

УДК 616.72-009.62
ББК 55.6
Б793

Авторы: Н.А. Шостак, А.А. Клименко, Н.Г. Правдюк,
А.А. Мурадянц, Н.А. Демидова, А.А. Кондрашов

Боль в суставах : в 2 ч. / под ред. проф. Н.А. Шостак. – М.: ИД «АБВ-пресс», 2019. – (Болевые синдромы в практике клинициста ; вып. 2). Ч. 1: Остеоартрит, подагра, анкилозирующий спондилит / Н.А. Шостак, А.А. Клименко, Н.Г. Правдюк и др. – 152 с.: ил.

В книге рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза, классификации, а также современные методы диагностики, инструментальной оценки и лечения хронических заболеваний суставов: остеоартрита, подагры и анкилозирующего спондилита. Издание предназначено для широкого круга специалистов: неврологов, ревматологов, ортопедов, терапевтов, эндокринологов и врачей других специальностей, а также для студентов медицинских вузов.

ISBN 978-5-903018-80-2



© ООО «ИД «АБВ-пресс», 2019

Содержание

От редактора	8
Список сокращений	10
Глава 1. Остеоартрит	11
1.1. Определение, этиология и эпидемиология остеоартрита	13
1.2. Классификация остеоартритов	15
1.3. Факторы риска остеоартрита	17
1.4. Клиническая картина и диагностические критерии остеоартрита	18
1.5. Лабораторная и инструментальная диагностика остеоартрита	25
1.6. Алгоритм ведения пациента с остеоартритом	29
Глава 2. Подагра и подагрический артрит	45
2.1. Определение и этиология подагры	47
2.2. Клиническая картина подагры	50
2.3. Диагностика подагры	60
2.4. Лечение подагры	74

Глава 3. Анкилозирующий спондилит	101
3.1. Определение, распространенность и основные звенья патогенеза анкилозирующего спондилита	103
3.2. Вопросы современной классификации анкилозирующего спондилита	106
3.3. Клиническая картина анкилозирующего спондилита	110
3.4. Диагностика анкилозирующего спондилита	117
3.5. Лечение анкилозирующего спондилита	120
Приложения	133
Приложение 1	135
Приложение 2	138
Приложение 3	143
Рекомендуемая литература	145

Авторы



**Надежда Александровна
Шостак**

Д.м.н., профессор, заведующая
кафедрой факультетской
терапии им. академика
А.И. Нестерова ФГБОУ ВО
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Минздрава России, заслуженный врач России, член
президиума Ассоциации ревматологов России



**Алеся Александровна
Клименко**

К.м.н., доцент кафедры
факультетской терапии
им. академика А.И. Нестеро-
ва ФГБОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздра-
ва России

Диагностические критерии коксартроза.

Для постановки диагноза ОА тазобедренного сустава необходимо наличие боли в тазобедренном суставе и 2 признаков из следующих 2 категорий:

- клинические признаки:
 - утренняя скованность <60 мин;
 - внутренняя ротация <15°;
 - при сохранении внутренней ротации >15° – появление боли;
- клинико-лабораторные и рентгенологические признаки:
 - субхондральный склероз, неравномерное сужение суставной щели, остеофиты;
 - скорость оседания эритроцитов до 45 мм/ч.

Диагностические критерии ОА коленных суставов (R. Altman и соавт., 1986).

Клинические признаки:

- 1) боль в коленном суставе;
- 2) крепитация при активных движениях;
- 3) утренняя скованность <30 мин;

- 4) возраст >38 лет;
- 5) увеличение объема сустава при осмотре.

Диагноз ОА устанавливается при наличии признаков 1–4, или 1, 2, 5, или 1, 5.

Клинические, лабораторные и рентгенологические признаки:

- 1) боль в коленном суставе;
- 2) остеофиты;
- 3) синовиальная жидкость, характерная для ОА;
- 4) возраст >40 лет;
- 5) утренняя скованность <30 мин;
- 6) крепитация при активных движениях.

Диагноз ОА устанавливается при наличии признаков 1, 2, или 1, 3, 5, 6, или 1, 4–6.

Диагностические критерии ОА суставов кистей (Американская коллегия ревматологов, 1990):

- 1) боли и скованность в кистях;
- 2) увеличение объема 2 и более из 10 выбранных суставов кистей (двустороннее поражение 2–3

- дистальных межфаланговых суставов, 2–3 проксимальных межфаланговых суставов и 1 пястно-запястного сустава);
- 3) отек <3 пястно-фаланговых суставов;
 - 4) увеличение объема 2 и более дистальных межфаланговых суставов;
 - 5) деформации 2 и более из 10 выбранных суставов кистей.

Диагноз ОА устанавливается при наличии признаков 1–4 или 1–3, 5. Чувствительность критериев составляет 92 %, специфичность – 98 %.

Полиостеоартроз диагностируется при наличии симметричного двустороннего поражения не менее 4 различных групп суставов, включая дистальные и проксимальные межфаланговые суставы кистей. Данная форма заболевания встречается преимущественно у лиц женского пола и сопровождается тендопатиями, периаартритами и дископатиями (Н.А. Шостак, 2006).

Спондилоартроз – разновидность ОА с локализацией дегенеративного процесса в позвоноч-

но-двигательном сегменте (в том числе в фасеточных суставах).

1.5. Лабораторная и инструментальная диагностика остеоартрита

Программа обследования больного ОА:

- клинический анализ крови (с определением скорости оседания эритроцитов);
- биохимический анализ крови (определение уровней креатинина, аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы, холестерина, липопротеинов высокой и низкой плотности, триглицеридов, креатинфосфокиназы, глюкозы, общего билирубина, мочевой кислоты (МК), кальция, щелочной фосфатазы, общего белка, С-реактивного белка);
- исследование синовиальной жидкости (при наличии выраженного синовита);
- рентгенография суставов;

- ультразвуковое исследование суставов и мягких тканей (дополнительно);
- магнитно-резонансная томография (МРТ) суставов и мягких тканей (по показаниям);
- артроскопия (по показаниям).

Рентгенография остается наиболее простым и общедоступным методом исследования суставов, позволяющим провести оценку анатомических изменений структуры костей при ОА.

При **ОА коленных суставов** рекомендовано выполнять рентгеновский снимок в передне-задней и боковой проекциях в положении стоя, для исследования пателлофemorального сустава – снимок в боковой проекции при сгибании.

У лиц старше 40 лет с болью в коленных суставах, возникающей при нагрузке и сопровождающейся непродолжительной утренней скованностью, функциональными нарушениями, одним или несколькими типичными проявлениями, выявляемыми при осмотре (крепитация, ограничение движений, увеличение размеров сустава), диаг-

ноз ОА коленного сустава возможен без рентгенологического исследования.

При подозрении на **ОА тазобедренного сустава** рекомендовано проводить рентгенологическое исследование костей таза с захватом обоих тазобедренных суставов.

При **ОА мелких суставов кистей** рекомендовано проводить обзорную рентгенографию суставов 2 кистей в прямой проекции на одной пленке.

Рентгенологические стадии ОА (критерии Kellgren и Lawrence, 1957) представлены на рис. 2–5.

Примеры формулировки диагноза:

- ✓ первичный локализованный ОА. Двусторонний гонартроз, III стадия, функциональная недостаточность III степени. Синовит правого коленного сустава;
- ✓ генерализованный ОА (полиостеоартроз), узелковая форма (узелки Гебердена и Бушара). Двусторонний коксартроз, II стадия, функциональная недостаточность II степени;



Рис. 2. Стадия I. Сомнительные рентгенологические признаки



Рис. 3. Стадия II. Минимальные изменения; небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты

- ✓ двусторонний гонартроз, стадия III, ФН 3. Посттравматический артроз правого локтевого сустава. Спондилоартроз грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника;
- ✓ сахарный диабет II типа. Диабетическая остеоартропатия с поражением коленных и плечевых суставов.



Рис. 4. Стадия III. Умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты



Рис. 5. Стадия IV. Суставная щель значительно сужена или отсутствует, склероз субхондральной кости, грубые остеофиты

1.6. Алгоритм ведения пациента с остеоартритом

Терапевтическая тактика при ОА:

- 1) механическая разгрузка пораженных суставов;
- 2) купирование синовита и болевого синдрома;

2.4. Лечение подагры

Цель лечения больного подагрой заключается в достижении клинического улучшения при остром и хроническом артрите, предотвращении рецидивов артрита и поражения внутренних органов, лечении коморбидной патологии, улучшении качества жизни пациента.

Цель лечения – отсутствие хронического течения артрита, приступов острого артрита при интермиттирующем течении, возможное при достижении нормальной концентрации МК <360 мкмоль/л. Меньший целевой сывороточный уровень МК 300 мкмоль/л (<5 мг/дл) рекомендован для более быстрого растворения кристаллов у больных с тяжелой подагрой (наличие тофусов, хронической артропатии, частых приступов) вплоть до полного растворения кристаллов и излечения подагры. Необходимо убедить больного вести активный образ жизни, нормализовать массу тела, соблюдать диету, исключить прием алкоголя.

Диета. Больной подагрой должен соблюдать диету с низким содержанием пуринов, а именно избегать употребления:

- субпродуктов с высоким содержанием пуринов (печень, почки);
- газированных напитков и других напитков и блюд с высоким содержанием фруктозы;
- алкоголя (более 2 доз в день для мужчин и 1 дозы в день для женщин – всем пациентам с подагрой и любого его количества – пациентам с частыми атаками или при прогрессирующем течении болезни с плохим контролем).

Ограничить употребление:

- говядины, свинины, баранины;
- морепродуктов с высоким содержанием пуринов (сардины, улитки);
- натуральных сладких фруктовых соков;
- сахара, сладких напитков и десертов;
- соли (в том числе соусов, подлив);
- алкоголя (особенно пива, вина и крепких напитков).

И больше употреблять овощей и обезжиренных или низкожирных молочных продуктов.

При всех формах подагры назначают обильное питье до 2,5 л в сутки: отвары плодов шиповника, яблок, соки из свежих сырых ягод, фруктов, мочегонный чай. Показан прием минеральных вод («Славяновская», «Смирновская», «Боржоми» и др.).

Количество белков сокращается до 1 г/кг, жиров – до 1 г/кг и менее, потребность в калориях удовлетворяется в основном за счет углеводов.

Медикаментозная терапия. Выбор медикаментозной терапии зависит от конкретной ситуации. Принципиально лечение зависит от клинической формы заболевания – условно это пациенты с наличием ГУ без приступов острого артрита в анамнезе, с приступами острого артрита и хроническим артритом, и наличием тофусов.

Бессимптомная ГУ. Необходимо помнить, что бессимптомная ГУ не приравнивается к подагре. В настоящее время нет данных, доказыва-

ющих необходимость проведения лекарственной терапии для поддержания у таких пациентов нормоурикемии. Основным методом терапии в этом случае является лечение коморбидных заболеваний, коррекция пищевого рациона и образа жизни.

Острый подагрический артрит. Для купирования острого подагрического артрита применяются НПВП, колхицин, ГК (рис. 13, табл. 7).

Лечение острого подагрического артрита вне зависимости от выбранного препарата должно быть назначено как можно раньше, оптимально – в течение 24 ч с момента развития атаки (см. рис. 13). Если пациент принимал препараты, снижающие уровень МК, до развития острой атаки (аллопуринол, фебуксостат), их прием не следует прерывать в течение всего приступа.

Лечение НПВП проводится полной дозой, если это возможно, до полного исчезновения симптомов. Необходимо отметить, что ни один из препаратов группы НПВП не выделяется в качестве наилучшего для терапии 1-й линии. Ингибиторы

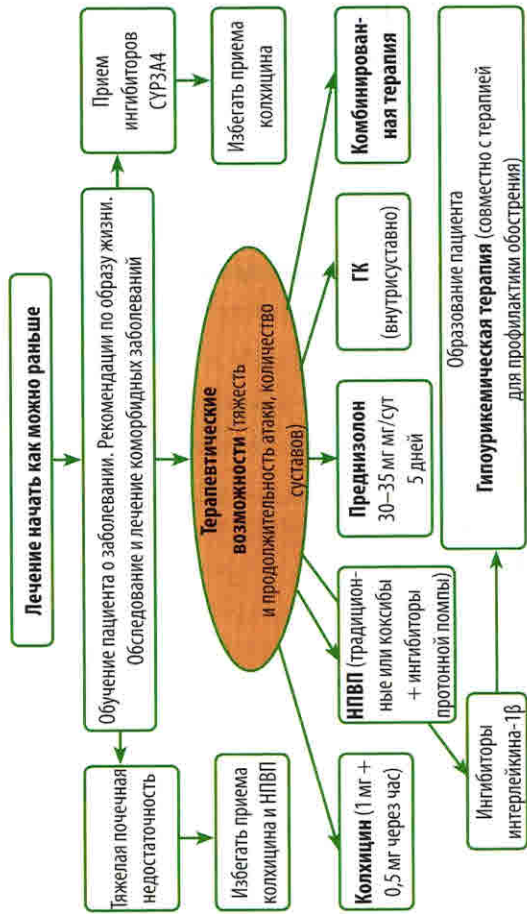


Рис. 13. Терапевтические возможности ведения больного острым подагрическим артритом

Таблица 7. Фармакологические возможности лечения острого подагрического артрита

Группа препаратов	Рекомендуемая доза	Клинические особенности
НПВП (селективные и неселективные)	Для выбора дозы препарата необходимо обратиться к аннотации (вкладышу) в его упаковке или к информации, представленной на сайте государственного реестра лекарственных средств	1. Раннее назначение НПВП дает наиболее значимый анальгетический эффект. 2. Необходимо использовать с осторожностью при наличии у пациента коморбидных состояний/заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, включая артериальную гипертензию и сердечную недостаточность, тяжелая почечная или печеночная недостаточность, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки и др.)