика дисплазии соединительной ткани: дис. ... канд. мед. наук / И.А. Викторова. – Омск, 1993.
- Грехем, Р. Гипермобильность суставов – 100 лет после Черногубова / Р. Грехем // Тер. арх. – 1992. – Т. 64, № 5. – С. 103-105.
- Земцовский, Э.В. Соединительнотканые дисплазии сердца / Э.В. Земцовский. – СПб.: Политекс, 1998. – 96 с.

6. Кадурина, Т.И. Наследственные коллагенопатии: клиника, диагностика, лечение, диспансеризация / Т.И. Кадурина. – СПб.: Невский диалект, 2000. – 270 с.
7. Яковлев, В.М. Классификационная концепция наследственной дисплазии соединительной ткани / В.М. Яковлев, Г.И. Нечаева // Омский научный вестник. – 2001. – № 16. – С. 68–70.
8. Beighton, P.H., Grahame R., Bird H.A. Hypermobility of joints / P.H. Beighton. – edn.3. – London.: Springer-Verlag, 1999. – 380 p.
9. Grahame, R. The British Society for Rheumatology Special Interest Group on Heritable Disorders of Connective Tissue Criteria for the Benign Joint Hypermobility Syndrome. The Revised (Brighton 1998) Criteria for the Diagnosis of the BJHS / R. Grahame, H.A. Bird, A. Child [et al.] // J. Rheumatol. – 2000. – Vol. 27. – P. 1777–1779.
10. Grahame, R. Heritable disorders of connective tissue / R. Grahame // Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. – 2000. – Vol. 14. – P. 345–361.
11. Grahame, R. How often, when and how does joint hypermobility lead to osteoarthritis? / R. Grahame // Br. J. Rheumatol. – 1989. – Vol. 28. – P. 320.
12. Grahame, R. Pain, distress and joint hyperlaxity // Joint, Bone, Spine 2000. – Vol. 67. – P. 157–164.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ

**И.А. ВИКТОРОВА, Е.Ю. СОЛДАТОВА,
И.Г. КАЛИЦКАЯ, Л.М. КОРАБЛЕВА,
С.Г. СУВОРОВА, Е.О. ГРИЦАЙ, Ж.К. СУЛЕЕВА**

Эффективность медикаментозной и немедикаментозной тактики лечения гипермобильного синдрома оценивали у 64 пациентов (53 мужчин, 11 женщин) в возрасте 16–55 лет.

Установлено, что при малосимптомном, неосложненном течении синдрома гипермобильности суставов (СГМС), более характерном для молодых пациентов (16–30 лет), ЛФК купирует болевой синдром более быстро, чем в возрастной группе 30–55 лет с типичным для неё полисимптомным и осложненным вариантом течения. В старшей возрастной группе СГМС лечебную физкультуру для купирования болевого синдрома необходимо применять длительнее. Рекомендовано как можно более раннее применение ЛФК и формирования правильной модели движения у пациентов с СГМС.

Ключевые слова: синдром гипермобильности суставов, варианты течения, возраст, немедикаментозное лечение

FEATURES OF CONDUCTING PATIENTS WITH THE JOINTS HYPERMOBILITY SYNDROME

**VIKTOROVA I.A., SOLDATOVA E. YU.,
KALITSKAYA I.G., KORABLEVA L.M.,
SUVOROVA S.G., GRITSAY E.O.,
SULEYEVA ZH.K.**

Efficiency of medicamentous and nonmedicamentous tactics of treatment of hypermobile syndrome was estimated in 64 patients (53 men, 11 women) at the age of 16–55.

It is established, that at microsymptomatic, noncomplicated course of joints hypermobility syndrome (JHMS), more characteristic for young patients at the age of 16–30. Physiotherapy exercises stop a painful syndrome more quickly, than in the age group of 30–55 with typical for it polysymptomatic and complicated course variant. In senior age group with JHMS the physiotherapy exercises for controlling a painful syndrome is necessary to apply longer. It is recommended earlier application of physiotherapy exercises and formation of correct movement model in patients with JHMS.

Key words: joints hypermobility syndrome, variants of course, age, nonmedicamentous treatment