

## The structure and prevalence of pain syndromes in joint hypermobility

Saneeva G.

### Характер и распространенность болевых синдромов при гипермобильности суставов

Санеева Г. А.

Санеева Галина Александровна / *Saneeva Galina Alexandrovna* - доцент,  
кафедра эндокринологии,  
Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь

**Аннотация:** у 104 пациентов с синдромом гипермобильности суставов (СГМС) изучены структура и распространенность болевой клинической симптоматики, установлена ассоциация с диспластической костно-мышечной патологией. У пациентов с СГМС целесообразно проведение специализированных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с адекватной коррекцией ортопедических заболеваний и применением кинезио- и физиотерапии.

**Abstract:** we have studied the structure and the prevalence of pain symptoms in 104 patients with joint hypermobility syndrome (JHS). The association of pain manifestations with dysplastic musculoskeletal pathology was determined. The implementation of special diagnostic and therapeutic procedures to correcting the orthopedic diseases and the use of kinetic and physiotherapy is reasonable in patients with JHS.

**Ключевые слова:** синдром гипермобильности суставов, артралгия, вывих, боль в спине.

**Keywords:** joint hypermobility syndrome, arthralgia, dislocation, back pain.

Синдром гипермобильности суставов (СГМС) – клинический вариант дисплазии соединительной ткани, наиболее часто встречающийся в терапевтической, ревматологической и ортопедической практике [1, 2]. Широкая распространенность конституциональной гипермобильности среди населения, относительно благоприятный прогноз объясняет недооценку клинической значимости СГМС. Однако на практике гипермобильный синдром может представлять проблему дифференциальной диагностики с другими заболеваниями суставов и приводить к возникновению осложнений в виде вывихов и подвывихов, воспаления периартикулярных мягких тканей. Нередко СГМС сопровождается болевым синдромом хронического или рецидивирующего характера, что снижает качество жизни и влияет на трудоспособность пациентов молодого возраста [1, 3].

Клиническая диагностика СГМС базируется на суммарном сочетании избыточного объема движений в суставах, определяемого по общепринятой методике суставного счета Р. Beighton, с симптомами генерализованного вовлечения соединительной ткани, костно-мышечными синдромами, а также признаками вегетативной дисфункции [2, 4, 7].

Болевой синдром является основной причиной обращения за медицинской помощью пациентов с СГМС. Чаще всего болевая симптоматика обусловлена суставным синдромом в виде артралгий и нагрузочными или воспалительными поражениями периартикулярных мягких тканей, в том числе на фоне рецидивирующих дисторсий суставов. Другим частым клиническим проявлением СГМС признана боль в спине. Данный симптом даже используется в качестве диагностического критерия – дорсалгию в течение трех и более месяцев относят к малым «позитивным» признакам гипермобильного синдрома [2, 5, 6].

**Целью** работы явилась оценка распространенности и клинических особенностей болевого синдрома в структуре костно-суставной и внескелетной патологии у лиц молодого возраста с СГМС.

**Материал и методы.** Особенности клинических проявлений болевого синдрома во взаимосвязи с патологией опорно-двигательного аппарата изучены у 104 пациентов (58 мужчин и 46 женщин) с СГМС в возрасте от 18 до 32 лет (средний возраст  $22,6 \pm 2,3$  лет). Гипермобильный синдром диагностировали по шкале Р. Beighton согласно действующим критериям [2, 4]. Больные с классифицируемыми наследственными заболеваниями и патологией ревматической природы в исследование не включались. В контрольную группу были включены 40 человек, сопоставимых по полу и возрасту, без внешних признаков дисплазии соединительной ткани, в том числе гипермобильного синдрома.

Полученные результаты статистически обработаны. Количественные данные представлены в виде средней и стандартной ошибки средней. Достоверность различий качественных признаков оценивали с помощью критерия  $\chi^2$ , точного критерия Фишера. Достоверными считали различия при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Выраженность гипермобильности в суставах по шкале Beighton наиболее часто (45,2 %) соответствовала 5 баллам. У 19 (18,3 %) обследуемых данный показатель составил 3 балла, у 25 % – 4 балла. Крайние градиенты гипермобильности – по 7 и 9 баллов выявлены соответственно у 2,9 % и 8,6 % пациентов.

Артралгии, как ведущий признак, и т. н. «большой критерий» СГМС зарегистрированы у 71,1 % ( $\chi^2=14,6$ ,  $p < 0,0001$ ) больных с СГМС. Чаще всего пациенты отмечали моно- и олигоартикулярный

характер суставного болевого синдрома. Боль локализовалась, как правило, в коленном или голеностопном суставах. У 12 (38,7 %) женщин имели место полиартралгии с вовлечением суставов кистей. При этом боли в лучезапястных и межфаланговых суставах в 16,1 % случаев сочетались с туннельным карпальным синдромом.

Частой причиной рецидивирующего болевого синдрома при СГМС, в том числе с вынужденным ограничением физической активности больного, является патология околосуставных мягких тканей. Мягкотканые периартикулярные поражения, такие как тендиниты, бурситы, энтезиты на момент обследования или в анамнезе имели место у 35,36 % ( $\chi^2=7,085$ ,  $p=0,002$ ) пациентов, причем в 1,8 раз чаще у мужчин, чем у женщин с гипермобильным синдромом. В спектре патологии достоверно (26,9 %;  $\chi^2=4,97$ ,  $p=0,026$ ) преобладали бурситы и тендиниты с вовлечением околосуставных элементов плечевого сустава, тендинит ахиллова сухожилия, позапяточный бурсит. Диагностированные у 6 пациентов энтезопатии были представлены наружными эпикондилитами.

Вывихи, как диагностический критерий и одно из осложнений СГМС, далеко не во всех случаях сопровождалось болевым синдромом или служили поводом для обращения к врачу. Вывихи суставов на момент обследования или в анамнезе зарегистрированы у 35,6 % ( $\chi^2=8,21$ ,  $p=0,004$ ) пациентов с СГМС. Из них 37,8 % пациентов активно обратились за помощью к ортопеду или ревматологу по поводу вывихов и возникшего в связи с вывихами болевого компонента. Практически вдвое чаще – у 9 (64,3 %) больных – поводом для обращения служило наличие рецидивирующих (т. н. «привычных») вывихов. Всего же привычные вывихи имели 21,2 % ( $\chi^2=4,97$ ,  $p=0,026$ ) пациентов с СГМС, что в 59,1 % случаев было установлено только при их целенаправленном активном опросе. Как правило, подобные вывихи характеризовались малой или умеренной болезненностью и спонтанным вправлением. Следует отметить, что отсутствие квалифицированной помощи при вправлении и дальнейших реабилитационных и профилактических мероприятий отрицательно сказываются на прогнозе больного с учащением рецидивов вывиха и риском повреждения мягких тканей. По локализации практически с одинаковой частотой встречались вывихи плеча и рецидивирующая дисторсия голеностопных суставов. Раздельный балльный анализ с учетом показателей по шкале P. Beighton зависимости частоты вывихов и количества вовлеченных суставов при СГМС от выраженности гиперподвижности не установил.

Боль в спине явилась одним из преобладающих клинических симптомов у больных СГМС. Дорсалгический синдром отмечен достоверно часто (68,3 %,  $\chi^2=11,3$ ,  $p<0,0001$ ) по сравнению с контрольной группой. При этом дорсалгия встречалась с одинаковой частотой у пациентов с СГМС обоего пола, по степени тяжести чаще определялась как «умеренной выраженности», и в большинстве случаев носила характер «тянущей» и «ломающей». У женщин с гипермобильным синдромом наиболее часто боль локализовалась в поясничном отделе позвоночника, тогда как у мужчин носила характер торакалгии или тораколюмбагии. Появление дорсалгий пациенты с СГМС в большинстве случаев связывали с длительным пребыванием в вертикальном положении, продолжительной ходьбой или статическими нагрузками и отмечали усиление интенсивности болевых ощущений при увеличении экспозиции, зачастую к вечеру.

Еще одной жалобой со стороны опорно-двигательного аппарата у пациентов с СГМС может являться боль в стопах, часто ассоциированная с различными формами и степенями плоскостопия и его осложнениями в виде артроза таранно-ладьевидных суставов. Как и в случаях дорсалгии, провоцирующими факторами для боли в стопах указывались длительная ходьба или статические нагрузки. В ряде наблюдений усиление болевых ощущений в области подошвы и пальцев стопы было связано не только с ходьбой, но и отмечалось в ночное время, сопровождалось парестезиями, что характеризовало развитие синдрома тарзального канала.

Помимо костно-мышечных болевых синдромов, часть клинической симптоматики у пациентов с СГМС была обусловлена проявлениями вегетативной дисфункции. Так 50,8 % обследуемых предъявляли жалобы на кардиалгии. Боль в основном носила характер колющей или давящей, часто репортировалась пациентами как ощущение «тяжести» в грудной клетке. Кардиалгии, как правило, провоцировались физическим и эмоциональным напряжением, в ряде случаев облегчались приемом седативных средств. Головные боли умеренной выраженности, но рецидивирующего характера зарегистрированы в 34,2 % случаев. Чаще всего пациенты с СГМС страдали цефалгией по типу головной боли напряжения или метеозависимой.

**Заключение.** Таким образом, характер и распространенность хронических болевых клинических проявлений при гипермобильности суставов и частая их ассоциация с костно-мышечными синдромами диктует необходимость проведения специализированных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с адекватной коррекцией ортопедических заболеваний и применением рациональных кинезио- и физиотерапевтических пособий у пациентов с СГМС.

#### *Литература*

1. *Беленький А. Г.* Гипермобильный синдром // Справочник поликлинического врача. - 2008. - №1. - С. 4-7.
2. Наследственные нарушения соединительной ткани в кардиологии. Диагностика и лечение. Российские рекомендации (I пересмотр) // Российский кардиологический журнал. 2013, приложение 1. № 1 (99). 32 с.
3. *Шостак Н. А., Правдюк Н. Г., Магомедова Д. Н.* Гипермобильный синдром: клиника, диагностика, подходы к терапии // Русский медицинский журнал. — 2009. — № 4. - С. 288–291.
4. *Beigton P., Graham R., Bird H.* Hypermobility of joints // 2–nd edition. London, Berlin, Heidelberg et al. – Springer–Verlag. – 1989 – 189 p.
5. *Grahame R., Bird H. A., Child A.* The revised (Brighton, 1998) criteria for the diagnosis of benign joint hypermobility syndrome (BJHS) // J. Rheumat. – 2000. - Vol. 27 (Suppl. 7). - P. 1777-1779.
6. *Keer R., Grahame R.* Hypermobility syndrome / Recognition and managment for physiotherapists. - Harley street, 2003. - 234 p.
7. *Malfait F., Hakim A. J., De Paepe A.* The genetic basis of the joint hypermobility syndrome // Rheumatology. - 2006. - Vol. 45. - P. 502–507.