

ISSN 1684-9280

**Травматология
ЖӘНЕ
Ортопедия**

ИНТЕГРАТИВНАЯ ТАБЛИЦА ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВЕРОЯТНОЙ ЭТИОЛОГИИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА И ИСТОЧНИКА БОЛИ

М.М. МАХАМБЕТЧИН¹, Т.Д. ЗАРИПОВА¹, Н.А. КРИВОРУЧКО²,
П.И. РЕБРИКОВ¹

¹Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии,

²Национальный научный медицинский центр, Астана

Ауырпшандық сезімталдықты объективтендіру мәселесінің азектілігі сарапталды. Ауырсыну феноменінің әртүрлі мамандық дәрігерлермен бірігіп зертеудің тиімділігі қарастырылады. Талқылауға буын синдромының этиологиясымен ауырсынудың көзін дәлелдейтін интегративті таблица ұсынылады.

The problem urgency of objectivization painful sensitivity in medicine is discussed. The expediency of joint research of a phenomenon of a pain is considered by doctors of different specialities. The integrative table of acknowledgement of a probable aetiology of an articulate syndrome and a pain source is represented for discussion. Keywords: painful sensitivity, articulate a syndrome.

Разная индивидуальная степень болевой чувствительности (БЧ), а именно ее крайние формы (пониженная и повышенная) создают во всех разделах медицины как диагностические, так и лечебные проблемы [1, 2, 3]. Разная БЧ нередко препятствует своевременной и точной диагностике, особенно это значимо при болях в животе. Как известно, в экстренной абдоминальной хирургии несвоевременная (запоздалая) диагностика, как и гипердиагностика, могут иметь тяжелые последствия для больного [1,3,4,5,7]. Гипердиагностика острой хирургической патологии приводит к напрасным оперативным вмешательствам, а следствием запоздалой диагностики являются тяжелые осложнения и высокая летальность [1,3,4,6].

Если в экстренной абдоминальной хирургии болевой синдром выступает чаще и больше как симптом, который наблюдают и через который диагностируют непосредственный его источник – мишень для лечения, то в других разделах медицины, таких как ревматология и неврология, боль чаще и больше сама выступает как мишень для лечения и критерий ее эффективности. Несмотря на специфическую по-

зицию в отношении боли, все три дисциплины хотели бы иметь ответ на вопрос: «Что лежит в основе несоответствия интенсивности болевого синдрома - степени органических проявлений патологического процесса?»

Сотрудничество специалистов вокруг этого вопроса должно быть продуктивным. Каждая специальность имеет свои выгоды для исследования механизмов боли особенности, которые, интегрируясь, могут вывести на новый уровень в понимании феномена боли.

Если вышеставленный вопрос имеет ответ, то должны существовать объективные основы разной степени БЧ человека, обнаружение которых будет либо ответом, либо основой дальнейших поисков. Осознавая сложность объективизации степени БЧ человека, надо принять во внимание то, что в каждой специальности накоплена специфическая информация о боли, направленное объединение которой будет иметь большой потенциал, возможно достаточный для решения этой задачи.

Сотрудничество врачей разных специальностей началось с «кристаллизации» знаний в диагностике и

лечения основных, актуальных заболеваний в своей дисциплине. Важно было найти тот алгоритм и тот уровень «сжимания» информации, которые бы кратчайшим путем привели к пониманию ключевых вопросов верификации патологии и дифференциальной диагностики в выбранной дисциплине.

Первой специальностью, подвергшейся «сжиманию», стала ревматология, где боль разнообразна в своих проявлениях, всегда в центре внимания, нередко носит хронический и рецидивирующий характер. В ревматологии патогенез многих заболеваний сложен и выражена индивидуальность течения заболевания, поэтому окончательный диагноз иногда ставится в итоге длительных наблюдений. Больные с артралгией более доступны разнообразным и повторным тестированиям БЧ, чем больные хирургического профиля. Все это выгодно выделяет ревматологию, как одну из дисциплин, перспективных в совместном изучении феномена боли.

Первым продуктом сотрудничества стала «Интегративная таблица подтверждения вероятной этиологии суставного синдрома и источника боли». В таблице рамками выделено пять разделов. Первый раздел – «напоминающий» о наиболее частых заболеваниях, об опасных нозологиях, о заболеваниях проблемных в диагностике и лечении. Второй раздел – «контролирующий» процесс выявления и обнаружения основных и важных признаков заболевания. Третий – «дифференцирующий», указывающий направления диагностического поиска в сложных случаях. Четвертый – «исследовательский», отражающий особенности БЧ, физиологии и сопутствующей патологии. Пятый – «результатирующий» данные обследования и лечения пациента.

В четвертом разделе таблицы отражаются соответствие болевого синдрома объективным органическим изменениям в области патологии (патологические органические изменения (ПОИ) «>» или «<» клиники), соответствие лабораторных изменений клинике (лабораторные изменения «>» или «<» клиники). Интенсивность болей определяется больным по ВАШ (визуальной аналоговой шкале). Основным тестом в оценке степени БЧ будет определение вторичной болевой реакции.

Планируется заполнение данной таблицы на каждого из исследуемых больных артрологического отделения. Таблица заполняется наряду с ведением истории болезни, в отличие от которой основные опорные элементы клинического мышления ревматолога уже указаны в таблице и остается лишь выделить в таблице те из них, которые реализованы в

данной истории болезни. Заполнение таблицы, по сути, - это фиксация сложного мыслительного процесса, возникающего при диагностике и лечении каждого пациента, ее некоторая письменная, схематическая миникопия.

Процесс заполнения таблицы будет заключаться в расставлении «+» напротив обнаруженных и выявленных фактов, возникших вопросов и сомнений и любой другой указанной в таблице информации. Далее среди уже выделенной информации дополнительно маркером отмечается та, которая стала значимой в контексте остальных индивидуальных данных.

Таблица, требуя на заполнение времени как на написание обычного дневника, по наглядности и информативности будет превосходить всю историю болезни, что очень важно при ее анализе.

Анализ заболевания пациента (значимые особенности клиники, течения заболевания, данных лабораторных и рентгенологических исследований, эффективности лечения) совместно с анализом особенностей БЧ, физиологии и сопутствующей патологии и другой выделенной информацией будет проводиться с целью обнаружения возможных специфических взаимосвязей между перечисленными фактами, параметрами, признаками. Взаимосвязей, определяющих ход дальнейших исследований и поиска объективных основ разной степени БЧ и ответа на выше поставленный вопрос.

Таблица позволит констатировать слабые места в диагностике у конкретного больного и возможные варианты дифференциальной диагностики у сложных пациентов, отражать сомнения и противоречивость в клинике больного, выделять главное и акцентировать на нем внимание. Совместная работа при разработке данной таблицы показала ее наглядность, информативность и соответственно полезность не только начинающим врачам, но и специалистам с большим опытом работы в клинике.

Таблица содержит своеобразный срез диагностической работы ревматолога, где систематизированы ключевые элементы клинического мышления в ревматологии. Считаем, что достигнутое «сжатие» информации достаточно для начала совместного изучения феномена боли на «территории» ревматологии, наряду с этим мы надеемся на критическую оценку первого этапа нашей работы и возможно продуктивное обсуждение данной таблицы на страницах журнала, для повышения ее информативности и практичности в работе по изучению боли.

Таблица 1

Список сокращений

АС – анкилозирующий спондилоартрит
 БЧ – болевая чувствительность
 ВАШ – визуальная аналоговая шкала
 ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
 г/с – голеностопный
 ДМТ – дерматомиозит
 ЛГМ – лимфогрануломатоз
 л/з – лучезапястный
 МПД – межпозвоночный диск
 м/ф – межфаланговый
 ПЖЖ – поджелудочная железа
 п/к – пояснично-крестцовый
 ПОИ – патологические органические изменения

п/ф – пястно-фаланговый
 РА – ревматоидный артрит
 Рг – рентгенография
 РеА – реактивный артрит
 РФ – ревматоидный фактор
 сд – синдром
 с/ж – синовиальная жидкость
 СКВ – системная красная волчанка
 СОЭ – скорость оседания эритроцитов
 сп – симптом
 СРБ – «С» реактивный белок
 ССД – системная склеродермия
 ТБ – тазобедренный сустав

Наиболее часто встречающиеся заболевания				Артриты при диффузных заболеваниях соединительной ткани			Инфекционные артриты		Артриты при опухолях	
		РА	Подагра	Болезнь Бехтерева	СКВ	ССД	ДМТ	Туберкулез		Гонорея
Хроническая болезнь суставов вследствие дегенерации суставного хряща	Асептическое воспаление суставов при инфекции внесуставной локализации	Системный, хронический аутоиммунный, деструктивный полиартрит	Хр. заболевание вследствие нарушения обмена пуринов с рецидивирующим артритом	Хр. воспаление суставов с преимущественным поражением суставов позвоночника с анкилозированием	Аутоиммунное поражение соединительной ткани и сосудов	Фиброзносклерозирующее поражение кожи и сосудов	Диффузное поражение кожи и мышц	Коленный, ТБ	Острое начало	Раке легкого
								Моноартрит	Коленный, г/с, л/з	
возраст более 45 л	возраст до 40 л	возраст 30 – 50 л	мужчины старше 40 л	возраст 18 – 30 лет	«Бабочка»	поражение кожи лица	мышечная слабость	нет вовлечения новых суст.	лихорадка	Раке молочной железы
постепенное начало	остро	артрит 3 и более суст.	женщины старше 60 л	дебют с сакроилеит	синдром Рейно	синдром Рейно рано	лихорадка	никогда больше 3 суст.	уретрит	
крупный суст.	после инфекции	симметрично мелких суст.	п/ф суст. большого пальца	2-стор. сакроилеит	симметричный артрит	симметричный артрит	синдром Рейно	стойкий артрит	сыпь на спине	Раке ПЖЖ
дистальные м/ф кисти	коленный, г/с	п/ф, проксимальные м/ф	яркая гиперемия суст.	асимметричный артрит	неэрозивный артрит	м/ф суст. кисти поздно	артралгии	боль в покое в движении	Гп в с/ж	
боль усиливается вечером	моно-, олигоартрит	нет поражения дистальн м/ф	острые приступы	моно-, олиго артрит	поражение околосуст. тк.	плотные отеки кожи	миозит	холодный натечник		
не болит в покое	асимметричный артрит	утренняя скованность >1час	другие крупные суст.	поражение хрящевого суст.	васкулит	гиперпигментация	периорбитальная эритема	нет деформации	Сифилис	Артриты при гемобластозах
первично симметрично	ярко местные изменения	ревматоидные узелки	тофусы	тотальный спондилит	полисерозит	сп кисета	сп Готтрона	Рг разрушение кости	коленный реже ТБ	
вторично асимметрично	односторонний сакроилеит	висцерит	артериальная гипертензия	скованность в п/к отделе	сыпь 80%	поражение сердца	сп Ступеньки	Рг нет эрозии	холодный артрит	
нет внесуст. поражений	полное обратное развитие	рвматоидный фактор	гиперурикемия	боль во 2 половине ночи	лихорадка	базальный пневмосклероз	дисфагия		ночные боли	Лейкозе
остеофиты, склероз		эрозивный артрит	уратный диатез	ахилобурсит	аллергоanamнез	поражение пищевода		При бол. Лайма	дефекты эпифиза	Лимфасаркоме
сужение суставной щели		остеопороз эпифиза	кристаллы уратов в с/ж	подошвенный фасциит	фотосенсибилизация	поражение почек		При ВИЧ – инфекции	полиморфная сыпь	ЛГМ
кисты в эпифизе			Рг «пробойник»	внесуст. поражения					RW +	
Ж:М=6:1	Ж:М=1:15	Ж:М=3:1	Ж:М=1:20	Ж:М=1:10	Ж:М=9:1	Ж:М=3:1	Ж:М=3:1			

· Сомнения и противоречия в клинике		· Возможен неспецифический дебют		· Возможно неспецифическое течение		· Возможны клинические перекресты		· Особенности БЧ физиологии и патологии		· Источник боли		· Вероятный диагноз		
Сглаженность сп	Системной красной волчанки	Туберкулезного артрита		Болезни Рейтера		Болевой порог		Суставной хрящ		Реактивный артрит				
Необъединяющиеся сп		Гонорейного артрита		Псориатического артрита		Вторичная болевая реакция		Синовиальная оболочка		Первичный остеоартроз				
Взаимоисключающие сп	Системной склеродермии	Бруцеллезного артрита		Кишечноассоциированного артрита		Боли по ВАШ до лечения		Кость		Недиффер. спондилоартроз				
Подозрение на миксты		Сифилитического артрита		Анкилозирующий спондилит		Боли по ВАШ при лечен		Связки		Ревматический артрит				
	Анкилозирующего спондиартрита							Мышцы		Ревматоидный артрит				
							ПОИ > клиники		Сосуды		Болезнь Бехтерева			
	Дерматомиозита				Недифференцированный спондилоартрит		ПОИ < клиники		Нервы		Псориатический артрит			
	Ревматоидного артрита												Болезнь Рейтера	
Неоднозначная интерпретация	Ревматического артрита		Вторичные артриты артропатии при		Отраженные боли в суставе при		Лабораторные изменения > клиники		Эффективность терапии		Подагра			
	Псориатического артрита								Лабораторные изменения < клиники		Высокая		Средняя	
Припухлости	Подагрического артрита		Инфекционном эндокардите		Полинейропатии				Средняя		Туберкулезный артрит			
Болезненности	Палиндромного ревматизма		Сепсисе		Грыжах МПД				Низкая		Гонорейный артрит			
Ограничения движения	Системного васкулита		Интоксикационной полиартралгии		Остеохондрозе п/к отдела				Без эффекта		Артрит при сифилисе			
Одностороннего сакроилеита	Кишечноассоциированного артрита		Эндокринопатиях		Паранеопластических процессах		Хронические очаги боли				Артрит при бруцеллезе			
			Неврологических заболеваниях		Спондилолистезе		Болезненность месячных		Прогноз течения		Артрит при кишечной патол.			
Симптомы исключения	Воспалительные артриты		Лабораторные данные		Трудный диагноз		Хр. головные боли		Выздоровление		Хондракальциноз			
Поражение дистальных м/ф суст. при РА	Отложение иммун. компл.		СОЭ		Б. Бехчета				Длительная ремиссия		Палиндромный ревматизм			
	При хроническом гепатите		СРБ		Р. полимиалгия		Хр. очаги инфекции		Ремиссия		Синдром Шегрена			
	При язвенном колите		РФ		Узелковый полиартрит		Сопутствующая патология		Хронизация		Синдром Бехчета			
	При терминальном иленте		Посев с/ж		Паранеопластический артрит				Осложненное течение		СКВ, ССД, ДМТ			
	При болезни Уиппла		Микроскопия с/ж		Артропатии						Хондропатии			

“ Кардинальные симптомы	“ Дебют и течение заболевания	“ Характеристика боли	“ Важные симптомы	“ Рентгенологические симптомы
Течение острое	С проксимальных м/ф суставов кистей	Боль после физической нагрузки	Скованность длительная больше 1 часа	Рг - сакроилеит односторонний
Течение хроническое	С дистальных м/ф суставов кистей	Боль вечерняя, в 1 половине ночи	Ограничение амплитуды движения в суставе	Рг - сакроилеит 2- сторонний
Моноартрит	С голеностопного сустава	Боль в покое	Сосискообразная деформация пальцев кисти, стоп	Рг - спондилит локальный
Олигоартрит	С коленного сустава	Боль уменьшается после движений	Ревматические узелки, узелки Габердена и Бушара	Рг - спондилит распространенный
Полиартрит крупных суставов	С тазобедренного сустава	Боль во 2 половине ночи	Тофусы	Рг - остеофиты
Полиартрит мелких суставов	Факт медленно прогрессирующего воспаления	Боль приступообразная	Типичное поражение 1 пальца стопы	Рг- эрозивный (узур) артрит
Припухлость сустава	Факт быстро прогрессирующего воспаления	Боль постоянная с усилением	Кожная сыпь, капилярнты, бляшки	Рг- массивные синдесмофиты
Покраснение, отек, гипертермия кожи	Факт рецидивирующего течения	Боль летучая, мигрирующая	Интоксикация	Рг- штампованные (пробойник)
Асимметричное поражение суставов	Факт приступообразного (атаками) течения	Боль провоцирует погода	Лихорадка	Рг- уплощение суставных поверхностей
Симметричность поражения суставов	После инфекции мочеполовой системы	Болят одни и те же суставы	Поражение околосуставных тканей	Рг- сужение суставной щели
Внесуставные поражения есть	После заболевания верхних дыхательных путей	Была, есть боль в плечах	Поражение глаз (конъюнктивит, ирит, увеит т.д.)	Рг- околосуставной остеопороз
Внесуставных поражений нет	Воспаление в суставе стойкое	Была, есть боль в шее	Поражение сердца, аортит, кардит, коронарит	Рг-остеосклероз эпифизов
	Воспаление в суставе нестойкое	Была, есть боль в пояснице	Сд Рейно	

ЛИТЕРАТУРА

1. Бетанели А.М. Острая хирургическая болезнь живота. – Тбилиси, 1980. – 592 с.
2. Ллойд М. Найхус, Джозеф М. Вителло, Роберт Э. Конден Боль в животе.- М.: Бином, 2002. – 320 с.
3. Лохвицкий С.В., Махамбетчин М.М. Определение степени болевого восприятия в диагностике острого живота. – Караганда: Арко, 2002.- 99 с.
4. Магдиев Т.Ш., Кузнецов В.Д., Шипилов В.А., Северинко Н.В. Ошибочные лапаротомии в неотложной хирургии // Хирургия.– 1991.– №11.– С.118–121.
5. Мазченко Н.С. О хирургических ошибках при острых заболеваниях органов брюшной полости.– Вестн. хирургии.– 1979.– №10.– С. 125 – 127.
6. Моше Шайн Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. – М: Гэотар – Мед, 2003.- 271 с.

7. Осипов А.П., Кобяков О.Л. Лечение острого аппендицита // Хирургия.–1992.– №2.– С.54 – 57.
8. Ивашкин В.Т., Султанов В.К. Болезни суставов. Пропедевтика, дифференциальная диагностика, лечение. – М.: Литтерра, 2005. – 544 с.
9. Клиническая ревматология Под ред. Л.Ф. Каррея. – М.: М, 1990.-448 с.
10. Колягин А.Н. Мидокалм при болезненном мышечном спазме у больных с остеоартрозом // Боль. – 2006. - №2.- С. 25-28.
11. Мазуров В.И. Клиническая ревматология. – М.: Фолиант, 2005. – 520 с.
12. Ревматология: Клинические рекомендации Под ред. Е.Л. Носонова. – М.: Геотар-Медиа, 2005. – 264 с.
13. Стерлинг Дж. Вест. Секреты ревматологии. – СПб: Бином, 1999. – 768 с.
14. Чепой В.М. Диагностика и лечение болезней суставов. – М.: М, 1990. – 303 с.