УДК 616.72-079.4:614.253

Оцінювання пацієнта із суглобовим синдромом у практиці сімейного лікаря

Л.В. Хіміон
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті наведено тактику лікаря загальної практики–сімейного лікаря під час лікування пацієнтів різного віку із суглобовим синдромом.
Ключові слова: *суглобовий синдром, тактика сімейного лікаря, загальна практика–сімейна медицина.*

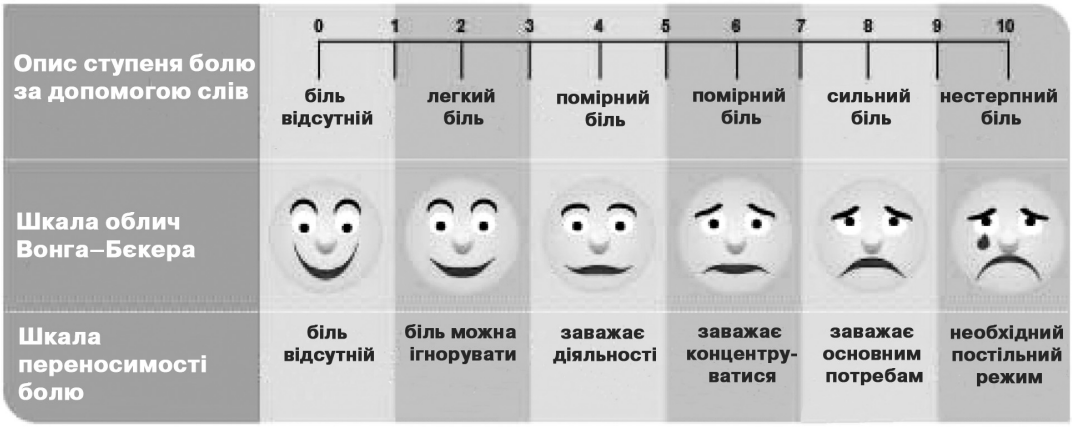
Різні види суглобово-м'язового болю є однією з найчастіших причин звернення за медичною допомогою. Під час оцінювання пацієнта зі скаргами на біль слід пам'ятати, що біль є дуже суб'єктивним відчуттям, оцінювання інтенсивності якого значно залежить як від біологічних, так і від культурологічних, релігійних, психологічних та інших особливостей пацієнта, а також від віку, статі і навіть від оточення (наприклад, скарги на біль можуть значно відрізнятися в присутності друзів, членів родини та за інших обставин).

Для об'єктивізації оцінювання та моніторингу динаміки інтенсивності будь-якого болю, в тому числі суглобового та кістково-м'язового, використовують візуальну аналогову шкалу болю (ВАШ), яка представляє собою лінійку довжиною 100 мм, де позначка 0 відповідає значенню «біль відсутній», 100 мм – «максимальний біль» (мал. 1). Для оцінювання вираженості больових відчуттів пацієнту пропонують зробити на шкалі вертикальну позначку, яка відповідає інтенсивності болю. Для дітей дошкільного віку пропонують видозмінену ВАШ, на якій зображені обличчя-маски, вираз яких відповідає визначеній силі болю (мал. 1).

Суглобовий синдром об'єднує біль (неприємні відчуття, дискомфорт) в суглобах, деформацію або дефігурацію суглобів та порушення функції в різних комбінаціях. Загалом, больові відчуття в суглобах, що супроводжуються класичними об'єктивними ознаками запалення (набряк, почервоніння та підвищення локальної температури) відносять до артритів, а біль без ознак запалення – до артралгій. Ураження 1 суглоба називають моноартритом, 2–4 суглобів – олігоартритом, 5 і більше суглобів – поліартритом. За тривалістю суглобового синдрому виділяють гостре ураження суглобів – до 3 міс (за деякими авторами – до 6 тиж), підгостре – 3–6 міс, довше 6 міс – хронічне.

Умовно суглобовий біль підрозділяють на 2 основних види – запальний і незапальний. При запальному характері болю (наприклад, при ревматоїдному артриті) біль посилюється в ранні ранкові години, після спокою, при рухах, супроводжується тривалою ранковою скутістю (більше 40–60 хв); супроводжується об'єктивними ознаками запалення (при огляді – припухлість суглобу, почервоніння шкіри та підвищення її температури над суглобом, при лабораторному обстеженні – підвищення ШОЕ, рівня С-реактивного білка (СРБ); запальний біль в колінних суглобах посилюється при підйомі сходами. Незапальний вид болю є типовим для остеоартрозу, при цьому характерним є посилення болю при навантаженні суглобів масою тіла, при ураженні колінних суглобів – при спусканні по сходах, ранкова скутість не перевищує 40 хв, рухи в суглобах супроводжуються характерним хрустом та крепітацією; зазвичай, біль зменшується в стані спокою та після відпочинку. Безумовно, слід пам'ятати, що запальний і незапальний біль можуть співіснувати; особливу важливість уточнення характеру болю має первинний огляд хворого зі скаргами на суглобовий біль.

У будь-якому випадку при оцінюванні пацієнта із суглобовим синдромом слід пам'ятати, що деякі хворі не можуть відрізнити біль в суглобі від м'язового, сухожилкового болю; що біль в суглобах/кістках може бути проявом нейропатії, неврологічної патології та захворювань внутрішніх органів (наприклад, біль у плечі, нижній щелепі, грудино-реберних з'єднаннях – при стенокардії та інфаркті міокарда; біль у коліні при радикуліті, синовіїті кульшового суглоба; біль в променево-зап'ястковому суглобі при тунельному синдромі), а також проявом дисметаболічних процесів при остеопорозі (будь-якого ґенезу), порушеннях функції щитоподібної залози, дефіциті вітаміну D та інших станах і захворюваннях. Досить часто суглобовий синдром є ранньою маскою онкологічного захворювання практично будь-якої локалізації, а також системним проявом при захворюваннях



Мал. 1. Візуальна аналогова шкала болю

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА №1 (57), 2015
ISSN 2307-5112

кишечнику (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона) та гепатитах.

Причини виникнення суглобового синдрому багаточисельні – це більш ніж 80 ревматичних хвороб і декілька десятків неревматичних. Визначитись із попереднім та остаточним діагнозом буває досить складно навіть досвідченому ревматологу. Однак в багатьох випадках значну кількість інформації може одержати саме сімейний лікар, тому що саме при першому контакті з пацієнтом, який ще не отримує медикаментозного лікування, добре пам'ятає деталі початку та розвитку симптомів, можна одержати важливу інформацію, яка в подальшому сприятиме вчасному і точному діагнозу. Сімейному лікарю слід пам'ятати, що при оцінюванні хворого із суглобовим синдромом найважливіша діагностична інформація, яка ляже в основу тактики ведення хворого, на 80% є результатом бесіди, збору анамнезу і огляду пацієнта і лише на 20% – одержується із результатів додаткових (рентгенологічних, лабораторних) обстежень. Проводити таке обстеження і одночасно спостереження за динамікою вперше виниклого суглобового синдрому може як досвідчений сімейний лікар, так і сімейний лікар у співпраці із ревматологом, травматологом, неврологом та іншими спеціалістами. Водночас лікарю загальної практики необхідно пам'ятати, що невідкладне направлення до вузького спеціаліста необхідне в наступних випадках («червоні прапорці» при суглобовому синдромі):

– наявність виражених загальних/системних симптомів (лихоманка, анорексія, схуднення, лімфаденопатія/спленомегалія);

– виражені відхилення в загальному аналізі крові (анемія, цитопенія, значне підвищення ШОЕ);

– виражені порушення центральної нервової системи, внутрішніх органів (задишка, набряки, жовтяниця, біль у животі, шуми в серці);

– геморагічний синдром;

– дані анамнезу про нещодавно перенесену будь-яку інфекцію або підозра на інфекційний артрит (наявність будь-якого інфекційного агента безпосередньо в суглобі).

Окрім того, невідкладної консультації потребують пацієнти, які, на думку сімейного лікаря, не відповідають рівню його досвіду або компетенції, або є проблематичними з діагностичної та лікувальної точки зору. Після консультації вузького спеціаліста сімейний лікар обов'язково має провести консультування хворого – для узгодження діагностичних та лікувальних призначень з точки зору холістичного підходу, тобто враховуючи індивідуальні особливості пацієнта, коморбідність, економічні проблеми та інші аспекти.

Сценарій оцінювання пацієнта із суглобовим синдромом

1. Запитати:

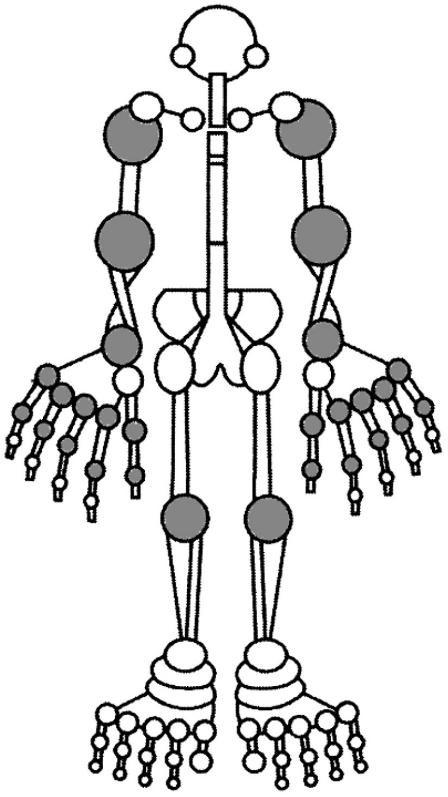
– про причини, які спричиняють, посилюють або ослабляють біль та інші симптоми суглобового синдрому (добові коливання болю, вплив навантаження, пасивних рухів, положення тіла та кінцівок; вплив алкоголю та їжі);

– анамнез (загальна тривалість суглобового синдрому, наявність ремісій, ураження різних суглобів; зв'язок із травмою, інфекцією, їжею та алкоголем; укуси (кліщ); перенесені раніше і наявні хронічні захворювання (онкопатологія, гепатити, запальні захворювання кишечнику, захворювання, що передаються статевим шляхом; гострі кишкові інфекції; кон'юнктивіт, іридоцикліт, порушення функції щитоподібної залози);

– про наявність інших симптомів одночасно із суглобовим синдромом та перед його виникненням (висипка на шкірі, лихоманка, загальна слабкість, схуднення, біль у м'язах, задишка і набряки, слабкість в окремих групах м'язів; мерзлякуватість кінцівок; діарея; уретрит, цервіцит);

– ревматичні захворювання у родичів першої лінії;

– заняття спортом, професійний анамнез.



Мал. 2. Схема огляду суглобів

2. Визначити:

– кількість уражених суглобів шляхом проведення огляду, пальпації та рухів в суглобах (див. мал. 2): при першому зверненні пацієнта із скаргами на суглобовий біль рекомендується ретельний огляд практично всіх суглобів для визначення кількості болючих і припухлих суглобів (на мал. 2 обведено білими кружками), у подальшому, якщо у хворого встановлено діагноз ревматоїдного артриту – можливим є застосування скороченої оцінки 28 суглобів (на мал. 2 показано червоними кружками);

– при огляді і оцінюванні ураженого суглоба завжди порівнюють одержані дані із симетричним суглобом;

– наявність артриту (шляхом оцінювання набряку та підвищення локальної температури над ураженим суглобом);

– наявність системного ураження шляхом проведення повного фізикального обстеження (ураження 2 і більше систем, яке не можна пояснити іншими причинами, потребує виключення системних ревматичних захворювань).

3. Тактику ведення пацієнта:

– за відсутності «червоних прапорців» призначити обстеження (всім хворим: загальний аналіз крові, рівень СРБ, рентгенографія ураженого суглоба/суглобів); лікування (нестероїдні протизапальні препарати) та наступну консультацію за результатами обстеження;

– за наявності показань – негайне скерування на спеціалізований рівень медичної допомоги.

При оцінюванні суглобового синдрому у дітей слід пам'ятати, що основну інформацію можна одержати від самої дитини (віком від 4–5 років) та від особи, що доглядає за дитиною (на прийом до лікаря дитину може привести батько, а доглядає за дитиною бабуся, – тому інформація від батька може бути недостовірною). Водночас, слід брати до уваги, що дітям часто дуже складно описати відчуття і скарги та локалізувати біль; навіть за наявності запального процесу в суглобі дитина може скаржитись лише на стомлюваність кінцівки.

Найбільш часті причини суглобового синдрому у пацієнтів різних вікових груп

Вікова група	Гострий суглобовий синдром	Підгострий/хронічний суглобовий синдром
Діти (до 15 років)	Травма Інфекційний артрит (в тому числі вірусний) Пухлина	Ревматоїдний артрит Ювенільний ідіопатичний артрит
Молодий вік (15-30 років)	Травма Інфекційний артрит Реактивний артрит (хвороба Рейтера, хвороба Лайма та інші) Гостра ревматична лихоманка Пухлина	Анкілозувальний спондилоартрит (хвороба Бехтерева) Ревматоїдний артрит Серонегативний спондилоартрит (псоріатичний, при захворюваннях кишечнику) При системних захворюваннях сполучної тканини
Середній вік (31-60 років)	Травма Мікрокристалічний артрит (подагра, псевдоподагра) Паранеопластичний артрит Остеоартроз	Ревматоїдний артрит Хронічний подагричний артрит Анкілозувальний спондилоартрит Остеоартроз
Старший вік (> 60 років)	Остеоартроз Паранеопластичний артрит Ревматична поліміалгія	Остеоартроз Ревматоїдний артрит

Огляд дітей слід проводити в спокійній атмосфері, починаючи з ігрових елементів (з дітьми молодшого віку), болючі суглоби обстежують останніми; одночасно ретельно оглядають шкіру, проводять пальпацію лімфатичних вузлів із наступним повним фізикальним обстеженням.

Визначитись із попереднім діагнозом і відповідно тактикою ведення пацієнта із суглобовим синдромом допоможе наступна статистична інформація.

Найбільш часті причини гострого моно-/олігоартикулярного суглобового синдрому у дорослих:

– подагра (типовим є гостре ураження I плесно-фалангового суглоба із інтенсивним болем, почервонінням і набряком суглоба, що виникає вночі, часто провокується вживанням алкоголю і багатої на пурин їжі; типовим пацієнтом є чоловік, старший за 40 років);

– спондилоартрит (типовим є гостре ураження суглоба/суглобів нижніх кінцівок, яке супроводжується болем у нижній частині спини (біль у спині може тривати декілька років перед появою артриту суглобів кінцівок) і ознаками ентезитів/тендинітів (запалення у місцях прикріплення сухожилків). Розвитку артриту може передувати уретрит, цервіцит, кон'юнктивіт, гострий ентероколіт або захворювання, що передаються статевим шляхом (при реактивному артриті або хворобі Рейтера); в анамнезі або при огляді можна виявити симптоми хронічного запального захворювання кишечнику (при спондилоартриті, пов'язаному із хворобою Крона, неспецифічним виразковим колітом); псоріаз; типовим пацієнтом є чоловік віком до 40 років;

– остеоартроз із синовіїтом (запаленням синовіальної оболонки) – типовим є ураження колінного суглоба, п'ясткова-фалангового суглоба I пальця у віці після 40 років;

– гемартроз (травма, порушення коагуляції – вроджені та набуті);

– нетиповий дебют ревматоїдного артриту (частіше у жінок перименопаузального віку);

– хвороба Лайма (в анамнезі – укус кліща, мігруюча еритема – може бути відсутня на момент розвитку артриту); може супроводжуватись симптомами ураження центральної нервової системи, серця; частота збільшується в ендемічних районах!

– септичний або інфекційний артрит (супроводжується лихоманкою, найчастішім збудником є золотистий стафілокок; виникненню артриту може передувати травма, оперативне втручання на кістках або суглобах, зниження імунітету, сепсис; частіше виникає на тлі цукрового діабету, імунодефіциту, у осіб похилого віку).

Слід пам'ятати, що деякі хворі не можуть відрізнити біль у суглобах від болю у м'язах (наприклад, при поліоміозиті) – тут може допомогти пальпація і пасивні рухи в суглобах; у осіб старшого віку (старше 60–65 років) інтенсивний біль в плечовому і тазовому поясі (часто гостро виникає неможливість підняти руку в плечовому суглобі або підняти ногу на сходинку), супроводжується слабкістю і підвищенням ШОЕ, часто пов'язані із ревматичною поліміалгією. Як і у випадку поліміозиту, такі пацієнти потребують ретельного обстеження для виключення онкопатології (найчастіше – легень, яєчників, щитоподібної залози).

Найбільш часті причини гострого моно-/олігоартикулярного суглобового синдрому у дітей:

– травма та її наслідки (перерозгинання кінцівки, удар; гемартроз);

– пухлина (артрит, асоційований із лейкозом, нейробластомою; саркома);

– вірусний артрит (під час вірусної інфекції або після вакцинації; часто асоційований із висипкою на шкірі; в тому числі може бути асоційованим із вірусним гепатитом);

– хвороба Лайма (часта причина в ендемічних регіонах, поєднується із мігруючою еритемою після укусу кліща);

– гостра ревматична лихоманка (зв'язок із перенесеною інфекцією зіва, спричиненою бета-гемолітичним стрептококом групи А, швидкоминуча висипка на шкірі, часто – шуми в серці);

– ювенільний ідіопатичний артрит (в 60% вражається 1 суглоб, часто – колінний, в 30% – 2 суглоби, типово розвивається у віці 1–3 років);

– ювенільний спондилоартрит (хворіють діти від 8 років, частіше хлопчики, супроводжується іридоциклітом, скутістю в нижній частині спини);

– інфекційний артрит (у дітей віком до 5 років найбільш частий збудник – гемофільна паличка, у старших дітей – золотистий стафілокок; туберкульозний – на тлі ураження легень зі швидкою деструкцією, на тлі сепсису, імунодефіциту);

– псоріатичний спондилоартрит (часто – на тлі ураження шкіри, нігтів. Однак у частині випадків розвиток артриту випереджає появу типової висипки на шкірі – в такому випадку може допомогти сімейний анамнез псоріазу);

– артрит при системному червоному вовчаку (фотосенсибілізація, висипка на обличчі, ураження 2 і більше систем органів).

При оцінюванні пацієнта з гострим суглобовим синдромом слід також брати до уваги, що такий стан може бути початковим етапом розвитку хронічного ревматичного захворювання, першою ознакою вторинного ураження суглобів (при гепатиті, паранеопластичному синдромі, запальному захворюванні кишечнику), а отже хворий потребує подальшого спостереження і активного обстеження.

Основні причини поліартикулярного хронічного суглобового синдрому у дорослих:

– ревматоїдний артрит (частіше хворіють жінки після 50 років; характерним є симетричний поліартрит з ураженням дрібних суглобів кистей, п'ястково-фалангових та проксимальних міжфалангових суглобів із розвитком необоротних ерозивно-анкілозувальних змін в суглобах; часто супроводжується системними проявами: анемією, лихоманкою, лімфаденопатією; в крові виявляють ревматоїдний фактор і/або антитіла до циклічного цитрульованого пептиду);

– остеоартроз із поліартикулярним ураженням (часто супроводжується формуванням остеофітів біля дистальних та проксимальних міжфалангових суглобів кистей – вузликів Гебердена, Бушара), типовий пацієнт – віком від 50 років із надлишковою масою тіла;

– хронічний подагричний артрит (супроводжується формуванням тофусів у навколосуглобових та інших м'яких тканинах; загострення провокуються алкоголем та багатою на пурини їжею; частіше хворіють чоловіки після 40 років; може виникати на тлі ураження нирок);

– спондилоартрити (псоріатичний – супроводжується висипкою на шкірі, ураженням нігтів, болем і скутістю в нижній частині спини; анкілозувальний – супроводжується тривалим анамнезом болю і скутості в нижній частині спини, іридоциклітом, порушенням рухових можливостей хребта; на тлі запальних захворювань кишечнику; типово хворіють чоловіки молодого віку);

– системний червоний вовчак (типовий пацієнт – молода жінка, часто захворювання починається після пологів; супроводжується висипкою на шкірі, випадінням волосся, лімфаденопатією, лихоманкою та іншими системними симптомами та ураженнями).

Найбільш часті причини поліартикулярного хронічного суглобового синдрому у дітей (таблиця):

– ювенільний ревматоїдний артрит;

– ювенільний спондилоартрит;

– ювенільний ідіопатичний артрит.

Оценка пациента с суставным синдромом в практике семейного врача

Л.В. Химион

В статье приведена тактика врача общей практики–семейного врача при лечении пациентов разного возраста с суставным синдромом.

Ключевые слова: *суставной синдром, тактика семейного врача, общая врачебная практика–семейная медицина.*

Evaluation of patient with joint pain in family practice

L. Khimion

The strategy of general physician–family doctor for patients of different ages with joint pain is given in the article.

Key words: *joints pain, strategy of family doctor, general practice-family medicine.*

Сведения об авторе

Химион Людмила Викторовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: ludmilahimion@hotmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Національний підручник з ревматології / В.М. Коваленко, Н.М. Шуба, В.К. Казимирко [та ін.]; за ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К. : МОРІОН, 2013. – 671 с.

2. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines / Arthritis Rheum. – Jan. 1996. – N 39(1). – P. 1–8.

3. Bliddal H, Danneskiold–Samsoe B. Chronic widespread pain in the spectrum of rheumatological diseases / Best Pract Res Clin Rheumatol. – Jun. 2007. – N 21 (3). – P. 391–402.

4. Carragee EJ. Clinical practice. Persistent low back pain / N Engl J Med – May 5, 2005. – N 352 (18). – P. 1891–1898.

5. Feinstein DE, Brent LH. The complexity of the differential diagnosis for the inflammatory arthritides / Postgrad Med. – May 2006. – Spec No. – P. 12–23.

6. Felson DT. Clinical practice. Osteoarthritis of the knee / N Engl J Med. – Feb 23, 2006. – N 354 (8). – P. 841–848.

7. Genes N, Chisolm–Straker M. Monoarticular arthritis update: Current evidence for diagnosis and treatment in the emergency department/ Emerg Med Pract. – May, 2012. – N 14 (5). – P. 1–19; quiz 19–20.

8. Hannu T. Reactive arthritis / Best Pract Res Clin Rheumatol. – Jun 2011. – N 25 (3). – P. 347–357.

9. Lane NE. Clinical practice. Osteoarthritis of the hip/ N Engl J Med. – Oct 4, 2007. – N 357 (14). – P. 1413–1421.

10. Pinals RS. Polyarthritis and fever / N Engl J Med. – Mar 17, 1994. – N 330 (11). – P. 769–774.

11. Painful knee / K. Selvarajan, R. Vadivelu, T.P. Green [et al.] / Postgrad Med J. – Sep 2004. – N 80 (947). – P. 556–558.

12. Woolf AD, Akesson K. Primer history and examination in the assessment of musculoskeletal problems / Nat Clin Pract Rheumatol. – Jan 2008. – N 4 (1). – P. 26–33.

Статья поступила в редакцию 27.01.2015