

ОСОБЕННОСТИ АРТРАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ

Заздравнов А.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Актуальность. Синдром доброкачественной гипермобильности суставов (СДГС) представляет собой заболевание соединительной ткани с гипермобильностью (избыточным объемом движения) суставов, проявляющееся скелетно-мышечной симптоматикой при отсутствии системного ревматического заболевания [2]. Данная нозология классифицирована в МКБ-10 под шифром М 35.7 – гипермобильный синдром (Hypermobility syndrome), семейная слабость связочного аппарата (Familial ligamentous laxity) и доброкачественная гипермобильность суставов (Benign joint hypermobility). Частота СДГС в общей популяции варьирует от 6,9% до 31,5% и зависит от возраста, пола, этнических характеристик обследуемых [4]. При этом практически все исследователи отмечают гиподиагностику данного соединительнотканного заболевания, поскольку избыточной подвижности суставов врачи придают значительно меньше внимания, чем ограничению суставной мобильности.

Повсеместное присутствие соединительной ткани в организме определяет широкий многовариантный спектр клинических проявлений со стороны костно-мышечной, кардиоваскулярной, пищеварительной, дыхательной систем, кожи, половых органов у пациентов с СДГС. И, тем не менее, наиболее частой причиной обращения к терапевту/ ревматологу/ ортопеду является боль в одном или нескольких суставах. Включение артралгий в перечень больших и малых критериев СДГС (Brighton, 1998) свидетельствует об исключительной диагностической важности данного болевого синдрома, его прогностической значимости.

Цель. Оценить частоту артралгического синдрома у пациентов с СДГС, выявить его особенности.

Методы исследования. Было обследовано 26 больных в возрасте от 18 до 34 лет, преимущественно женщин (19). Всем пациентам проводили антропометрические исследования, выявление фенотипических признаков СДГС. Гипермобильный синдром диагностировали по шкале Р. Beighton [3]. Для статистического анализа полученных результатов использовали вычисление критерия хи-квадрат (χ^2) который отражал различия между эмпирическими и теоретическими частотами переменных. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Выраженность гипермобильности в суставах по шкале Beighton соответствовала 4 баллам у 7 (26,9%) пациентов, 5 баллам –

у 14 (51,9%) пациентов, 6 баллов и более – у 5 (19,2%) больных. Артралгический синдром (продолжительность суставных болей не менее 3 месяцев) наблюдался у 20 (76,9%) пациентов с СДГС – у 17 женщин и 3 мужчин. При статистическом анализе установлена достоверная связь между женским полом и артралгиями при СДГС ($df=1$, $\chi^2 = 6,262$; $p=0,012$). Данный факт отражает склонность СДГС к семейной агрегации, поскольку изучаемый синдром наследуется преимущественно по аутосомно-доминантному типу, и, большей частью, по женской линии [1, 5].

Также была изучена частота выявления артралгий в зависимости от выраженности гипермобильности суставов. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Экспрессия артралгий в зависимости от выраженности гипермобильности по P.Beighton

Гипермобильность суставов в баллах	Общее количество пациентов	Количество пациентов с артралгиями	
		Всего	% от общего количества
"4"	7	4	57,1
"5"	14	12	85,7
"6" и более	5	4	80,0

Статистический анализ данного распределения показал отсутствие достоверной связи между выраженностью гипермобильности суставов в баллах и наличием артралгий ($df=2$, $\chi^2 = 2,179$; $p=0,336$).

Поражение суставов у обследованных лиц наблюдалось в виде моноартрита (9 больных – 45%), олигоартрита (9 пациентов – 45%), полиартрита – 2 (10%) больных. Считается, что для СДГС нет суставов исключения, допускается возможность поражения любого из них. И все таки, среди поражений опорно-двигательного аппарата наиболее часто встречались ассоциированные с физической нагрузкой артралгии с локализацией в коленных (8 больных – 40%) и голеностопных (5 пациентов – 25%) суставах. Преимущественное поражение данных суставов объясняется их наибольшей подверженностью гравитационным воздействиям. Именно вовлечением этих суставов были обусловлены все случаи моноартритов. У трети (7 – 35%) пациентов артралгический синдром сочетался с дорсалгиями, преимущественно пояснично-крестцовой локализации. Данный отдел позвоночника больше других страдает от гравитационных влияний, и является "слабым местом" пациента с СДГС. В пользу ведущей роли гравитационных воздействий в генезе болевого синдрома при СДГС свидетельствует тот факт, что специальные стельки, ортезы, ортопедическая обувь, корсеты и другие «разгружающие» суставы инструменты оказывают значительно более выраженный эффект, чем нестероидные противовоспалительные препараты.

Гиперемии, гипертермии, отечности суставов ни в одном случае выявлено не было. Также не отмечалось утренней скованности. Артралгии беспокоили во второй половине дня, отдых позитивно сказывался на течении болевого синдрома. Связь артралгий с физической нагрузкой отметили 17 (85%) пациентов, метеозависимость – 6 (30%) пациентов. 8 из 17 женщин с СДГС и артралгиями отметили изменение интенсивности суставного болевого синдрома в зависимости от фазы менструального цикла.

Характеризуя в целом артралгический синдром при СДГС, следует заметить, что он, по-видимому, складывается из двух компонентов – острого и хронического. Острая (подострая) составляющая боли обусловлена непосредственным механическим раздражением/повреждением суставных и околосуставных структур, частично неполноценных вследствие генетически обусловленного дефекта соединительной ткани. Хронический компонент артралгий при СДГС длительное время существует вследствие нарушения чувствительности проприорецепторов гипермобильных суставов к нагрузке, в том числе и к низкоэнергетической.

Выводы. Артралгический синдром является частым, но не абсолютным в клинике СДГС. Боли в суставах достоверно чаще беспокоят женщин с СДГС, чем мужчин. Болевой суставной синдром при СДГС носит преимущественно "механический" характер, а частота артралгий среди пациентов с СДГС не зависит от выраженности гипермобильности в суставах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Викторова, И.А. Синдром гипермобильности суставов: клиническое значение, прогноз, взаимосвязь с риском возникновения остеоартроза / И.А. Викторова, Н.В. Коншу, А.В. Румянцев // Архивъ внутренней медицины .– 2015.– № 2(22). – С.3-7.
2. Есин, О.Р. Синдром доброкачественной гипермобильности суставов как междисциплинарная проблема альгологии / О.Р. Есин / Медицинский альманах. – 2017. – №5 (50). – С.92-96
3. Правдюк, Н.Г. Гипермобильный синдром: клинические проявления, дифференциальный диагноз, подходы к терапии / Н.Г. Правдюк, Н.А. Шостак // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2008. – № 3. – С. 70-75.
4. Bird, N.A. Joint Hypermobility in children / N.A. Bird // Rheumatology (Oxford). – 2005. – Vol. 44 . – P. 703 – 704.
5. Zweers, M.C. Joint hypermobility syndromes: the pathophysiologic role of Tenascin-X gene defects [review] / M.C. Zweers, A.J. Hakim, R.Grahame et al. // Arthritis Rheum. – 2004. – Vol. 50. – P. 2742 – 2749.