# **План**

1. Боль и припухлость во многих суставах

2. Боль и припухлость в одном или двух суставах

3. Другие заболевания костей и суставов

Литература

**1. БОЛЬ И ПРИПУХЛОСТЬ ВО МНОГИХ СУСТАВАХ**

В таких случаях речь идет о пациентах с болями и (или) припухлостью в трех (или более) суставах. Обычно наблюдается симметричное поражение суставов с вовлечением кистей, плечевых, коленных или голеностопных суставов.

Конечно же, дифференциальная диагностика в условиях ОНП не включает в себя всю артрологию. Например, для проведения дифференциальной диагностики между ревматоидным артритом и поражением суставов при СКВ иногда требуются недели или даже месяцы наблюдения и обследования больного.

Проявления острого ревматизма у взрослых нуждаются в некоторых дополнительных комментариях. У взрослых (лица старше 17 лет) с острым ревматизмом поражение имеет симметричный характер с вовлечением многих суставов, особенно коленных и голеностопных. Заболевание встречается с одинаковой частотой у мужчин и женщин и редко наблюдается в качестве первого ревматического приступа у лиц старше 30 лет. При обследовании больного с полиартритом тщательному осмотру подвергаются не только больные суставы. Необходимо внимательно осмотреть кожные покровы с целью выявления папулосквамозных высыпаний, так как их наличие помогает обосновать диагноз СКВ в сомнительных случаях. Уртикарные поражения обнаруживаются в сочетании с артритом при инфекционном гепатите. У больных с повышенной температурой и припухлостью во многих суставах обязательно проводится тщательная аускультация сердца, так как определение сердечных шумов нередко позволяет установить наличие острого ревматизма.

Обязательные лабораторные исследования при полиартрите включают полный клинический анализ крови, тест на антиядерные антитела, определение ревматоидного фактора (латекс-тест) и сывороточной активности глутамат-оксалоацетат-трансаминазы. Полный клинический анализ крови позволяет установить наличие (или отсутствие) анемии и лейкопении, сопровождающей коллагенозы, а также лимфоцитоза, характерного для вирусной инфекции.

Рентгенологическое исследование у таких больных целесообразно только в случае подозрения на ревматоидный артрит. Важным рентгенологическим признаком является наличие остеопении в сочленовых эпифизах костей, что указывает на серьезное и длительно существующее заболевание суставов.

В случае обнаружения (при объективном исследовании) выпота в суставе показано проведение аспирации. Это относится в первую очередь к таким крупным суставам, как коленный, голеностопный и плечевой; мелкие суставы кисти не пунктируются; аспирация лучезапястного сустава осуществляется редко.

Лучшим средством начальной терапии при острых полиартритах воспалительной природы, таких как ревматоидный артрит и системная красная волчанка, остается ацетилсалициловая кислота в капсулах. Больным, которые по каким-либо причинам не могут принимать ацетилсалициловую кислоту, назначается ацетаминофен. Из современных нестероидных препаратов наименьшей нефротоксичностью обладает сулиндак. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) не следует назначать больным с азотемией, заболеванием почек или язвенной болезнью.

Артрит, связанный с вирусным заболеванием, таким как краснуха или инфекционный гепатит, обычно быстро проходит. Последующее врачебное наблюдение необходимо ввиду возможных рецидивов. В редких случаях последствием артрита, связанного с вирусным гепатитом, является периартериит.

Больные, у которых подозревается острый ревматизм, требуют госпитализации. Необходимо проведение исследований с целью выявления бактериального эндокардита. Кроме того, острый ревматизм лечится большими дозами ацетилсалициловой кислоты (до 6000 мг/сут), и госпитализация в таких случаях необходима для обеспечения выполнения всех врачебных предписаний и для своевременного выявления признаков интоксикации салицилатами.

**2. БОЛЬ И ПРИПУХЛОСТЬ** **В ОДНОМ ИЛИ ДВУХ СУСТАВАХ**

В табл. 103.5 приведены основные признаки острого олигоартрита (поражение менее трех суставов), возникшего в прежде здоровых суставах.

Причиной боли и припухлости в одном суставе чаще всего являются остеоартрит и состояния, тесно связанные с травмой и асептическим некрозом. Остеоартрит и травма обычно поражают коленный сустав, а асептический некроз чаще всего обнаруживается в тазобедренном суставе. Обычной причиной боли в суставе при остеоартрите и травме является внезапное растяжение капсулы суставной сумки, так что пункция сустава в данной ситуации имеет как диагностическое, так и лечебное значение.

Существенную помощь при оценке вероятности септического артрита дает анализ анамнестических данных. У больных, злоупотребляющих наркотическими препаратами, септический артрит является диагнозом выбора, пока не будет доказано наличие иного заболевания. У лиц без указанного провоцирующего фактора повышение температуры тела или сильный озноб указывает на транзиторную бактериемию с вовлечением пораженного сустава.

Объективное исследование включает тщательный осмотр кожных покровов у каждого больного с подозреваемым гонорейным артритом. Кожные поражения при этом носят пустулезно-везикулярный характер и чаще всего обнаруживаются на ладонях и слизистой оболочке рта. Следует произвести посев материала из кожных поражений на среду Thayer — Martin, a также мазков с шейки матки, уретры, глотки и прямой кишки, кроме того, проводятся культуральные исследования синовиальной жидкости, аспирированной из пораженного сустава. Гонококки очень привередливы к питательной среде и могут высеваться из одного какого-либо источника.

Больные с подагрой или псевдоподагрой обычно имеют четкие анамнестические данные. Боль в суставе возникает и усиливается очень быстро, и больной указывает, что "перед выходом из дома она была гораздо слабее, чем теперь". При других олигоартритах боль вначале бывает минимальной и нарастает постепенно с течением времени. Необходимо расспросить пациента о предыдущих эпизодах боли. Часто выясняется, что пациент уже испытывал подобную боль раньше, но она была кратковременной и исчезала столь же внезапно, как и появлялась.

При псевдоподагре пораженный сустав бывает настолько отечным, гиперемированным и болезненным при пальпации, что нередко возникает предположение об инфекционном или тромботическом причинном факторе заболевания. Следует помнить, что псевдоподагра является наиболее вероятным диагнозом у пожилых женщин, впервые жалующихся на боли в суставе(ах).

Окончательный диагноз подагры или псевдоподагры ставится при идентификации соответствующих кристаллов в синовиальной жидкости. Хотя инфекционное поражение сустава может возникать одновременно с острой подагрой или псевдоподагрой, это сочетание наблюдается редко.

Диагностика синдрома Рейтера может представлять определенные трудности в случае отсутствия характерных псориазо-подобных поражений и конъюнктивита. Однако одновременное наличие олигоартрита (с поражением коленных или голеностопных суставов) и уретральных выделений часто отмечается как при синдроме Рейтера, так и при гонорее. Измерение уровня глюкозы в синовиальной жидкости целесообразно в том случае, если больной перед пункцией сустава не получал антибиотиков. При бактериальной инфекции уровень глюкозы в синовиальной жидкости резко снижен, а при синдроме Рейтера он находится в пределах нормальных колебаний.

В случаях подагры наиболее эффективным средством является колхицин, назначаемый по 1 таблетке в час до полного прекращения приступа боли или же пока количество таблеток не достигнет 12 или не начнется понос. Эффективно и однократное в/в введение 2 мг колхицина.. Необходимо соблюдать особую осторожность во избежание попадания раствора под кожу, что приводит к ее болезненному омертвению. При заболевании печени или почек внутривенное введение колхицина противопоказано.

Однако эффективность колхицина снижается при увеличении промежутка времени между возникновением приступа и началом терапии. Довольно часто этот период времени и при подагре, и при псевдоподагре составляет несколько часов. В последнее время для лечения в подобных случаях используется индометацин в дозах от 150 до 200 мг в день в течение 2— 3 дней, хотя его назначение в таких дозах нередко приводит к желудочно-кишечным осложнениям. Альтернативным препаратом является напроксен, который дают по 500 мг 3 раза в день в течение 3 дней; при этом также возможны желудочно-кишечные расстройства.

Препаратом выбора при лечении олигоартроза остается ацетилсалициловая кислота в капсулах. В случае непереносимости ацетилсалициловой кислоты снятие боли обеспечивается назначением ацетаминофена. Больные с инфекционным олигоартритом нуждаются в госпитализации. Хотя гонорейный артрит можно лечить амбулаторно, такой подход не используется врачами ОНП в случаях невозможности обеспечения врачебного контроля.

Лица с подозреваемым синдромом Рейтера также подлежат госпитализации. Для подтверждения отсутствия микробного патогена в синовиальной жидкости часто требуются повторные пункции сустава; кроме того, аспирация является частью неотложной терапии.

**3. ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ**

**Сустав Шарко**

Наиболее частое проявление этого заболевания — болезненная припухлость голеностопного сустава. Следует помнить, что над нечувствительными к боли областями имеются участки, где болевые волокна остаются (по крайней мере, частично) интактными. Когда припухание, связанное с травмированием сустава при ходьбе, достигает области интактных волокон, возникает резкая боль, заставляющая больного обратиться за медицинской помощью.

Диагностика в таких случаях не вызывает затруднений. Обнаружение припухлости и пастозной отечности в области голеностопного сустава наводит врача на мысль о возможной травме, что требует проведения рентгенографии. При этом на снимке сустава наблюдается классическая картина "мешка с костями". В настоящее время обычной причиной данного состояния является не сифилис, а диабетическая периферическая невропатия. Больные обычно нуждаются в госпитализации для коррекции сахарного диабета, а также для инструктирования по поводу названной атропатии.

**Болезненность в плечевом суставе**

Врач ОНП может исследовать болезненный плечевой сустав, используя подход, обсуждавшийся в связи с симптомами олигоартрита. Однако синдром Рейтера как причинный фактор здесь маловероятен, тогда как кальцифицируюший тендинит вполне возможен. При дифференциальной диагностике болей в плечевом суставе следует иметь в виду адгезивный капсулит и разрыв "манжетки" ротатора плеча. Биципитальный тендинит (воспаление сухожилия двуглавой мышцы в месте его прохождения по борозде между большим и малым бугорками плечевой кости) часто предполагается, но редко бывает причиной острой боли в плечевом суставе.

Пациенты с болями в плечевом суставе нуждаются в длительном наблюдении, так как лечение часто требует продолжительной физиотерапии или повторных инъекций; для точной диагностики иногда необходима рентгенография плечевого сустава. Все это не входит в компетенцию врача ОНП, основная задача которого — неотложная диагностика. Рентгенография плечевого сустава позволяет исключить недиагностированный перелом или скрытое злокачественное новообразование и подтверждает наличие кальцифицирующего тендинита. Кроме того, необходима рентгенография грудной клетки в переднезадней проекции для исключения опухоли Панкоста (поражение верхней доли легкого с вовлечением плечевого сплетения).

Если наиболее вероятным диагнозом представляется тендинит, то наилучшим лечением является введение нестероидных противовоспалительных препаратов. В случаях кальцифицирующего тендинита целесообразна также инъекция стероида (10—40 мг) в область наибольшей болезненности. Обычной локализацией поражения при кальцифицирующем тендините является место прикрепления сухожилия надостной мышцы к большому бугорку плечевой кости. Инъекция в эту область вполне безопасна, однако ее точная локализация затруднительна; по этой причине инъекционная терапия является методом второго выбора (после НПВП). Техника инъекции аналогична описанной для аспирационной пункции плечевого сустава.

Если причина болей в плечевом суставе неясна, то аналгезия обеспечивается назначением ацетилсалициловой кислоты или применением тепла.

**Болезненность в области бедра**

Причиной болезненности бедра у взрослых обычно является следующее: 1) остеоартрит; 2) асептический некроз; 3) метастазы рака; 4) инфекция.

Боли в верхней части бедра сопровождаются определенным дискомфортом и характеризуются иррадиацией в пах. Если это состояние продолжается несколько дней, то боль иррадиирует вниз по передней поверхности коленного сустава или в ягодицу. Дискомфорт обусловлен мышечным перенапряжением, связанным с попытками больного изменить походку во избежание излишнего раздражения тазобедренного сустава.

Осмотр больного малоинформативен, хотя обычно врач может отметить ограничение подвижности в тазобедренном суставе. Припухлость тазобедренного сустава трудно установить из-за большого количества мягких тканей в этой области. Рентгенография сустава имеет важное значение, так как она позволяет выявить остеоартрит, асептический некроз или недиагностированную карциному. Для этого часто бывает достаточно получения одного снимка костей таза в переднезадней проекции. Необходимым условием для проведения такого исследования у женщин детородного возраста является отсутствие беременности.

Больного следует расспросить о недавних эпизодах лихорадки или озноба, а также о возможном внутривенном введении препаратов перед появлением боли. В случае подозрения на инфекционное поражение тазобедренного сустава необходимо прибегнуть к помощи ревматолога или ортопеда при проведении аспирации синовиальной жидкости или получить рентгенограммы сустава.

Больные с асептическим некрозом или далеко зашедшим остеоартритом нуждаются в консультации хирурга-ортопеда по поводу возможной артропластики или протезирования сустава. Разумеется, в тех случаях, когда боль в тазобедренном суставе обусловлена злокачественным процессом, необходима госпитализация для проведения обследования и соответствующего обезболивания.

**Тендовагинит де Кервена**

Хотя в первом описании данного заболевания указывалось на воспалительное поражение короткого разгибателя большого пальца и длинной отводящей мышцы большого пальца, его настоящее определение включает также поражение длинного разгибателя большого пальца.

Возникновение ТДК обычно обусловлено переутомлением мышц кисти при многократно повторяющихся однообразных движениях, что связано с профессиональной или иной деятельностью пациента. Поэтому врач ОНП должен обязательно расспросить больного о его профессиональных занятиях или хобби. Положительный тест Финкельштейна подтверждает диагноз. При этом тесте больной помещает кулак на фиксированный и отогнутый большой палец. У больных с ТДК этот прием вызывает определенный дискомфорт. Выполняется рентгенография для исключения остеоартрита первого пястно-запястного сустава или оценки кальцифицируюшего тендинита сухожилия большого пальца.

Лечение в ОНП заключается в обеспечении полного покоя больному суставу и назначении ацетилсалициловой кислоты для обезболивания. Полный покой лучезапястного сустава может быть обеспечен его шинированием. Такое шинирование можно произвести с помощью гипса или пластикового материала, придав кисти, положение дорсифлексии (разгибание кзади) на 20°. Что касается других, скелетно-мышечных нарушений, их лечение и наблюдение, если это необходимо, осуществляются терапевтом.

**Локоть теннисиста**

Локоть теннисиста — это вариант тендовагинита де Кервена. Причиной данной патологии являются многократно повторяющиеся монотонные движения при перенапряжении сухожилия общего разгибателя пальцев, который начинается у латерального надмыщелка. Аналогичное состояние, возникающее при перенапряжении сухожилия общего сгибателя у медиального надмыщелка локтя, называется "локтем боулера" (игрок, вбрасывающий мяч в крикете).

Необходимо проведение рентгенографии локтевого сустава для исключения скрытого перелома или кальцифицируюшего тендинита. Лечение такое же, как при ТДК: обеспечение покоя пораженному сухожилию и назначение ацетилсалициловой кислоты. Наложение гипсовой повязки на локтевой сустав практически не оправдало себя.

**Бурсит локтевого отростка**

Если выпячивание бурсы (синовиальная оболочка) на сгибательной поверхности локтевого отростка не причиняет пациенту боли, то вмешательство (пункция) не является обязательным. В таких случаях увеличения бурсы обусловлено профессиональной перегрузкой локтевого сустава или невротической привычкой, связанной с повышенной подвижностью в нем. Лечение состоит в устранении причинного фактора или подкладывании под локоть мягкой подушечки.

Если же в месте расширения бурсы возникает боль, то необходимо проведение аспирации. При этом возможно возникновение подагрического или инфекционного поражения сустава. Полному дренированию бурсы (как это делается при других выпотах) следует предпочесть аспирацию только из верхнего отдела бурсы локтевого отростка, используя иглу № 25. Следует получить лишь небольшое количество жидкости, но достаточное для исследования кристаллов, для посева и определения клеточности концентрации глюкозы. Аспирация ограниченного количества жидкости объясняется предрасположенностью бурсы к инфицированию. Чем меньше количество аспирируемой жидкости и диаметр пункционной иглы, тем ниже риск данного осложнения.

Подагрическое поражение бурсы локтевого отростка лечится, как указано выше. В случае подозрения на инфекционный бурсит больной госпитализируется для уточнения диагноза и (или) проведения адекватного лечения

**Боль в мышцах и мышечная слабость**

В большинстве случаев мышечная боль у больных, поступающих в ОНП, связана с неадекватной нагрузкой на мышцу; анамнез помогает выяснить это обстоятельство. Лечение состоит в применении тепла, обеспечении покоя и назначении ацетилсалициловой кислоты.

Если основной жалобой больного является мышечная слабость, то, прежде всего, следует подумать о полимиозите. При отсутствии каких-либо других проблем пациенту рекомендуется постельный режим и обеспечивается врачебное наблюдение. Появление у больного затруднений при глотании, хождении или дыхании служит показанием к госпитализации. В качестве начального исследования проводится определение активности креатинфосфокиназы. Иногда больные с острым рабдомиолизом почти не предъявляют жалоб. Если активность сывороточной креатинфосфокиназы у больного превышает нормальный уровень в 80—100 раз, то необходима госпитализация. В подобной ситуации имеется риск возникновения почечной недостаточности; для предупреждения этого осложнения необходимо постоянное введение больших количеств в/в жидкости.

**Фиброзит**

Больные могут поступать в ОНП и в связи с резкой болезненностью мягких тканей в какой-либо области. Такими болезненными участками при фиброзите часто бывают область остистого отростка С7, средний отдел трапециевидной мышцы с обеих сторон, кончик лопатки и места реберно-хрящевых соединений (синдром Титце).

В ОНП таким больным делают инъекцию местного анестетика в болезненные области и направляют их для последующего врачебного наблюдения по месту жительства.

**Синдром карпального канала**

Обычной причиной онеменения кисти является сдавление срединного нерва в области запястья. Однако необходимо также исключить васкулярную недостаточность, которая может обусловить атрофию кожи, потерю волос, сморщивание кожи или истончение ногтей. При осмотре такого больного выполняется тест Аллена. Если признаки нарушения периферического кровообращения отсутствуют, следует расспросить больного в отношении возможного синдрома карпального канала (СКК).

Больные с компрессией срединного нерва просыпаются по ночам от онеменения кисти и боли. Вскоре такой больной научается устранять дискомфорт резким встряхиванием кисти. Данный прием приносит значительное облегчение, так как онемение вследствие сдавления нерва связано (по крайней мере, частично) отеком мягких тканей. Сильное встряхивание кисти стимулирует венозный отток и уменьшает отек тканей вокруг срединного нерва. Врач не должен удивляться, если больной сообщает ему о распространении боли за пределы области между первым и третьим пальцами. Бывает, что покалывание в руке ошушается вплоть до плечевого сустава. Механизм этого явления объясняется противоположно направленной передачей нервных импульсов от кисти вверх к плечевому сплетению.

При осмотре больных с компрессией срединного нерва может обнаруживаться атрофия тенара. Может иметь место положительный признак Phalen (сгибание в лучезапястном суставе вызывает дискомфорт) или признак Tinal (легкое поколачивание по области срединного нерва вызывает боль, аналогичную возникающей у больного по ночам).

Если диагностируется СКК, то больной направляется к хирургу, имеющему опыт проведения такого рода операций.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Неотложнаямедицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год