

## КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРМОБИЛЬНОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ

<sup>1</sup> Е.В.Матвиенко, <sup>1</sup> И.Г.Хмелевская, <sup>2</sup> А.В.Летяго, <sup>1</sup> Н.С.Разицькова

<sup>1</sup> Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина, г.Харьков, Украина

*К числу сложных вопросов медицины, в том числе и педиатрии, относится уникальная онтогенетическая аномалия развития организма – дисплазия соединительной ткани (ДСТ). Рассматриваются основные клинические аспекты одного из вариантов недифференцированной формы ДСТ – гипермобильного синдрома.*

*Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, гипермобильный синдром, гипермобильность суставов, подростки.*

Определенное внимание на современном этапе уделяется изучению проблемы дисплазии соединительной ткани, в основе развития которой значительная роль отводится генетически детерминированному дефекту синтеза и метаболизма фибриллярных структур. К частым проявлениям ДСТ относится гипермобильный синдром (ГМС) [1, с.593; 2, с.3856; 3, с.182; 4, с.523].

Литературные данные свидетельствуют о том, что повышенная суставная подвижность может влиять на течение некоторых ревматических заболеваний, в частности – хронических артритов, анкилозирующего спондилоартрита [5, с.18]. В некоторых случаях ГМС видоизменяет клиническую картину заболевания настолько, что приводит к постановке неправильного диагноза [6, с.103]. В.Г.Гаурт (2000) не исключает, что ГМС является фактором риска ранней дегенерации суставного хряща [7, с.25]. Нарушение инконгруэнтности суставных поверхностей при гипермобильности, которое в свою очередь вызвано неравномерной физической нагрузкой, приводит к дезорганизации и деструкции соединительнотканых структур, хрящевых поверхностей суставов и мышечно-связочного аппарата, что может способствовать образованию аутоантител к тканевым антигенам. Именно это повышение ИЛ-1в может быть риском возникновения аутоиммунных нарушений, а это имеет прогностическое значение в развитии болезней суставов [8].

Артралгии коленных суставов – наиболее частый симптом гипермобильности, который является результатом нарушения равновесия между уменьшением возможностей опорно-двигательного аппарата и возрастающей нагрузкой (увеличение массы тела, спорт). Кроме периодической боли в суставах, клиническими проявлениями ГМС также могут быть: тяжесть в нижних конечностях,

усталость, мышечные боли в конце дня, ассоциированные с физическим перенапряжением, и в состоянии покоя, при изменении погодных условий. При визуальном осмотре изменений в суставе не выявляют, кроме, собственно, гипермобильности, а синовит встречается редко.

**Цель:** усовершенствование диагностики ГМС на основании изучения его клинических проявлений у подростков.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением в клинике находилось 48 подростков 12–18 лет, с разной степенью выраженности ГМС, девушек - 25, юношей - 23.

Наличие ГМС, его степень определяли с помощью Брайтонских критериев и общепринятых критериев диагностики С.Carter и J.Wilkinson [9, с.42] в модификации Р.Beighton [10, с. 413].

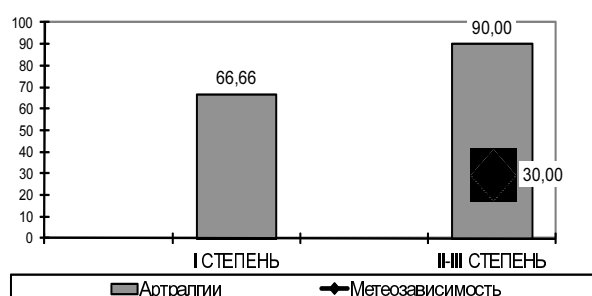
Для оценки субъективной боли использовали визуально-аналоговую шкалу боли (ВАШ Хаскинсона) [11, с.341].

**Результаты и обсуждение.** При проведении исследования определено, что большинство пациентов имели выраженную степень суставной гипермобильности (70,54%). Генерализованная степень гипермобильности суставов регистрировалась у 18,15% подростков, чаще у девушек нежели у юношей (75,00% и 25,00%, P<0,01). Легкая гипермобильность встречалась лишь у 11,31%.

В клинической симптоматике ведущим проявлением патологии был болевой синдром, что и определяло поступление большинства подростков в клинику. У пациентов с ГМС в 89,96% случаев отмечались артралгии в суставах нижних конечностей (коленных и голеностопных). Артралгии возникали, как правило, без определенных причин и при изменении метеоусловий (26,38%), характеризовались умеренной интенсивностью бо-

левого синдрома. Определено, что именно юноши чаще предъявляли жалобы на суставную боль ( $P < 0,01$ ).

Почти с одинаковой частотой артралгический синдром встречался в разные возрастные периоды (соответственно  $84,61 \pm 11,41\%$  и  $90,00 \pm 10,60\%$ ), преимущественно при выраженной гипермобильности суставов ( $90,00 \pm 7,27\%$ ) (рис.).



**Рис. Частота артралгий у подростков с ГМС в зависимости от степени суставной гипермобильности (в процентах)**

Таким образом, дети и подростки с наличием ГМС, который может быть фактором риска развития болезней опорно-двигательного аппарата, требуют своевременной клинической оценки с определением дальнейшей тактики ведения таких пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Jonsson H. High hand joint mobility is associated with radiological CMC1 osteoarthritis: the AGES-Reykjavik study / H. Jonsson // *Osteoarthritis Cartilage*. 2009. Vol. 17, № 5. P. 592–595.
2. Chen H. C. Inverse association of general joint hypermobility with hand and knee osteoarthritis and serum cartilage oligomeric matrix protein levels / H. C. Chen // *Arthritis Rheum*. 2008. Vol. 58, № 12. P. 3854–3864.
3. Golightly Y. M., Nelson A. E. General joint hypermobility and hip osteoarthritis: the Johnston county osteoarthritis project / Y. M. Golightly, A. E. Nelson // *Osteoarthritis and Cartilage*. 2012. Vol. 20. P. 182.
4. Grahame R. Hypermobility: an important but often neglected area within rheumatology / R. Grahame //

*Nat. Clin. Pract. Rheumatol*. 2008. Vol. 4, № 10. P. 522–524.

5. Ardelean D., Weizani H., Eyguem A. Les marqueurs biologiques du remodelage osseux / D. Ardelean, H. Weizani, A. Eyguem // *Eurobiologiste*. – 1999. – Vol. 33, № 242. – С. 15-21.
6. Грэхем Р. Гипермобильность суставов-100 лет после Черногубова / Р. Грэхем // *Терапевтический архив*. – 1992. – № 5. – С. 103.
7. Коршунов Н.И., Гауэрт В.Р. Синдром гипермобильности суставов: клиническая характеристика и особенности ревматоидного артрита и остеоартроза, развившихся на его фоне / Н.И. Коршунов, В.Р. Гауэрт // *Терапевтический архив*. – 2000. – № 12. – С. 23-27.
8. Buckwalter J., Mankin H. Articular cartilage: degeneration and osteoarthritis, repair, regeneration and transplantation / J. Buckwalter, H. Mankin // *Instr. Course Lect.* – 1998. – № 47. – P. 487-504.
9. Carter C., Wilkinson J. Persistent joint laxity and congenital dislocation of the hip / C. Carter, J. Wilkinson // *J. of Bone Joint Surg.* – 1964. – Vol. 46-B, № 1. – P. 40-45.
10. Beighton P., Solomon L., Soskone C.L. Articular mobility in an African population / P. Beighton, L. Solomon, C. L. Soskone // *Ann. Rheum. Dis.* – 1973. – Vol. 32, № 5. – P. 413.
11. Коваленко В.М., Борткевич О.П. Остеоартроз: Практическое руководство. 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Морион, 2005. – 592 с.

#### CLINICAL ASPECTS OF HYPERMOBILITY SYNDROME IN ADOLESCENTS

**Matvienko E.V.<sup>1</sup>, Khmelevskaya I.G.<sup>1</sup>, Letyago A.V.<sup>2</sup>, Razinkova N.S.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

<sup>2</sup>V.N.Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

Among the difficult issues of medicine, including pediatrics, there is a unique developmental malformation of the body - connective tissue dysplasia (CTD). The main clinical aspects of one of CTD undifferentiated forms is hypermobility syndrome.

Keywords: connective tissue dysplasia, hypermobility syndrome, hypermobility of joints, adolescent.