

*Дифференциальная
диагностика при суставном
синдроме. Индивидуальный
подход к лечению. Тактика
врача общей практики.*

Доцент Нуриллаева Н.М.



Классификация основных причин болей в суставах.

I. Артриты.

1. Ревматоидный артрит.
2. Ревматический артрит.
3. ДБСТ (СКВ, ССД, болезнь Шегрена, ДМ)
4. Артриты, связанные с инфекцией:

а) инфекционные артриты:

- бактериальные (стафило-, стрепто-, гонококковые, бруцеллёзные, сифилитические, туберкулёзные и др.)
- вирусные (краснуха, эпид. паротит, ветряная оспа и т.д.);
- грибковые, паразитарные



б) реактивные артриты

- постэнтероколитические - иерсиниоз, сальмонеллёз и др.,

- урогенитальные (исключая болезнь Рейтера и гонорею)

- после носоглоточной инфекции

- поствакцинальные.

5. Болезнь Бехтерева.

6. Псориатический артрит.

7. Микрористаллические артриты:

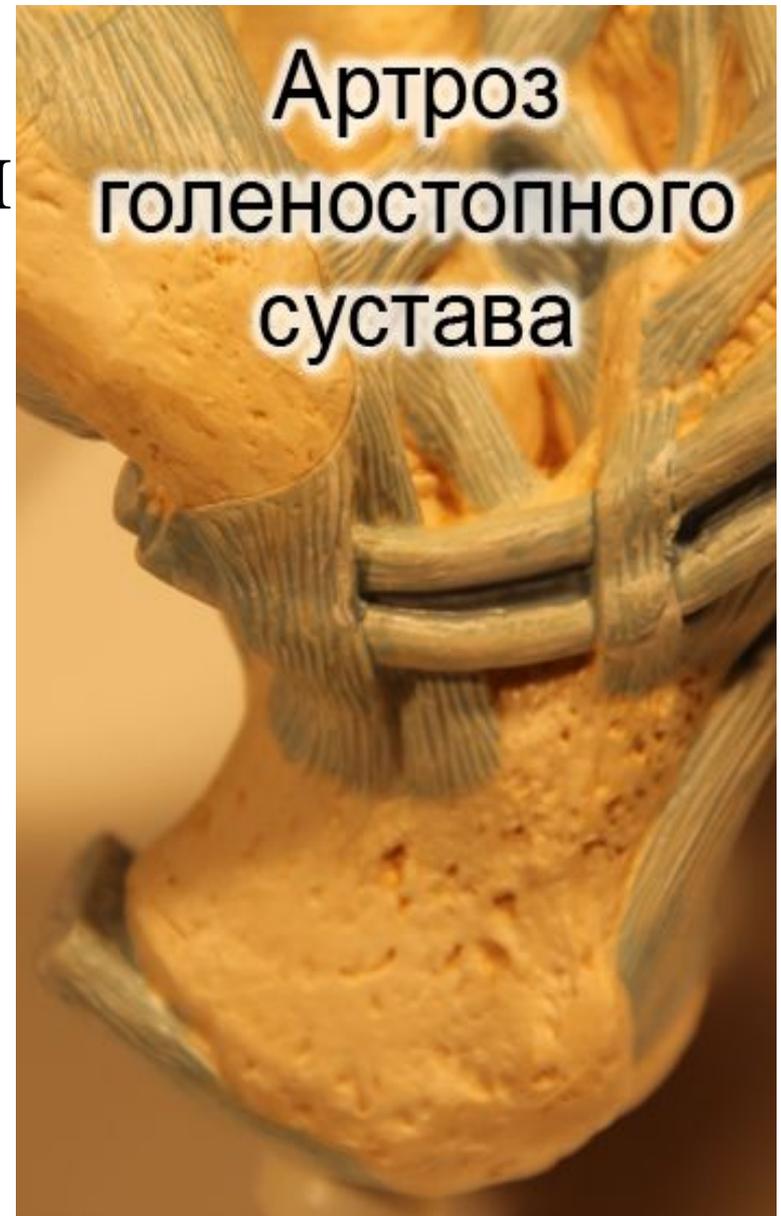
- подагра, хондрокальциноз.

8. Системные васкулиты (узелк. периартериит, геморраг. васкулит, гранулематоз Вегенера)

II. Артрозы

1. Деформирующий остеоартроз (первичный и вторичный).
2. Спондилёз, остеохондроз, спондилоартроз.

III. Асептические некрозы костей (остеохондропатии первичные и вторичные).



IV. Артропатии при неревматических заболеваниях

1. Паранеопластические артропатии (злокач. опухоли)
2. Эндокринные заболевания (болезни щитов. железы, гипофиза, половых желез, сахарный диабет)
3. Хронические заболевания кишечника (НЯК, болезнь Крона, болезнь Уиппла)
4. Аллергические заболевания (лекарств. и сыворот. болезнь).
5. Заболевания нервной системы (НЦД, сирингомиелия, синдром плечо - кисть и др.)
6. Болезни системы крови (гемофилия, лейкозы, миеломная болезнь, злокачественные лимфомы)
7. Метаболические нарушения (амилоидоз, охроноз, гемохроматоз)
8. Интоксикация организма
9. Хронический активный гепатит
10. Саркоидоз

V. Редкие заболевания суставов.

1. Палиндромный ревматизм.
2. Интермиттирующий гидроартроз.
3. Хондроматоз сустава.
4. Полихондрит рецидивирующий.
5. Опухоли и опухолеподобные заболевания (гемангиома синовиальной оболочки, синовиома, саркома, пигментир. ворсинчатоузловой синовит и др.)

Характерные признаки ревматоидного артрита

Продолжение отёка суставов более 1,5 месяца;
Появление безбол., двигающихся ревмат. узелков;

Симметричное 2-х поражение кистей «ласты моржа»;
быстрое атрофирование регионарных мышц;

Утренняя скованность суставов; от 30 до 60 минут и больше

Контрактуры

Поражение мелких и средних суставов

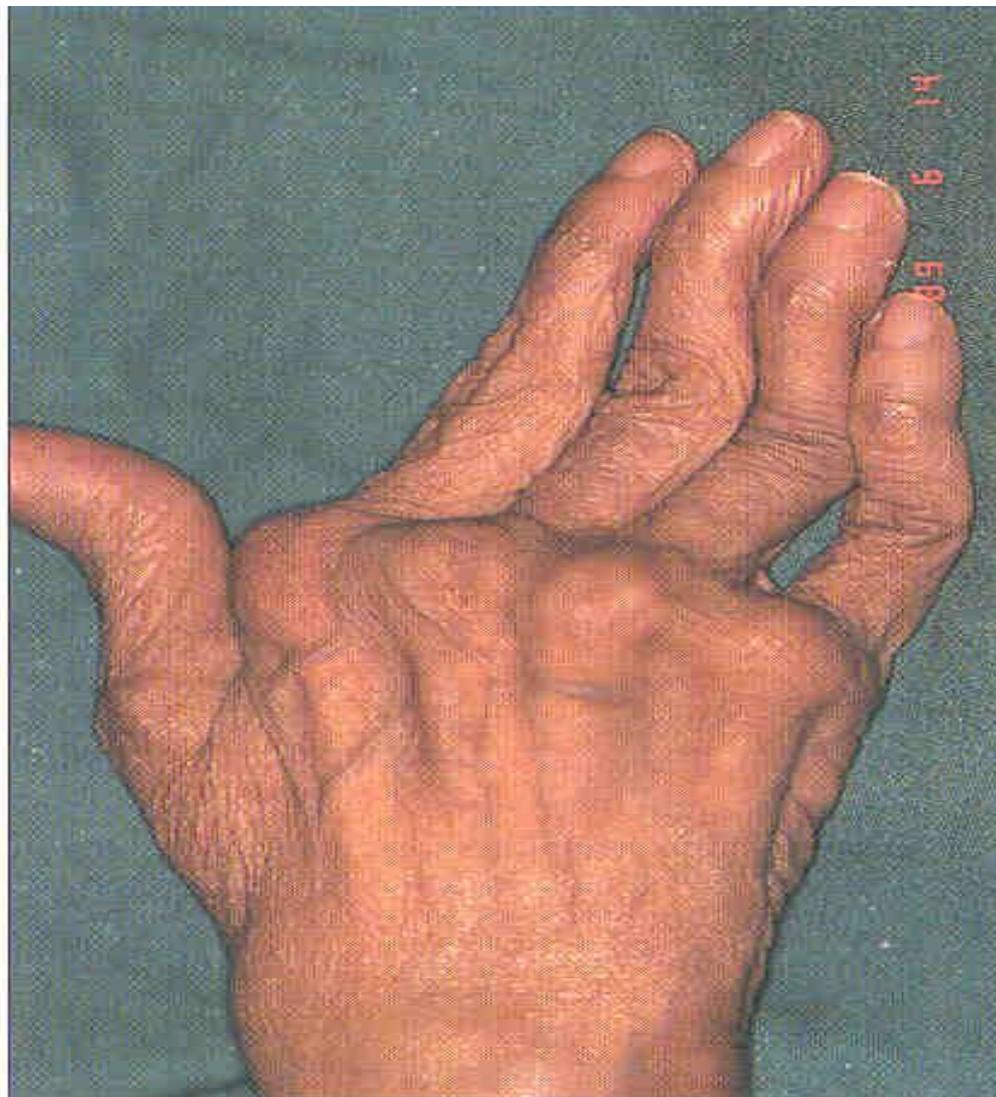
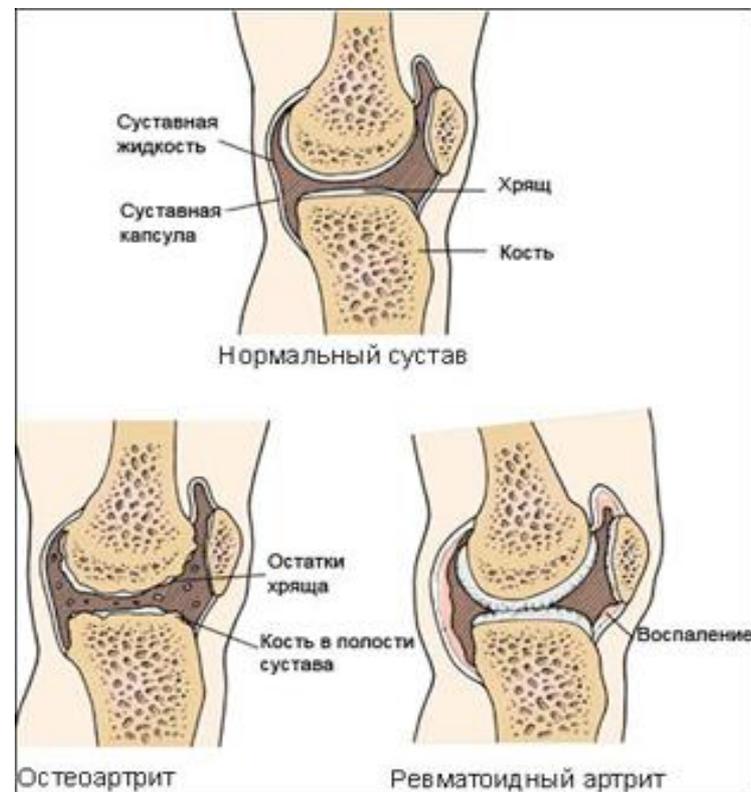
Анкилоз

Суставной синдром

Деформация в виде «плавник моржа», «лебединая шея»

Олигоартрит и полиартрит





Изменение кистей при РА.

4 К-логические стадии **Основные диагностические признаки**

Остеопороз, Сужение
суставной щели,
Узуры и анкилоз
Биопсия:
пролиферация,
гипертрофия
и некроз
синовиальных,
лимфоидных и
плазматических



Увеличение
СОЭ, С-
реактивного
белка

Поражение внутренних
органов
(плеврит, гастрит,
миокардит, перикардит,
амилоидоз почек,
полисерозит
и другие)

Атрофия
Регионарных
мышц



Безболезненные,
подвижные
Ревматоидные
узелки



РФ
(реакция
Валера – Роуза,
латекс- тест)

Ревматический артрит (полиартрит)

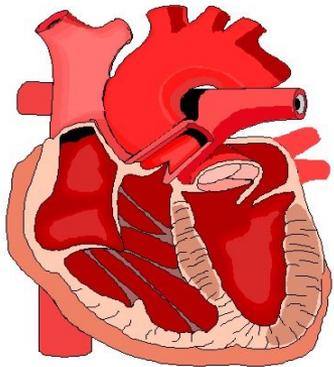
- Через 1-2 недели после стрептококковой инфекции;
- Поражаются средние и большие суставы, летучий характер изменений в суставах длящийся от нескольких часов до нескольких дней.
- Эффективность НПВС и бесследное исчезновение изменений в суставах;
- Поражение внутренних органов: кардит, малая хорея, ангулярная эритема, подкожный узелки;
- К малым диагностическим критериям относятся: лихорадка, артралгия, повышение СОЭ, остро фазовых показателей (титр-АСЛ -О, α_2 , γ -глобулины, мукопротеиды), удлинение интервала P-Q на ЭКГ, абдоминальный синдром.

Основные диагностические признаки ревматизма

Кардит

Возбудитель β – гемолитический стрептококк развивается через 2 недели после внедрения возбудителя

Впоследствии и поражение клапанов сердца



- **Малая хорея**
- **Кольцевидная эритема**
- **Подкожные узелки**
- **Лихорадка**
- **Повышение острофаз. показателей**
- **Удлинение интервала P-Q на ЭКГ**
- **Абдоминальный синдром**

Основные признаки СКВ



дерматит

- Дискоидная волчанка
- Бабочка

Суставной синдром поли-артралгии

Серозиты (полисерозиты)

**Плеврит
Перикардит
Воспаление брюшины**

- ▣ Рейно синдром, Длительная лихорадка
- ▣ Алопеция
- ▣ Фотосенсибилизация
- ▣ Стоматиты
- ▣ Нефрит, кардит,
- ▣ Психоз или судороги
- ▣ LE- клетки, ложно”+”реакция Вассермана
- ▣ Синдром Верльгофа, гемолитическая анемия или лейкопения, тромбоцитопения.
- ▣ Увеличение СОЭ, РФ, гипергаммаглобулинемия



Системная склеродермия:

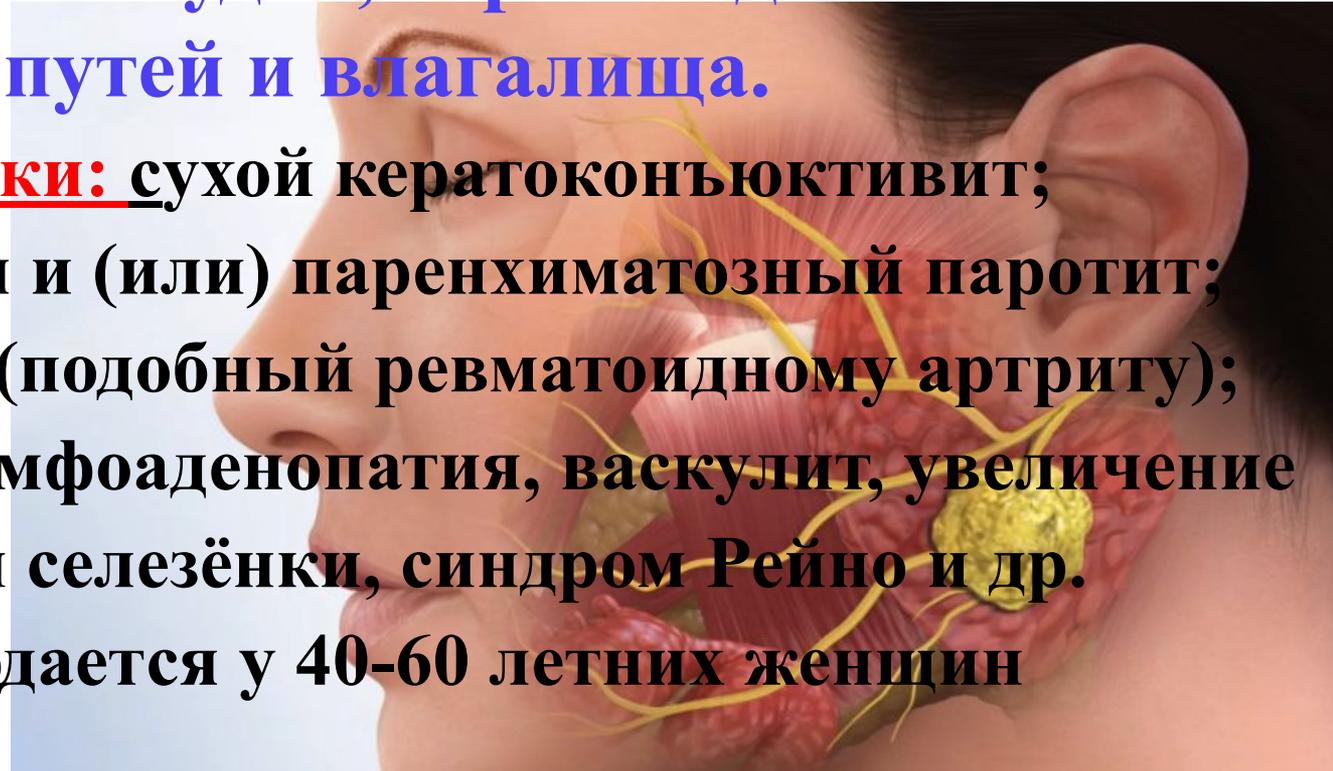
- 1. Поражение кожи: “твёрдый” отек, кальцификация, атрофия и пигментация
“маскообразное” лицо**
- 2. Синдром CREST**
- 3. Суставно-мышечный синдром: ревматоидо-подобный артрит, периартикулярные изменения и фиброзирующий миозит, позднее образуется застойная контрактура.**
- 4. Поражение внутренних органов (очаговый кардиосклероз, базальный пневмосклероз, поликистоз лёгких, истинная склеродермическая почка)**



Болезнь Шегрена

– это системное аутоиммунное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением экзокринных желёз, вырабатывающих слюну, слёзы, а также хроническим воспалением желудка, верхних дыхательных путей и влагалища.

Признаки: сухой кератоконъюнктивит;
Ксеростомия и (или) паренхиматозный паротит;
Полиартрит (подобный ревматоидному артриту);
Лихорадка, лимфаденопатия, васкулит, увеличение печени и селезёнки, синдром Рейно и др.
Наблюдается у 40-60 летних женщин



Инфекционные артриты

Гнойный артрит

Боли в суставах, ограниченная гиперемия, гипертермия, отек

Лихорадка (фебрильная температура, озноб)

Регионарный лимфаденит

Гонорейный артрит

поражается 1 сустав: коленный или голеностопный

Беспорядочный половой анамнез

Обнаружение гонококков

На поверхности сустава гиперемия, отек

Гнойный уретрит

Инфекционные артриты

Бруцеллезный артрит

Моно-
олигоартрит,
Бурсит,
периартрит
Спондилоартрит
Односторонний
сacroилеит

Эпиднамнез

Волнообразная
лихорадка

Гепатосплено
мегалия

Лимфоадено
патия

«+» реакция
Райта-
Хеддельсона

Туберкулезный артрит

Гиперемия
суставов

Скопление
жидкости в
суставах

Односторонний
сacroилеит

В поздних
стадиях
сливные
очаги
деструкции

Поражение
позвоноч
ника

Эпиданамнез

«+»
туберкулино
вые пробы

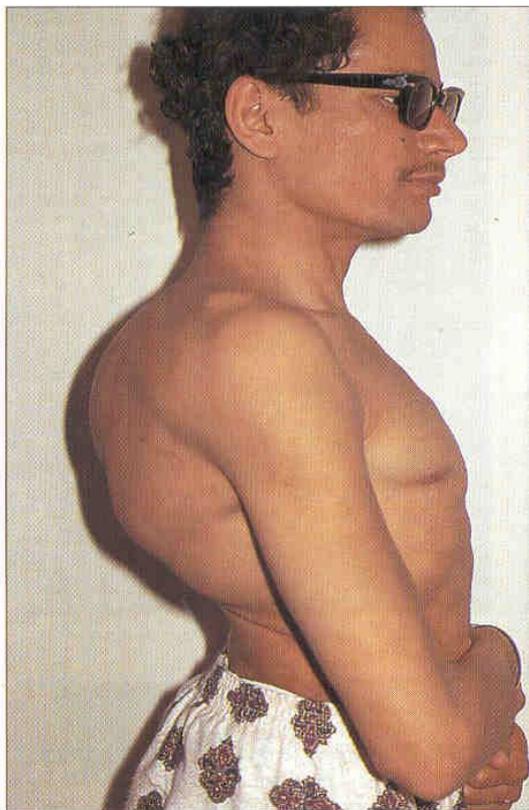
На рентгенограмме очаги
деструкции

Туберкулёзный артрит:

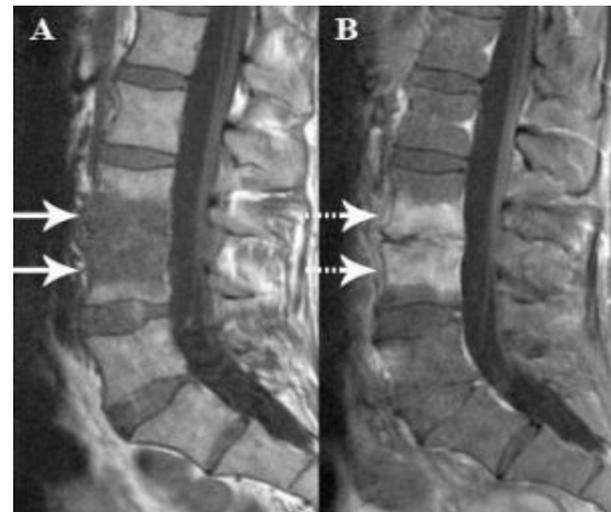
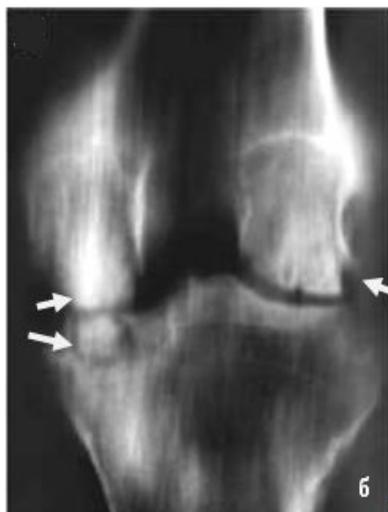
При нем наблюдается поражение периферических суставов и позвоночника.

Процесс локализуется в одном суставе (коленном, тазобедренном, голеностопном или лучезапястном). Заболевание развивается постепенно: появляются умеренная локальная болезненность, припухлость и выпот в суставе, атрофия мышц. Внешне сустав бледный, имеются легкая гипертермия, дефигурация, выпот.

При диагностике учитываются особенности клиники: эпид. анамнез, обнаружение очагов туберкулёза в других органах, положительные туберкулиновые пробы, биопсия тканей, результаты посева синовиальной жидкости



Рентгенологически определяются очаговая перестройка костных трабекул, деструкция и расплавление суставных концов костей, их смещение, ПОВЫВИХИ



Реактивные артриты

Вирусные артриты.

- У больных **вирусным гепатитом** артрит обычно появляется в преджелтушном периоде и исчезает в период разгара желтухи.
- Поражение суставов при **краснухе** протекает по типу полиартрита, теносиновитов, с наличием генерализованной пятнистопапулезной сыпи. Артрит при **эпидемическом паротите** локализуется в 1 или 2 крупных суставах, у мужчин чаще, чем у женщин с наличием скованности, выпота, кожной эритемы, увеличением околоушной железы. Полное обратное развитие

Дизентерийный и сальмонеллёзный

артриты мало отличаются от иерсиниоз-ного реактивного артрита.

Возникают на 2 – 3-й неделе заболевания. Характерная особенность

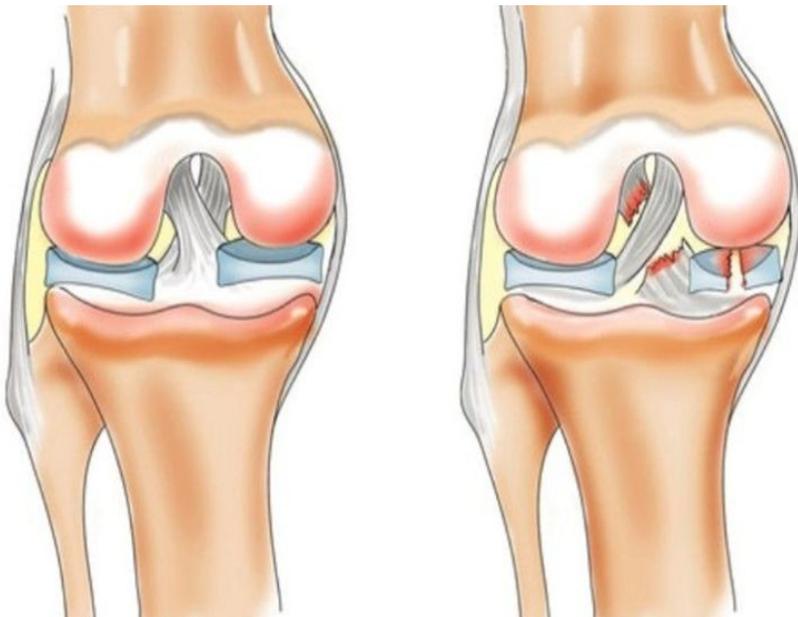
этих артритов - выраженная интенсивность болевого синдрома.

Диагноз энтерогенных реактивных артритов устанавливается на основании клинических данных, анамнестических сведений о связи с кишечной инфекцией, обнаружения возбудителя в кале,

Иерсиниозный артрит вызывается *Xersinia entercholitica*, чаще бывает у женщин.

- Суставному синдрому, через 1-3 недели, предшествуют кишечные проявления типа кратковременной диареи, холецистита, аппендикулярной колики, боли в правой подвздошной области
- Характерно асимметричное поражение суставов нижних конечностей, в процессе могут вовлекаться акромиально-ключичные и грудино-ключичные суставы, суставы первых пальцев кистей и стоп
- выявляются односторонние сакроилеиты, тендовагиниты, бурситы, лихорадка, внесуст. проявления (эписклерит, конъюнктивит, ирит, миокардит).
- В крови - лейкоцитоз и высокое СОЭ,

Клинические проявления синдрома Рейтера и других реактивных артритов

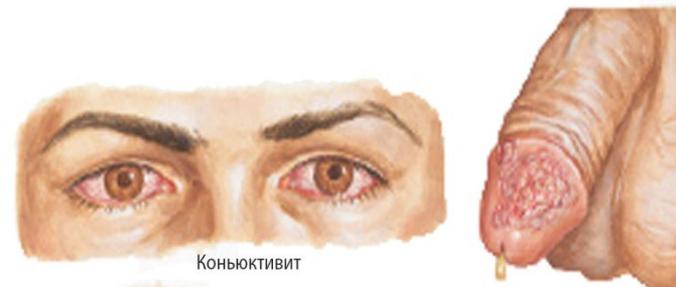
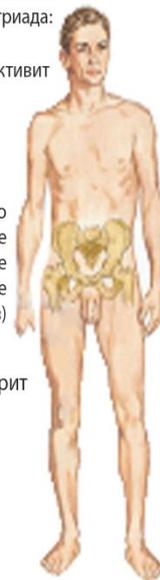


Классическая триада:

Конъюнктивит

Артрит (обычно ассиметричное множественное поражение суставов)

Уретрит



Конъюнктивит

Уретрит, псориазоформные поражения головки полового члена



Поражение суставов напоминает ранние стадии ревматоидного артрита



Подногтевой кератит



Сacroилеит



Эрозии мягкого неба и язычка



Ахиллобурсит, эритема, припухлость, болезненность



Кератодермия и пустулезные изменения на подошвах

Синдром (болезнь) Рейтера - сочетанное поражение мочеполовых органов, суставов и глаз.

•Чаще болеют мужчины молодого возраста. Возбудитель Chlamydia trachomatis, инфекция передается половым и неполовым путем, обнаруживается в эпителии уретры, конъюнктивы и цитоплазме клеток синови. Характерно асимметричное поражение крупных суставов нижних конечностей.

•Клинические при болезни наблюдаются уретрит, цистит, простатит, конъюнктивит, артрит. Присущ “лестницеобразный тип” поражения суставов (“снизу вверх”), боли усиливаются ночью и утром, кожа над ними гиперемирована, появляется выпот. В суставах преобладают экссудативные проявления, могут наблюдаться язвенный стоматит, глоссит, балантит, кератодермия, поражение ногтей;

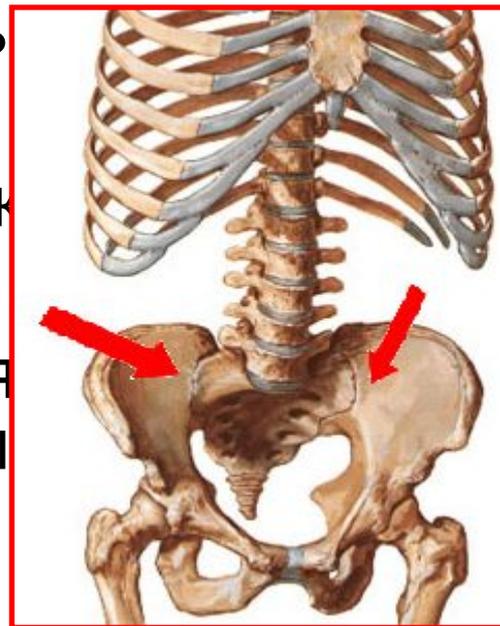
•в крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ антиген HLA - B -

Болезнь Бехтерева

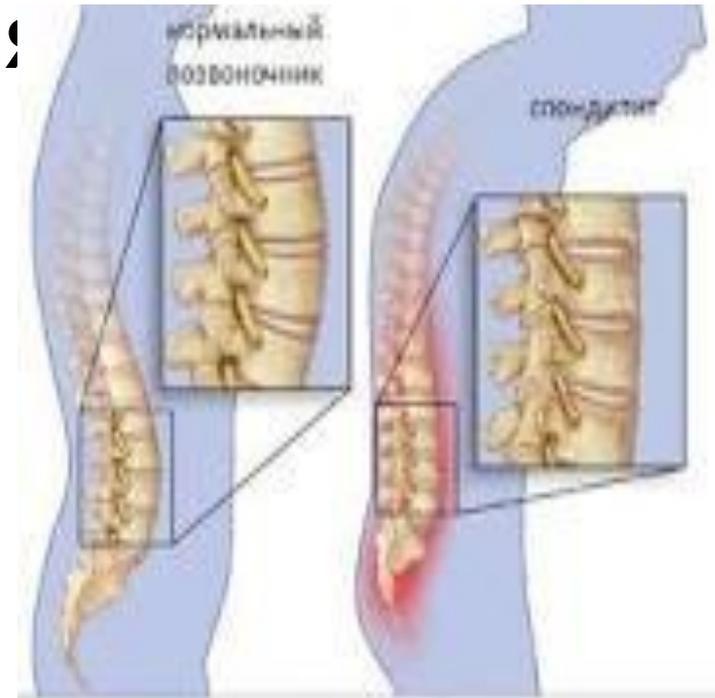
Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) – хроническое воспалительное анкилозирующее заболевание суставов осевого скелета (межпозвонковых, позвоночных, крестцово-подвздошных), относящееся к группе серонегативных спондилоартритов. Чаще болеют мужчины в возрасте 20 - 40 лет.

Клинические формы болезни:

- Центральная форма - начинается с поражения позвоночника и крестцово-подвздошны сочленений
- Ризомиелическая форма - позвоночник и плечевых, тазобедренных суставов.
- Периферическая форма - вовлекаются межпозвонковые, реберно-позвоночны реже – периферические суставы.

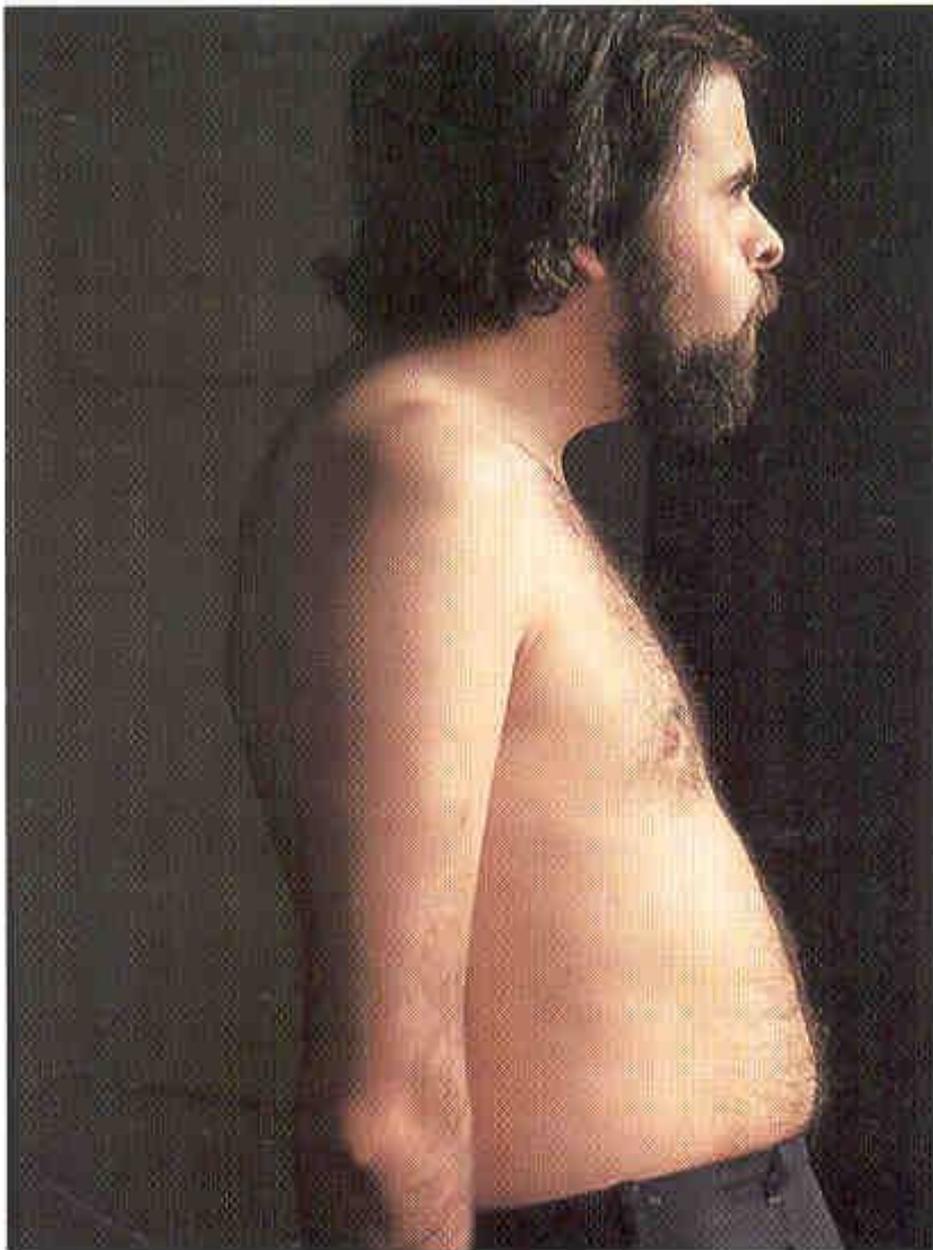


- Скандинавская форма – вместе с позвоночником вовлекаются мелкие суставы кистей, как при ревматоидном артрите.
- Висцеральная форма – вместе с одной из вышеперечисленных форм имеются поражения внутренних органов.



Клинические проявления болезни Бехтерева:

- Боли воспалительного характера, ощущение скованности и тугоподвижности в пояснично-крестцовой отделе позвоночника, усиливающиеся к утру и уменьшающиеся во 2-й половине дня, после лёгких физ.упражнений и тепл. процедур.
- Боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и дыхании, скованность прямых мышц спины (с дальнейшей их атрофией), уплощение поясничного лордоза. Поражение грудино-ключичных и грудино-реберных сочленений.
- Доброкачественный рецидивирующий моно- или олигоартрит нижних конечностей.
- Клинические и рентгенологические признаки двустороннего сакроилеита (с положит. тестами Макарова и Кушелевского).
- Поражение ССС (аортит, недостаточность клапана аорты и т.д.) лёгких (в виде прогрессирующего фиброза) редко



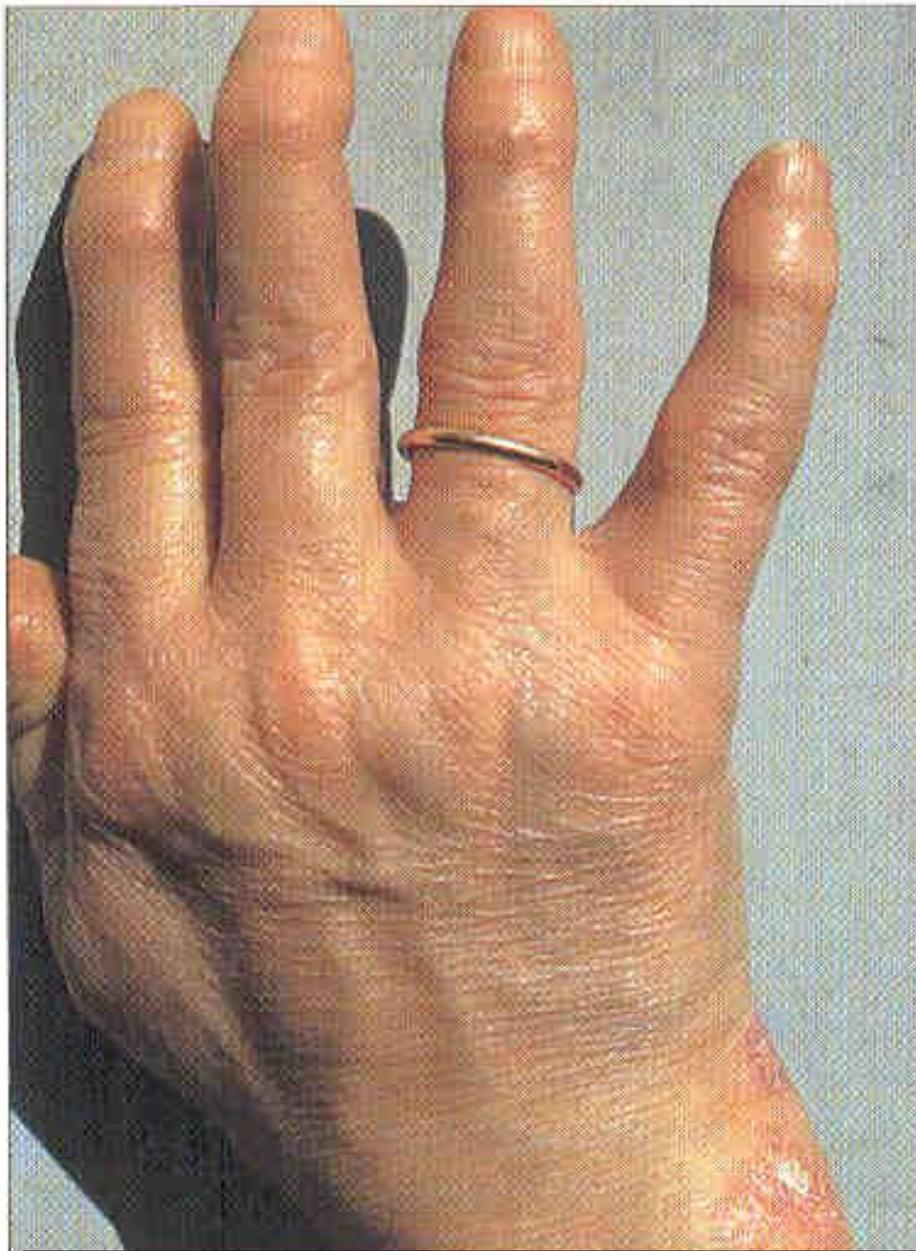
Болезнь Бехтерева

Нарушение осанки («доскообразная спина» или «поза просителя»)
Рентгенологическое выявление синдесмофитов (овальных костных мостиков) между прилежащими позвонками.

Псориатический артрит.

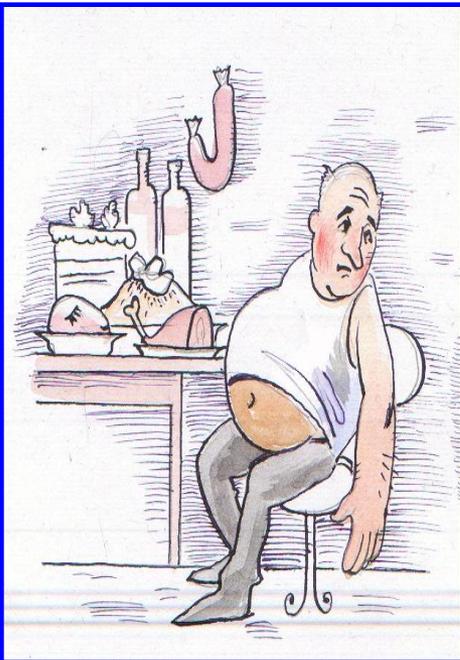
Диагностическими критериями являются:

- поражение дистальных межфаланговых суставов кистей (пальцы могут приобретать “сосискообразную” форму);
- поражение суставов первого пальца кисти, раннее поражение большого пальца стопы с синюшной или багрово-синюшной окраской; боли в пятках; наличие псориатических бляшек, поражение ногтей (симптом «наперстка»);
- псориаз у ближайших родственников;
- отсутствие ревматоидного фактора



Псориатический артрит.

Рентгенологические проявления: остеолитический процесс с разноосевым смещением костей, периостальные наложения, отсутствие околосуставного остеопороза; клинкорентгенологические признаки сакроилеита; рентгенологические признаки паравертебральной кальцификации. Диагноз достоверен при наличии трёх критериев



Подагра - это хроническое заболевание, связанное с нарушением мочекислового обмена, повышением содержания в крови мочевой кислоты и отложением уратов в тканях, что проявляется рецидивирующим острым артритом и образованием тофусов (подагрических узлов).

- Критерии диагноза следующие :
 - типичный приступ артрита с поражением первого плюснефалангового сустава большого пальца стопы;
 - 2 типичных приступа с поражением



Абсолютный признак подагры – обнаружение кристаллов уратов в синовиальной жидкости или тканях.

Специфичные признаки:

длительность приступа артрита не более 2 недель, преимущественное поражение лиц мужского пола, наличие ожирения, уролитиаза.

Подагрические тофусы



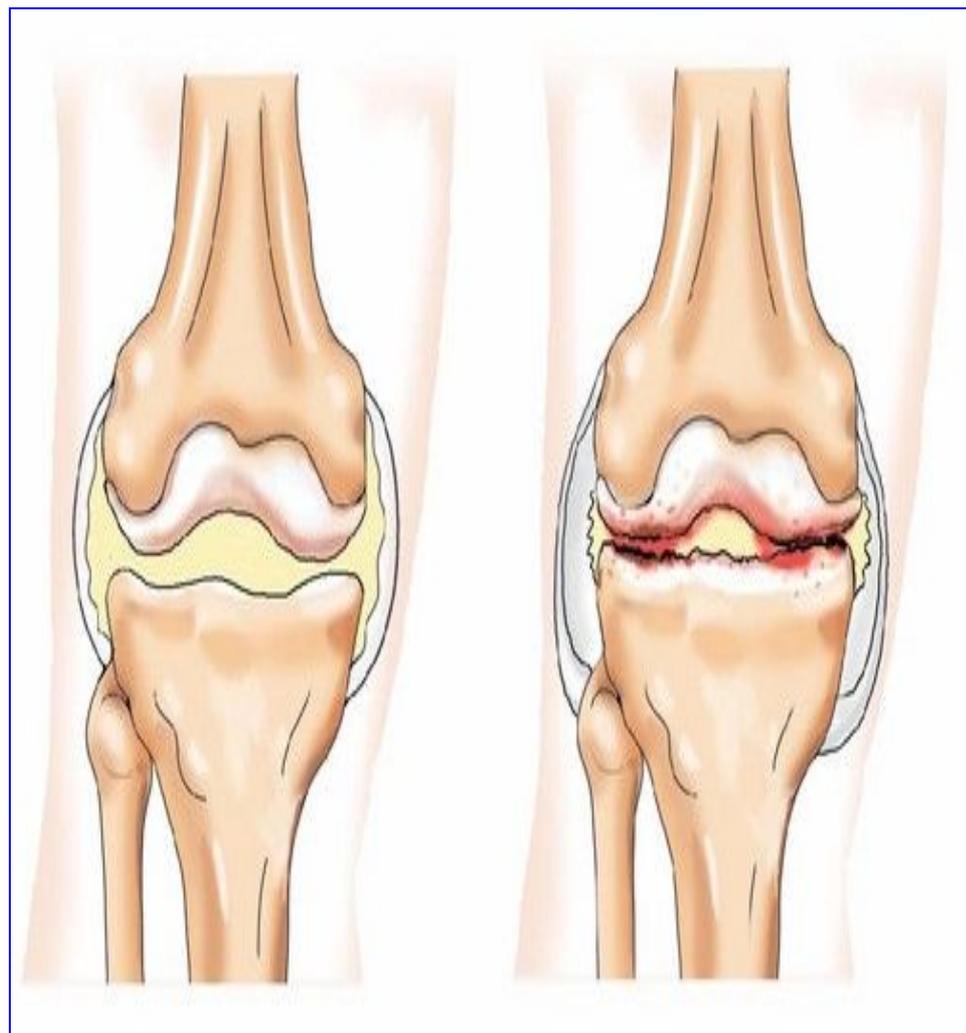
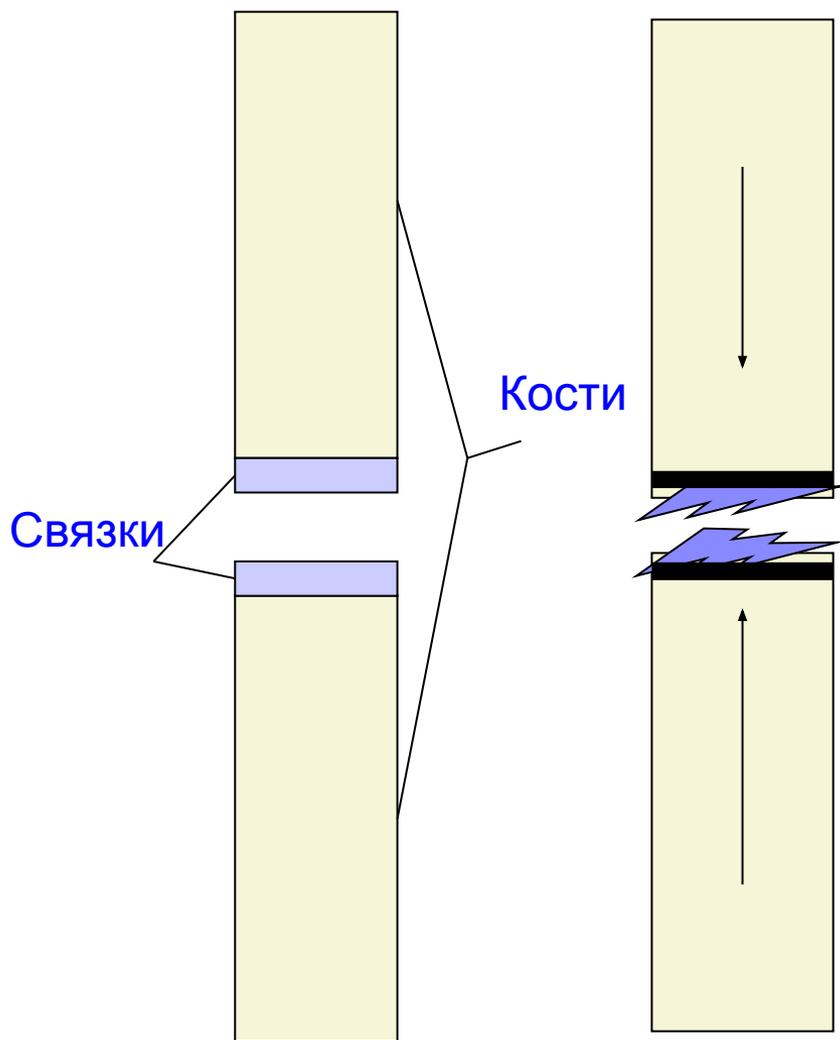
Критерии диагноза:

- острый подагроподобный артрит (особенно коленных, пястнофаланговых и лучезапястных суставов);
- R- доказательства кальцификации хряща;
- выявление монокристаллов солей кальция в синовиальной жидкости или хряще;
- наличие одного из факторов, часто сопровождающихся развитием хондрокальциноза (особенно в сочетании с артритом), пожилой возраст больных, болезнь Коновалова-Вильсона суставов, нейротрофическая артропатия, гипотиреоз, подагра, длительная кортикостероидная терапия
- указания на семейный хондрокальциноз



Деформирующий остеоартроз

В норме



Деформирующий остеоартроз.

Диагностические критерии:

- Преимущественное поражение коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставов кистей;
- Боли в суставах к концу дня и (или) в первую половину ночи;
- «Стартовая» боль, неактивный синовит, крепитация при движении.
- Узелки Гебердена и Бушара.
- Усиление боли после механической нагрузки на сустав, периодически - симптом “блокады”;
- Деформация сустава за счёт костных разрастаний;
- Рентгенологические данные: кистовидная перестройка костной структуры, сужение суставной щели, остеосклероз суставной поверхности, остеофитоз



Узлы Гебердена при ДОА.

Паранеопластические артропатии

развивающиеся на фоне злокачественных опухолей различной локализации, обычно встречаются у лиц среднего и пожилого возраста.

- ❑ **Суставной синдром может формироваться задолго до обнаружения злокачественного процесса.**
- ❑ **Наиболее часто артропатии возникают при раке лёгкого.**

Паранеопластические артропатии

Клинически проявляются в виде одной из следующих форм:

артрит
гипертрофической
остеоартропатии и
изолированное
утолщение фаланг в
виде “барабанных

н
е
о
п
р
е

может быть
асимметричным с
поражением крупных
суставов или подобным
серонегативному
ревматоидному
артриту.

в
э
р
о
з
и
в

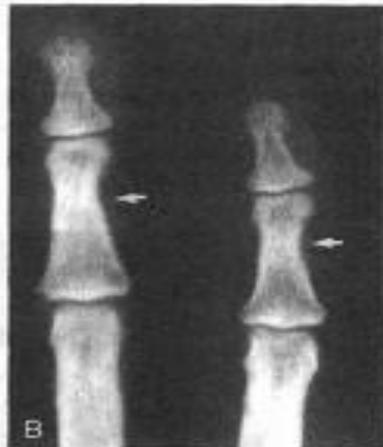
- **Эндокринные артропатии** могут наблюдаться при тиреотоксикозе, гиперпаратиреозе, сахарном диабете, гипотиреозе, акромегалии, климаксе и характеризуются упорными артралгиями или артритами суставов кистей, стоп, коленных суставов.
- При гиперпаратиреозе (болезнь Реклингхаузена) развивается генерализованная фиброзная остео-дистрофия. Наряду с артралгиями, оссалгиями, патологическими переломами могут наблюдаться лихорадка, рвота, боли в животе, тахикардия, мышечная слабость, проявления мочекаменной болезни, полиурия, снижение умственных способностей, депрессия. На рентгенограммах отмечаются диффузный остеопороз и разрушение компактного слоя

Артропатии при хронических заболеваниях кишечника

- **При НЯК**, кроме кишечных симптомов и суставного синдрома, возможны и другие системные проявления колита: перианальное воспаление, псевдополипы, узловатая эритема, гангренозная пиодермия, иридоциклит. В большинстве случаев поражаются крупные суставы, рецидив болезни связан с основным заболеванием, боли летучеподобные.
- **При болезни Крона** могут наблюдаться кишечные симптомы в виде болей в животе, жидкого стула с примесью крови, сочетающиеся с артритом суставов ног, миопатией, узловатой эритемой, стоматитом, иритом, остеомиелитом правого крыла подвздошной кости, изменением пальцев в виде “барабанных палочек”. При язвенном колите и болезни Крона иногда выявляются рентгенологические признаки сакроилеита

Метаболические артропатии.

При генерализованном амилоидозе могут наблюдаться полиартралгии, преходящие и стойкие артриты. Однако, это заболевание характеризуется полисистемностью поражений, что необходимо учитывать при дифференциальной диагностике. При этом возможны также псевдосклеродермическое поражения кожи, мышц, сухожилий, развитие полинейропатии, геморрагий, амилоидного нефроза, поражение сердца, печени, селезёнки. Характерно увеличение СОЭ.



Метаболические артропатии.

При ксантоматозе суставной синдром может варьировать от артралгий до упорных рецидивирующих артритов, имитируя картину подагрического приступа, ревматоидного артрита. Чаще поражаются коленные суставы. Обычно процесс носит асимметричный характер. Суставной синдром при ксантоматозе связан со II типом гиперлиппротеинемии (гипер- β -липпротеинемия).

Ксантоматоз проявляется также ксантомами кожи, ксантелазмами век, отложением липидов во внутренней оболочке сосудов и изредка в других органах, включая суставы. В этих случаях врач общей практики должен определить показатели липидного обмена.

У больных гемохроматозом могут поражаться коленные, тазобедренные суставы и суставы кистей. Гемохроматоз часто ассоциируется с хондрокальцинозом. Для уточнения диагноза необходимо определение содержания железа в

Диабетическая остеоартропатия – это синдромо-комплекс асептической деструкции костей и суставов при сахарном диабете, развивающийся на фоне периферической нейропатии (стопа Шарко). Наиболее часто страдают плюсне-предплюсневая часть стопы и голеностопный сустав. Костные изменения проявляются остеопорозом, остео-лизисом, гиперостозом. Рентгенологически выявляются выраженная костная деструкция с секвестрацией и резорбцией костной ткани.

У больных **акромегалией** имеет место

Климактерические или овариогенные артропатии характеризуются суставными болями в ночное время, после нагрузки, переохлаждения. Одновременно могут наблюдаться парестезии и вазомоторные нарушения. Противовоспалительные препараты малоэффективны.

Во всех случаях при назначении лечения ВОП должен учитывать рекомендации эндокринолога

Исследования (лабораторно-инструментальные)

Ревматизм

3.1. категория: ЭКГ
3.2. категория: Ревмопроба,
ЭхоКГ

**Ревматоид
ный
артрит**

3.2. категория: рентгенография
суставов, латекс тест или
реакция Волер-Роуз или
острофазовые пробы

ДБСТ

3.2. категория:
Определение LE- клеток
Биопсия кожи
Рентгенография легких
ЭКГ
Определение креатинина крови
Определение в крови КФК,
альдолазы, трансаминаз
Острофазовые показатели
Коагулограмма

**Общий
анализ
крови,
мочи**

**Болезнь
Бехтерева**

3.2.категория:
рентгенография
позвоночника
Острофазовые
показатели

Подагра

3.2.категория:
Определение в крови
мочевой кислоты
Креатинина крови
Проба Зимницкого
УЗИ почек

**Заболевания
кишечника
(НЯК,
болезнь
Крона)**

3.2.категория:
Колоноскопия и
рентгенография жкт

Общий
анализ
крови,
мочи

**Инфекционные
артриты**

3.2.категория:

Реакция Райта-Хеддельсона

Посев выделяемых уретры

Посев кала

RW

Серологическое
исследование

Посев из зева

ИФА

Рентгенграфия
позвоночника и
тазобедренных суставов

Рентгенография легких

**Общий
анализ
крови,
мочи**

ДОА

3.2.категория:

рентгенография суставов

Общие принципы лечения артритов и артрозов.

Лечение должно быть максимально ранним, этапным и преемственным.

Позднее, после стационарного лечения в остром периоде, предполагается продолжение лечебных мероприятий в СП или в СВП.

При наличии показаний в санаторно-курортных условиях ввиду склонности заболеваний суставов к хроническому прогрессирующему течению с периодическими обострениями и в связи с необходимостью длительного

Принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии





Базисные ПВ препараты
(Аминохинолиновые, препараты золота, купренил и другие)

Лечебная физкультура

Симптоматическое лечение
(НПВС)

Глюкокортикоиды
(при высокой активности процесса и висцеральных поражениях)

Ревматоидный артрит

Внутриорганный специфическая терапия

Иммунодепрессанты – цитостатики
(при высокой активности процесса и висцеральных поражениях)

Внутрисуставные инъекции
(кеналог, дипроспан и другие)







Профилактика

Первичная профилактика

При РА, ББ, СКВ, ССД спец. профилактики нет. Рациональное питание. Санація очагов инфекции
Профилактика вирусных заболеваний

Вторичная профилактика

- Раннее обнаружение заболевания
- Лечение активности заболевания (аминохинолиновые, препараты золота, купренил, цитостатики, глюкокортикиды и другие, ФНО – α ингибиторы)
- Устранение инфекционного агента

Третичная профилактика

Лечебная физкультура
Хирургическая коррекция
Санаторно-курортное лечение

Диспансеризация

Диспансерные группы →

ДЗ

Основы наблюдения →

- **ДБСТ, РА, ББ:** 1 раз в год окулист, гинеколог, 2-3 раза ревматолог.
- **Инфекционные и реактивные артриты:** 2 раза в год уролог и гинеколог, также 1 раз в год окулист
- **Туберкулезный артрит** – наблюдение фтизиатр
- **Бруцеллезный артрит** – 2 раза в год инфекционист

Мониторинг →

В условиях СП и СВП
2 раза в год ОАК, ОАМ
1 раз в год ЭКГ, мочевина
1 раз в год офтальмоскопия