

Дифференциальная диагностика при поражении суставов и позвоночника

Чичасова Н.В.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва;

²кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

¹Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А; ²Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1

В лекции отражены основные подходы к дифференциальной диагностике при ревматических заболеваниях. Освещены ключевые вопросы, на которые следует ответить при первичном осмотре пациента. Приведены важнейшие признаки, позволяющие выявить тяжелые, подчас urgentные неревматические заболевания. Описаны боль различного характера и интенсивности и наиболее частые варианты острого или хронического начала моно-, олиго- или полиартрита. Дано определение артралгий, подозрительных на развитие ревматоидного артрита, предложенное EULAR в 2016 г. Представлены признаки, указывающие на воспалительный характер боли в спине при подозрении на спондилоартрит (SpA), а также двухэтапная стратегия диагностики аксиального SpA. Уделено внимание семиотике суставного поражения и внесуставных проявлений при различных ревматических заболеваниях. Приведен краткий алгоритм дифференциально-диагностического поиска при боли в суставах.

Ключевые слова: артралгии; артриты; периартриты; системные проявления; алгоритм дифференциальной диагностики.

Контакты: Наталья Владимировна Чичасова; kafedrarheum@yandex.ru

Для ссылки: Чичасова НВ. Дифференциальная диагностика при поражении суставов и позвоночника. Современная ревматология. 2020;14(2):14–19. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-2-14-19

Differential diagnosis in joint and spine damages

Chichasova N.V.^{1,2}

¹V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia; ²Department of Rheumatology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

¹34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia; ²2/1, Barrikadnaya St., Build. 1, Moscow 125993, Russia

The lecture covers main approaches to differential diagnosis in rheumatic diseases. It highlights the key questions that should be answered at the primary examination of the patient. The most important signs that can identify severe, sometimes urgent nonrheumatic diseases are presented. The author describes pain of different patterns and intensity and the most common variants of acute or chronic onset of mono-, oligo-, or polyarthritis. The 2016 European League Against Rheumatism (EULAR) definition of arthralgia suspicious for the development of rheumatoid arthritis is given. The lecture presents the signs indicating the inflammatory nature of back pain in cases of suspected spondyloarthritis (SpA), as well as a two-step diagnostic strategy for axial SpA. Attention is paid to the semiotics of joint damage and extra-articular manifestations in various rheumatic diseases. A brief algorithm for a differential diagnostic search for joint pain is given.

Keywords: arthralgia; arthritis; periartthritis; systemic manifestations; differential diagnostic algorithm.

Contact: Natalia Vladimirovna Chichasova; kafedrarheum@yandex.ru

For reference: Chichasova NV. Differential diagnosis in joint and spine injuries. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2020;14(2):14–19. DOI: 10/14412/1996-7012-2020-2-14-19

Заболевания опорно-двигательного аппарата широко распространены в популяции и занимают ведущее место среди причин обращения к врачам. Самым частым симптомом является боль. Пациента с болью могут направить к специалистам разного профиля (терапевту, хирургу, травматологу, ортопеду, неврологу) и нередко в последнюю очередь – к ревматологу. Возможно, с этим связаны подчас запоздалая диагностика и, соответственно, задержка с назначением адекватной терапии. Для более быстрого проведения дифференциально-диагностического поиска необходимо правильно оценивать основные проявления заболеваний опорно-двигательного аппарата.

При первом обращении пациента с болью в периферических суставах или в области позвоночника врач должен ответить на следующие *ключевые вопросы*:

– является ли болевой синдром симптомом ревматического заболевания или связан с другой патологией (инфекционной, онкологической, эндокринной и т. д.)?

– носит поражение воспалительный или невоспалительный (травма, дисплазии) характер?

– имеется ли поражение сустава (например, артрит) или изменения локализируются в периартикулярных тканях (теносиновиит, бурсит), есть ли энтезопатии?

– есть ли подозрение на развитие хронического воспалительного заболевания суставов, например ревматоидного артрита (РА)?

Признаки («красные флаги»), позволяющие заподозрить, что имеющийся у больного симптомокомплекс не относится к проявлениям ревматического заболевания, представлены в табл. 1.

ЛЕКЦИИ / LECTURES

Таблица 1. «Красные флаги» при боли в структурах опорно-двигательного аппарата

Table 1. Red flags for pain in the structures of the locomotor system

Признак	Возможная причина
Похудание, субфебрилитет	Паранеопластический процесс, инфекционные заболевания
Туберкулез в анамнезе, прием ГК	Активация латентного туберкулеза
Лихорадка в сочетании с поражением внутренних органов и систем	Помимо ревматической патологии, паранеопластический процесс, сепсис
Пульсирующая, приступообразная боль	Почечная колика, печеночная колика, расслаивающая аневризма аорты
Ночная боль	Неврологические заболевания, паранеопластический процесс, ревматическая полимиалгия
Моноартрит в сочетании с лихорадкой и гиперемией	Септический артрит
Прием ГК в анамнезе, недавняя травма	Остеопороз с травматическим переломом

Примечание. ГК — глюкокортикоиды.

Note. GCs — glucocorticoids.

Таблица 2. Наиболее частые причины острого начала суставного поражения

Table 2. The most common causes of acute onset of joint damage

Острый моноартрит	Острый олигоартрит	Острый полиартрит
Септический артрит	Пара-/постинфекционный артрит	Острая ревматическая лихорадка
Подагра	Реактивные артриты	Острый саркоидоз
Пирофосфатная артропатия	СпА	РА (редко)
Посттравматический артрит		

Таблица 3. Наиболее частые причины хронического начала поражения суставов

Table 3. The most common causes of chronic onset of joint damage

Хронический моноартрит	Хронический олигоартрит	Хронический полиартрит
Туберкулезный артрит	ЮХА, РА	ЮХА, РА
ЮХА, РА (редко)	ДБСТ	ДБСТ
Реактивный артрит	СпА	СпА
СпА		

Примечание. ЮХА — ювенильный хронический артрит.

Note. JCA — juvenile chronic arthritis.

После исключения неревматических заболеваний необходимо оценить *характер начала симптомов*: острое, подострое, хроническое; интенсивность боли (слабая, умеренная, сильная); связь с движением и иррадиацию боли; время усиления боли (утро, ночь, вечер); уточнить наличие провоцирующего фактора (диетический, климатический, психологический, инфекционный, профессиональный). В табл. 2 и 3 представлены наиболее частые варианты острого или хронического начала моно-, олиго- и полиартрита. Связь с движением может указывать на поражение периапартулярных тканей.

Необходимо помнить, что при поражении тазобедренного сустава боль может иррадиировать в область коленного сустава, поэтому при жалобах пациента на боль в коленном суставе и отсутствии объективных признаков поражения (деформация, деформация, болезненность при пальпа-

ции) следует оценить состояние тазобедренного сустава. Интенсивность боли не имеет большого диагностического значения, но ее оценка помогает установить диагноз при сопоставлении с другими факторами: например, острое начало моноартрита при наличии провоцирующего диетического фактора и высокая интенсивность боли в сочетании с гиперемией в области сустава заставляют предположить в первую очередь кристаллическую артропатию.

Важно оценить *время максимума боли*: ночная боль может свидетель-

ствовать о наличии ревматической полимиалгии или невропатической боли, усиление скованности и боли под утро — о спондилоартрите (СпА) и входит в понятие «воспалительная боль в спине». Увеличение выраженности скованности и боли в суставах утром характерно для РА и для дебюта диффузных болезней соединительной ткани (ДБСТ). Наличие «стартовой» боли при ограниченном суставном синдроме, как и нарастание боли при физической нагрузке, указывает на остеоартрит (ОА).

Особенно трудна диагностика на самых ранних этапах заболевания, когда клинические признаки воспаления практически отсутствуют, а больной жалуется только на боль в суставах. В 2016 г. EULAR (European League Against Rheumatism) было дано *определение артралгий, подозрительных на развитие РА* [1]. Выделены параметры, которые

Таблица 4. Чувствительность и специфичность наличия артралгий как фактора риска РА при экспертизе клинически подозрительных артралгий

Table 4. Sensitivity and specificity of the presence of arthralgias as a risk factor for RA at examination of clinically suspicious arthralgias

Число выявленных параметров	Чувствительность, %	Специфичность, %
≥1	100	14,1
≥2	98,4	53,8
≥3	90,2	74,4
≥4	70,5	93,6
≥5	32,8	100
≥6	16,4	100
7	1,6	100

должны быть у больного с артралгиями без клинической картины артрита и при отсутствии других заболеваний или причин для артралгий. Оценка этих признаков занимает всего несколько минут.

Данные анамнеза:

- 1) недавнее начало симптомов (<1 года);
- 2) локализация симптомов в пястно-фаланговых суставах;
- 3) длительность утренней скованности ≥60 мин;
- 4) наибольшая выраженность в утренние часы;
- 5) наличие родственника первой степени родства, страдающего РА.

Результаты объективного обследования:

- 1) затруднение при сжатии кисти в кулак;

2) положительный симптом сжатия кисти.

После статистической обработки данных, полученных в когорте больных с ранним недифференцированным поражением суставов, было показано, что если у пациента набирается 4 балла, то риск развития РА очень высок, а если 5–7 баллов, то со 100% уверенностью следует ожидать развития РА (табл. 4). Всех больных с наличием 4–7 позитивных ответов следует немедленно направлять к ревматологу.

В случаях, когда у больного уже выявляется артрит, но оценка клинической картины, результатов лабораторного и инструментального исследований не позволяет подтвердить диагноз РА, врач общей практики должен использовать модифицированные критерии Р. Emery и соавт. (2002) [2], позволяющие заподозрить РА.

Для выявления больных с подозрением на СпА необходимо знать основные признаки, указывающие на воспалительный характер боли в спине:

Для выявления больных с подозрением на СпА необходимо знать основные признаки, указывающие на воспалительный характер боли в спине:

- возраст <45 лет;
- длительность боли >3 мес;
- постепенное начало;
- утренняя скованность >30 мин;
- улучшение при физической нагрузке;
- отсутствие улучшения в покое;
- пробуждение от боли, особенно во второй половине ночи, и уменьшение боли при вставании с постели;
- перемежающаяся боль в ягодичах.

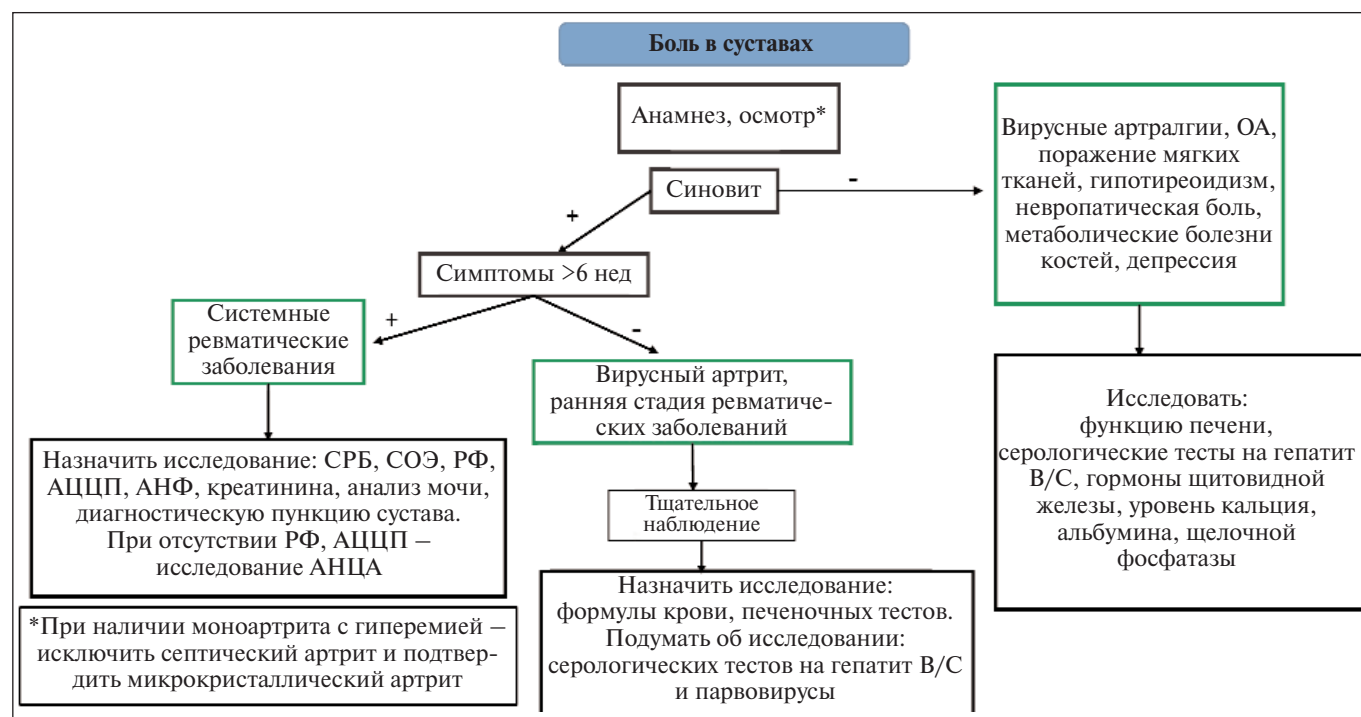


Рис. 1. Краткий дифференциально-диагностический алгоритм при боли в суставах. АНЦА – антинейтрофильные цитоплазматические антитела

Fig. 1. Brief differential diagnostic algorithm for joint pain. ANCA – antineutrophil cytoplasmic antibodies



Рис. 2. Проявления поражения опорно-двигательного аппарата при синдроме гипермобильности: а — пассивное тыльное сгибание мизинца $>90^\circ$; б — возможность пассивного прижатия I пальца к сгибателям предплечья; в — переразгибание в коленном суставе $>10^\circ$; г — переразгибание в локтевом суставе $>10^\circ$; д — возможность касания пола ладонями при переднем сгибании туловища; е — поражение позвоночника

Fig. 2. Manifestations of the locomotor system in hypermobility syndrome: а — passive dorsiflexion of the little finger $>90^\circ$; б — the possibility of passive thumb pressure to the forearm flexors; в — overextension of the knee joint $>10^\circ$; г — overextension of the elbow joint $>10^\circ$; д — the ability to touch the floor with the palms of the hands during forward bending of the trunk; е — spine damage

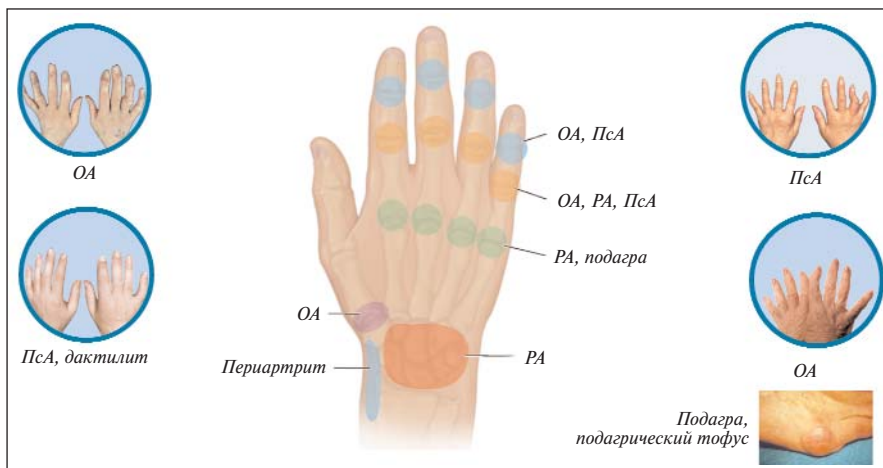


Рис. 3. Семиотика суставного поражения. PsA — псориатический артрит
Fig. 3. Semiotics of joint damage. PsA — psoriatic arthritis

В 2013 г. сотрудниками ревматологического центра в г. Бохум (Германия) под руководством профессора А. Браун [3] предложена *двухэтапная стратегия диагностики аксиального СпА*, в соответствии с которой больному в возрасте до 45 лет с хронической болью в спине следует задать всего три вопроса: 1) есть ли двусторонняя боль в ягодицах? 2) есть ли улучшение при движении? 3) есть ли

периостальных), лимфаденопатии, увеличения размеров внутренних органов, изменений в области глаз, неврологических проявлений (онемение, парестезии, нарушения чувствительности, парезы, дизартрия, нарушение речи, состояние сознания, дезориентация в пространстве, амнезия, частичная потеря памяти и др.). Некоторые варианты внесуставных проявлений, характерных для различных ревматиче-

псориаз? Больного нужно направить к ревматологу при наличии 2—3 положительных ответов, а также при наличии 1 положительного ответа в сочетании с позитивным результатом теста на HLA-B27.

Таким образом, больных с подозрением на РА и СпА можно выявить даже при отсутствии развернутой клинической картины.

На рис. 1 представлен *алгоритм дифференциально-диагностического поиска*. Хотя этот алгоритм не может охватить все возможные ситуации, он служит основой для организации процесса диагностики. Необходимо помнить о *синдроме гипермобильности* (рис. 2), который проявляется артралгиями, дорсалгиями. Как правило, боль в области структур опорно-двигательного аппарата у пациентов с синдромом гипермобильности возникает в молодом возрасте, нередко сопровождается висцероптозом, пролапсом митрального клапана, сколиозом и плоскостопием, возможны привычные вывихи суставов.

Когда уже есть признаки воспалительного поражения опорно-двигательного аппарата, для установления диагноза необходимо оценить *семиотику суставного поражения* (симметричная или несимметричная локализация поражения, наличие дактилита; рис. 3) и внесуставных проявлений (конституциональные изменения, поражение внутренних органов и систем), назначить скрининговое лабораторное (определение СОЭ, СРБ, ревматоидного фактора — РФ, антител к циклическому цитруллинированному пептиду — АЦЦП, анти-нуклеарного фактора — АНФ) и инструментальное (рентгенологическое) исследования.

Семиотика внесуставных проявлений весьма разнообразна, поэтому пациент с подозрением на ревматическую патологию должен быть осмотрен полностью: волосистая часть головы, кожа, слизистые оболочки, ногти, половые органы, область ануса. Оценивается наличие или отсутствие узловатых образований (в том числе

ЛЕКЦИИ / LECTURES

ских заболеваний, представлены в табл. 5. Конечно, это не полный перечень возможных изменений, а только наиболее часто встречающиеся и имеющие значение для определения нозологической формы.

Общеконституциональные проявления могут наблюдаться практически при всех ревматических заболеваниях, за исключением ОА. Безболезненные язвы слизистых оболочек (обычно рта) могут быть проявлением реактивного артрита либо побочного действия лекарственной терапии, а болезненные язвы слизистой оболочки полости рта и в области половых органов характерны для болезни Бехчета, энантема встречается при системной красной волчанке (СКВ). Поражение глаз также имеет особенности при разных заболеваниях. Для РА характерно развитие эписклерита или ирита, для анкилозирующего спондилита — иридоциклита или острого переднего увеита, для реактивных артритов — конъюнктивита. Выявление темного пятна в склере глаза заставляет подумать об охронозе и назначить дополнительное обследование (попросить больного поставить баночку с мочой в светлом месте; при потемнении мочи на свету можно устанавливать диагноз и начинать лечение). В области ногтей можно обнаружить дигитальные некрозы (РА), симптом «наперстка» (ПсА), гипертрофическую остеоартропатию (идиопатическая или при патологии легких). На коже можно увидеть различную сыпь, связанную с ДБСТ, системными васкулитами, РА, псориазом, телеангиэктазией при системной склеродермии (ССД), периорбитальный отек при дерматомиозите (ДМ).

В любом случае у каждого пациента с ранним артритом, направленного к ревматологу, следует оценить предикторы персистенции активности болезни, определив число припухших и болезненных суставов, СОЭ, уровень СРБ, РФ, АЦЦП, АНФ и выполнив рентгенографию мелких суставов кистей и стоп.

Таблица 5. Внесуставные проявления при ревматических заболеваниях
Table 5. Extra-articular manifestations in rheumatic diseases

Признак	Предполагаемое заболевание
Боль в животе	Узелковый полиартериит
Спонтанные аборт	Антифосфолипидный синдром
Алопеция	СКВ, ятрогения
Поражение кожи	ДБСТ, псориаз
Кальциноз	ДМ/ПМ, ССД
Поражение ЦНС	СКВ
Диарея, уретрит	Реактивный артрит
Энтезит	СпА
Тромбоз глубоких вен	Антифосфолипидный синдром
Дисфагия	ССД
Мигрень	СКВ, гигантоклеточный артериит
Гемолиз	СКВ
Артериальная гипертензия	СКВ, системные васкулиты
Мононеврит	Узелковый полиартериит, РА
Периферическая невропатия	Узелковый полиартериит, РА
Перикардит	СКВ, РА
Плеврит	СКВ, РА
Пневмонит	СКВ
Феномен Рейно	ДБСТ, РА, синдром Шёгрена
Протеинурия	СКВ, РА, ятрогения
Тромбоцитопения, лейкопения, анемия	СКВ, ятрогения
Мышечная слабость	ДМ/ПМ
Мышечная боль без слабости	Ревматическая полимиалгия
Пурпура	СКВ, системные васкулиты
Дигитальные некрозы	РА
Узловатая эритема	Идиопатическая, ОРЛ, саркоидоз
Мигрирующая эритема	Лайм-боррелиоз
Подкожные узлы	РА, подагра
Гепато-/спленоmegалия	Синдром Фелти, болезнь Стилла взрослых

Примечание. ОРЛ — острая ревматическая лихорадка; ПМ — полимиозит.

Note. ARF — acute rheumatic fever; PM — polymyositis.

1. Van Steenberghe H, Aletaha D, Bevaart-van Voorde L, et al. EULAR definition of arthralgia suspicious for progression to rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017 Mar;76(3):491-6. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209846. Epub 2016 Oct 6.
2. Emery P, Breedveld F, Dougados M, et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis.* 2002 Apr;61(4):290-7.
3. Braun A, Gnann H, Sarabasi E, et al. Optimizing the identification of patients with axial spondyloarthritis in primary care — the case for a two-step strategy combining the most relevant clinical items with HLA B27. *Rheumatology (Oxford).* 2013 Aug;52(8):1418-24. doi: 10.1093/rheumatology/ket115. Epub 2013 Apr 4.

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

10.03.2020/15.04.2020/23.04.2020

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Автор принимал участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest.

The author is solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. The author has participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by the author.

Чичасова Н.В. <https://orcid.org/0000-0001-8051-8659>