

## **Клинические особенности моноартрита на приеме врача общей практики**

Артрит – это собирательное понятие различных воспалительных заболеваний суставов. Артрит может выступать как самостоятельное заболевание, или быть проявлением другой патологии. Моноартрит- это воспалительный процесс происходящий в одном суставе.

Артрит по МКБ разделяется на несколько групп в зависимости от этиологии:

- воспалительный (подагра, ревматоидный, псориатический)
- дегенеративный (остеоартрит)
- инфекционный (реактивный, туберкулезный, гнойный)
- вторичный (как осложнение сопутствующих заболеваний)

Несмотря на разнообразие проявлений, некоторые симптомы артрита проявляются всегда: отек и припухлость пораженного сустава, гиперемия и гипертермия кожи над пораженным суставом, ограничение подвижности в суставе, сопровождающееся болью, скованностью разной степени выраженности. Боль, которую вызывает артрит, проявляется в наибольшей степени к концу ночи и утром, и уменьшается после того, как человек встает и разминается, хорошо купируется приемом НПВС. В лабораторных анализах отмечается повышение СРБ, СОЭ.

Если к врачу общей практики пришел пациент, у которого наблюдается поражение нескольких суставов (полиартрит), то врач общей практики без сомнений направит его на консультацию к ревматологу. А вот когда поражен только один сустав, то с этим сложнее.

Рассмотрим кратко основные клинические особенности поражения одного сустава с его припуханием при разных заболеваниях на амбулаторном приеме у врача общей практики, чтобы правильно и своевременно назначить лечение и направить пациента к узкому специалисту (ревматологу, хирургу, травматологу). Для этого очень важно собрать полный анамнез заболевания (когда появился артрит, что его спровоцировало, есть ли семейный анамнез, есть ли связь с инфекцией, был ли артрит ранее), жалобы (какая боль, чем усиливается, что облегчает боль, в какое время боль сильнее, есть ли другие симптомы). Локализация моноартрита тоже очень важна, т.к. для некоторых заболеваний есть характерные суставы и, именно по ним можно предположить причину моноартрита.

### **1. Остеоартрит с синовитом**

При остеоартрите с синовитом чаще всего поражается коленный сустав. Преимущественно страдают пожилые лица с ожирением, ведущие малоподвижный образ жизни. В отличие от других артритов, здесь не будет изменений в лабораторных анализах (повышение СРБ, СОЭ), сустав не будет

гиперемирован, боль и ограничение в суставе будут больше после нагрузки, улучшаться в покое.

## **2. Повреждение мениска коленного сустава (чаще медиального).**

Возникает при резкой фиксированной ротации туловища вместе с бедром при фиксированной стопе и одновременном разгибании ноги в коленном суставе; или при резком приседании с элементом наружного отклонения голени и внутренней ротации бедра, т е пациент может не отмечать факта травмы сустава. Возникает чаще у пациентов с остеоартритом. Возникает резкая боль, может быть блокада сустава, формирование небольшой сгибательной контрактуры, припухание сустава. Пациент может точно назвать время возникновения боли, указать четкую локализацию (медиальная часть коленного сустава).

## **3. Подагра**

Преимущественно болеют мужчины. Характерен приступообразный характер (внезапное начало, быстрое нарастание интенсивных болей с максимумом в течение 24 часов, спонтанная регрессия симптомов). Приступ провоцируется травмами, физическими нагрузками, эмоциональным стрессом, погрешностями в диете, употреблением алкогольных напитков, инфекциями, хирургическими вмешательствами (3-4 день), некоторыми лекарственными средствами (мочегонные, витамин В12, противовоспалительные средства, низкие дозы аспирина). Как правило, моноартрит поражает 1-ый плюснефаланговый сустав стопы (80% случаев), реже другие суставы стопы, голеностопные, коленные, суставы верхних конечностей; часто сопровождается лихорадкой.

## **4. Ранний ревматоидный артрит (РА)**

Наиболее типичным, но далеко не универсальным вариантом начала болезни является симметричный артрит с поражением суставов кистей и стоп. Но РА может начинаться и с выраженных общих проявлений, таких как утомляемость, лихорадка, похудание, которые в ряде случаев на несколько недель или месяцев опережают появление классических признаков воспаления суставов. Иногда заболевание начинается с рецидивирующими эпизодами острого синовита, которые возникают внезапно, стихают через 1–2 дня и обычно ограничиваются вовлечением одного сустава. Лишь у 50% из этих больных в последующем развивается типичная картина РА и увеличение острофазовых показателей (СОЭ и/или СРБ), повышение титров ревматоидного фактора и АЦЦП, появление эрозий на рентгенограммах.

## **5. Псориатический артрит (ПсА)**

ПсА может развиваться в любом возрасте, мужчины и женщины болеют одинаково часто, имеющие родственников первой линии родства (до 40%). У 70 % лиц наблюдается моноартрит, обычно поражаются коленные, лучезапястные, голеностопные, локтевые суставы, а также суставы кистей и стоп. Со временем трансформируется в полиартрит. ПсА относится к подгруппе периферических спондилоартритов, поэтому в клинической картине наблюдаются энтезиты, дактилиты, сакроилиит, спондилит, поражения глаз, носительство антигена HLA B27 .

## **6. Анкилозирующий спондилит**

Преимущественно болеют молодые мужчины 15-40 лет. Характерным является поражение так называемых корневых суставов – тазобедренных (коксит) и плечевых (больше как энтезопатии). Поражение этих суставов начинается постепенно, носит симметричный характер, часто заканчивается анкилозированием. Нередко в дебюте заболевания в патологический процесс вовлекаются суставы нижних конечностей по типу моноолигоартрита. Вовлечение других периферических суставов возникает реже (локтевые, лучезапястные). В клинике присутствует воспалительная боль в спине (ночная боль, уменьшающаяся после физических нагрузок, хорошо купирующая приемом НПВС, без улучшения после отдыха, утренняя скованность), в т ч и в крестцово-подвздошных сочленениях (с наличием сакроилиита). Передний увеит, ириты и иридоциклиты (в данное время или в анамнезе) выявляются у 20% больных, иногда становятся “маркером” заболевания. Может быть семейный анамнез (носительство антигена HLA B27).

## **7. Реактивный артрит**

Заболеванию подвержены чаще лица в возрасте 20-50 лет, чаще мужчины, генетически предрасположенные (носительство антигена HLA B27). Артрит развивается чаще обычно остро, реже постепенно, после кишечной или мочеполовой инфекции через 3 дня-2 месяца. К моменту развития артрита инфекция входных ворот чаще проходит или протекает в стертой бессимптомной форме. Преимущественно поражаются суставы нижних конечностей (дебют) (коленные, голеностопные, плюсне-фаланговые, включая большие пальцы). Позже вовлекаются постепенно суставы снизу вверх (симптом «лестницы» ), восходяще разноименные суставы (симптом «спирали»). Присутствуют и общие проявления,

характерные для серонегативных спондилоартритов: энтезиты, сакроилеит, дактилиты, заболевания глаз (чаще конъюнктивит, реже кератит, увеит).

## 8. Инфекционные артриты

При **постстрептококковом артрите** преобладают пациенты 20-45 лет обоих полов, поражаются любые крупные и средние суставы, возможен артрит мелких суставов кистей. Артрит начинается в течение 7-10 дней после явной или (реже) клинически бессимптомной острой стрептококковой инфекции (тонзиллит, фарингит). Длительность артрита составляет не менее 2 месяцев, в отдельных случаях – до 1 года. Рецидивы редки.

Отличительной особенностью заболевания является характер артрита: поражаются как крупные, так и мелкие суставы, одновременно вовлекаются суставы при олиго- и полиартрите, характерен осевой тип поражения. У пациентов отмечается умеренная утренняя скованность. У всех пациентов есть артрит нижних конечностей, а у половины вовлекаются суставы нижних и верхних конечностей.

При **лайм-боррелиозе** моноартрит развивается на второй (ранней диссеминированной) стадия болезни Лайма. Поражаются преимущественно крупные и средние суставы (тазобедренные, коленные, плечевые, голеностопные, лучезапястные). Артрит часто локализуется поблизости от места присасывания клеща. В анамнезе есть факт присасывания клеща, наличие характерной клинической картины лайм-боррелиоза (кольцевидная или гомогенная зона гиперемии (первичная мигрирующая эритема) в месте укуса клеща, постепенно увеличивающаяся в размерах и сопровождающаяся общим недомоганием и гриппоподобным синдромом, болями в области шеи, лихорадкой, локальной лимфаденопатией). Артрит возникает через 3-4 месяца после заражения у 60% пациентов, иногда 2 лет. К моменту появления артрита первичная эритема, как правило, исчезает. Характерны умеренные или слабо выраженные признаки локального воспаления. Неустойчивая опухоль и боли в крупных суставах, особенно в коленных, как правило, возвращаются в течение нескольких лет. Пораженные коленные суставы обычно намного больше припухают, чем дают ощущение болезненности; они часто горячие, но редко краснеют. Могут сформироваться и прорваться кисты Бейкера. Часты изменения со стороны периартикулярных мягких тканей (тендиниты, тендовагиниты) в области пораженного сустава. Недомогание, усталость и небольшая лихорадка предшествуют или сопровождают приступы артрита. Приблизительно у 10% пациентов поражение коленного сустава является хроническим

(неремиттирующим до  $\geq 6$  месяцев). Артрит может сочетаться с поражением нервной системы (периферические нейропатии, энцефалопатия), сердца (нарушения ритма и проводимости и др.), вторичными эритематозными высыпаниями.

## 9. Гнойный артрит

Гнойный артрит может быть первичным и вторичным.

- При первичном артрите инфекция проникает в сустав при ранении.
- При вторичном - гематогенным или лимфогенным путём из различных очагов эндогенной инфекции, а также при распространении гнойного процесса с окружающих мягких тканей или костей.

Особенно тяжело протекают артриты коленного и тазобедренного суставов. Воспалительный процесс обычно начинается с поражения синовиальных оболочек - острый синовит. В суставе накапливается сначала серозный, а затем серозно-фибринозный и гнойный экссудат. Когда гнойный процесс распространяется на капсулу сустава, начинается гнойный артрит.

Развивается у молодых людей, принимающих в/в наркотические препараты или с ВИЧ инфекцией; у людей, получающих иммунодепрессанты и глюкокортикоиды; после медицинских манипуляций, в т ч внутрисуставных инъекций; у пожилых людей; со злокачественными заболеваниями и СД. Патология возникает, если в сустав попадают патогенные микроорганизмы, особенно стафилококки (в большинстве своих случаев), стрептококки, пневмококки. Поражается, как правило, один крупный (коленный) или реже средний сустав (голеностопный, локтевой). Развивается остро. Нередко пораженная конечность находится в полусогнутом положении, а при малейших движениях возникают болевые ощущения. Контуры сустава сглажены, а сам он увеличен, область сустава отечная, имеется покраснение и местное повышение температуры. При этом кожа над самим суставом имеет лоснящийся вид. В таких случаях довольно болезненной является пальпация сустава.

Типичны: лихорадка ( $38-40^{\circ}\text{C}$ ), головная боль, общее чувство разбитости, озноб.

Это только небольшая часть заболеваний опорно-двигательного аппарата, в которых должен ориентироваться врач общей практики на начальном этапе еще без каких либо инструментальных обследований.