

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ

Пасієшвілі Людмила Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб Харківського національного медичного університету;

Бабінець Лілія Степанівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського;

Ждан Вячеслав Миколайович, доктор медичних наук, професор кафедри сімейної медицини і терапії Навчально-наукового інституту, ректор ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»;

Железнякова Наталія Мерабівна, доктор медичних наук, завідувачка кафедри внутрішньої медицини №1 Харківського національного медичного університету;

Заздравнов Андрій Анатолійович, доктор медичних наук, професор кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб Харківського національного медичного університету;

Величко Валентина Іванівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри сімейної медицини Одеського національного медичного університету;

Карпенко Володимир Геннадійович, доктор медичних наук, професор кафедри торако-абдомінальної хірургії, в.о. ректора Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО);

Капустник Валерій Андрійович, доктор медичних наук, професор кафедри професійних та внутрішніх хвороб, ректор Харківського національного медичного університету;

Михайловська Наталія Сергіївна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб Запорізького державного медичного університету;

Пасієшвілі Нана Мерабівна, доктор медичних наук, професор Харківського національного університету імені Каразіна В. Н., директорка Харківського обласного клінічного перинатального центру;

Фролова Тетяна Володимирівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри пропедевтики педіатрії Харківського національного медичного університету;

Чухрієнко Неоніла Дмитрівна, доктор медичних наук, професор кафедри сімейної медицини Дніпропетровського державного медичного університету;

Андруша Аліна Борисівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб Харківського національного медичного університету;

Бабаніна Марина Юрїївна, кандидат медичних наук, доцент, завідувачка кафедри сімейної медицини і терапії Навчально-наукового інституту ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»;

Бобро Лілія Миколаївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб Харківського національного медичного університету;

Лісова Оксана Олександрівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб Запорізького державного медичного університету;

Пасієшвілі Тамара Мерабівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 та ендокринології Харківського національного медичного університету;

Стенкова Наталія Федорівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики педіатрії Харківського національного медичного університету;

Шапкін Вадим Євгенович, кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб Харківського національного медичного університету;

В'юн Тетяна Іванівна, доктор філософії, асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб Харківського національного медичного університету;

Лагода Дар'я Олександрівна, асистент кафедри сімейної медицини Одеського національного медичного університету.

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	10
Передмова	12
Вступ (<i>проф. Пасієшвілі Л. М.</i>)	14
Розділ 1. АНАТОМІЯ ХРЕБТА, СУГЛОБІВ І М'ЯЗІВ.	
ФУНКЦІЯ В ОРГАНІЗМІ (<i>проф. Пасієшвілі Н. М.</i>)	19
Література	22
Розділ 2. СИНДРОМ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ В ДІТЕЙ	
(<i>проф. Фролова Т. В., доц. Стенкова Н. Ф.</i>)	24
Література	34
Розділ 3. ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ХВОРОБИ СУГЛОБІВ	
Остеоартрит (<i>проф. Капустник В. А.</i>)	37
Остеохондроз (<i>проф. Капустник В. А.</i>)	52
Остеопороз (<i>доц. Андруша А. Б.</i>)	59
Література	83
Розділ 4. ЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ СУГЛОБІВ	
Ревматоїдний артрит (<i>проф. Пасієшвілі Л. М.</i>).....	86
Псоріатричний артрит (<i>проф. Пасієшвілі Л. М.</i>)	96
Ревматична поліміалгія (<i>доц. Пасієшвілі Т. М.</i>)	104
Література	110
Розділ 5. УРАЖЕННЯ СУГЛОБІВ І М'ЯЗІВ ПРИ ДИФУЗНИХ ХВОРОБАХ	
СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ (<i>проф. Михайловська Н. С., доц. Лісова О. О.</i>).....	111
Системний червоний вовчак	111
Системна склеродермія	128
Вузликовий поліартеріїт	135
Гостра ревматична лихоманка	139
Література	147
Розділ 6. МЕТАБОЛІЧНІ ХВОРОБИ СУГЛОБІВ.	
Подагричний поліартрит (<i>доц. Пасієшвілі Т. М.</i>)	149
Література	163
Розділ 7. РІДКІСНІ ХВОРОБИ СУГЛОБІВ (<i>PhD В'юн Т. І.</i>)	
Туберкульозний гоніт	165
Синдром Шегрена	165
Синдром зіткнення плеча	166
Синдром зап'ястного каналу	167
Синдром каналу Гуйона	167

.....
Хвороба де Кервена	167
Література	168
Розділ 8. САРКОПЕНІЯ (<i>проф. Пасієшвілі Н. М.</i>)	170
Література	175
Розділ 9. СИНДРОМ МІАЛГІЇ	177
Дерматоміозит (<i>доц. Пасієшвілі Т. М.</i>)	178
ІНШІ ВИДИ УРАЖЕННЯ М'ЯЗІВ (<i>проф. Железнякова Н. М.</i>)	184
Міофасціальний синдром	184
Фіброміалгія	184
Оперізувальний герпес	185
Міжреберна невралгія	186
Хвороба Мак-Ардла	187
Хвороба Лайма (нейробореліоз)	188
Паразитарні міозити	188
Розсіяний склероз	188
Синдром хронічної втоми	189
Міастенії	192
Еозинофільні міозити	193
Еозинофільний фасціт	193
Еозинофільний мономіозит	193
Еозинофільний поліміозит	193
Синдром еозинофілії-міалгії	193
Ідіопатична пароксизмальна міоглобінурія Meyer-Betz	194
Грип	194
Туберкульоз	195
Тубкоксит	195
Туберкульоз плечового суглоба	195
Вузлувата еритема	196
Системний червоний вовчак	196
Ревматична поліміалгія	197
Системна склеродермія	197
Ревматоїдний артрит	198
Вузликовий поліартеріїт	199
Хвороба Вегенера (гранулематоз Вегенера)	200
Хвороба Іценка-Кушинга	201
Лікарські препарати	202
Психогенна міалгія	202
М'язовий біль у ділянці плечей і шиї	203
М'язовий біль у ногах	203
М'язовий біль у спині	203
Біль у м'язах рук	204
Література	204

Розділ 10. СУГЛОБОВО-М'ЯЗОВИЙ СИНДРОМ У ПАЦІЄНТІВ

3 ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ	208
Реактивний артрит (проф. Величко В. І., ас. Лагода Д. О.)	208
Інфекційні артрити (проф. Величко В. І., ас. Лагода Д. О.)	214
Вірусні гепатити В і С (проф. Величко В. І., ас. Лагода Д. О.)	216
М'язово-суглобовий синдром, асоційований	
із COVID-19 інфекцією (проф. Величко В. І., ас. Лагода Д. О.)	219
Грип (PhD В'юн Т. І.)	220
Токсоплазмоз (PhD В'юн Т. І.)	220
Лептоспіроз (PhD В'юн Т. І.)	221
Бореліоз (PhD В'юн Т. І.)	223
Література	225

Розділ 11. УРАЖЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ

ПРИ ХВОРОБАХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ (проф. Чухрієнко Н. Д.)	227
Пухлини легень	227
Саркоїдоз Бенъе-Бека-Шаумана	230
Туберкульоз легень (ревматоїд Понсе)	237
Ревматоїдний силікоз	242
Література	247

Розділ 12. УРАЖЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ

НА ЕНДОКРИНОЛОГІЧНІ ХВОРОБИ (доц. Шапкін В. Є.)	248
Цукровий діабет	248
Первинний гіперпаратиреоз	257
Первинний гіпопаратиреоз	260
Акромегалія	261
Гіпофізарний нанізм	264
Ендогенний гіперкортицизм	266
Первинний гіперальдостеронізм	267
Тиреотоксикоз	267
Гіпотиреоз	269
Література	269

Розділ 13. УРАЖЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ПРИ

ХВОРОБАХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ (доц. Бобро Л. М.)	271
Хронічні хвороби верхніх відділів шлунково-кишкового тракту	271
Хронічний панкреатит	276
Хронічні дифузні хвороби печінки й біліарна патологія	280
Хвороби кишечника	286
Література	292

Розділ 14. УРАЖЕННЯ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ

ВАГІТНОСТІ Й ПОЛОГАХ (проф. Карпенко В. Г., проф. Пасієшвілі Н. М.)	295
Остеопороз при лактації	298

Остеомаляція	299
Симфізит при вагітності	299
Дисплазія сполучної тканини	302
Хвороба Гоше й вагітність	304
Розбіжність лобкового зчленування	306
Ревматоїдний артрит у вагітних	308
Вагітність при системному червоному вовчаку	309
Література	310

Розділ 15. ГРУПИ ПРЕПАРАТІВ, ЯКІ НАЙЧАСТІШЕ ВИКОРИСТОВУЮТЬ ПРИ ХВОРОБАХ СУГЛОБІВ І М'ЯЗІВ 311

НЕСТЕРОЇДНІ ПРОТИЗАПАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ

В РЕВМАТОЛОГІЇ (проф. Ждан В. М., доц. Бабаніна М. Ю.) 311

Характеристика окремих НПЗП 326

Диклофенак 326

Ацеклофенак 328

Лорноксикам 329

Піроксикам 331

Кеторолак 332

Кетопрофен 333

Рофекоксиб і целеккоксиб 333

Еторикоксиб 335

Німесулід 338

Амтолметин гуацил 338

Напроксен 339

Місцеві НПЗП 340

Взаємодії НПЗП з іншими лікарськими засобами 342

Застосування НПЗП у період вагітності й годування груддю 345

Пацієнти з факторами ризику 346

Протипоказання до застосування нестероїдних протизапальних засобів 347

Особливості застосування НПЗП у ревматології 347

Рекомендації щодо використання нестероїдних протизапальних препаратів при ревматологічних хворобах 350

Правила призначення нестероїдних протизапальних засобів 351

Використання НПЗП

у лікуванні окремих ревматологічних хвороб 353

Біль у нижній частині спини 353

Остеоартрит 353

СИМПТОМ-МОДИФІКАЦІЙНІ ЗАСОБИ ШВИДКОЇ ДІЇ 355

Анкілозивний спондилоартрит 357

Лікування гострого нападу подагри 358

Ревматоїдний артрит 358

	9
.....	
Псоріатичний артрит	360
Реактивні артрити	360
Гостра ревматична лихоманка	
і хронічна ревматична хвороба серця	361
Системний червоний вовчак	361
ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДИ ПРИ ХВОРОБАХ СУГЛОБІВ	
<i>(проф. Бабінець Л. С.)</i>	369
РАЦІОНАЛЬНА ХОНДРОПРОТЕКЦІЯ <i>(проф. Заздравнов А. А.)</i>	386
Препарати з доведеною ефективністю	387
Препарати й біологічно активні добавки з наявною, але недостатньою доказовою базою щодо їхньої ефективності	393
Перспективні препарати (потенційні ХП)	401
Препарати й біологічно активні агенти, що використовувались / використовуються як ХП попри доведену відсутність хондропротективних властивостей	402
Фізичне навантаження	403
Література	404

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АСК – ацетилсаліцилова кислота
АС – анкілозуючий спондилоартрит
АФС – антифосфоліпідний синдром
АФЛ – антифосфоліпіди
БРА – блокатори рецепторів ангіотензину II
БС – больовий синдром
ВАШ – Visual Analogue Scale – візуальна аналогова шкала болю
ГЕБ – гематоенцефалічний бар'єр
ГГ – гастроінтестинальні розлади
ГКС – глюкокортикостероїди
ГПА – гострий подагричний артрит
ГРЛ – гостра ревматична лихоманка
ГУН – гостре ураження нирок
Да – дальтон
ДМАТ – добовий моніторинг артеріального тиску
ЕГДС – езофагодуоденоскопія
ЗДА – залізодефіцитна анемія
ІЛ – інтерлейкін
ІМ – інфаркт міокарда
іАПФ – інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту
ІПП – інгібітор протонної помпи
ЛЗ – лікарські засоби
МЕТ – метамізол натрію
МЩКТ – мінеральна щільність кісткової тканини
НАП – напроксен
НДА – низькі дози аспірину
н-НПЗП – неселективні НПЗП
НПЗЗ – нестероїдні протизапальні засоби
НПЗП – нестероїдні протизапальні препарати
ОА – остеоартрит / остеоартроз
ОП – остеопороз
ПГ – простагландини
ПР – побічна реакція
ПсА – псоріатичний артрит
РА – ревматоїдний артрит
РХ – ревматичні хвороби
РКД – рандомізоване клінічне дослідження
с-НПЗП – селективні НПЗП
ССД – системна склеродермія

ССР – серцево-судинні розлади

СХСТ – системні хвороби сполучної тканини

СЧВ – системний червоний вовчак

ХХН – хронічна хвороба нирок

ХРХС – хронічна ревматична хвороба серця

ЦОГ – циклооксигеназа

ЦС – центральна сенситизація

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

ШКР – шлунково-кишкові розлади

ШКФ – швидкість клубочкової фільтрації

ЮРА – ювенільний ревматоїдний артрит

5-ЛОГ – 5-ліпооксигеназа

ACR – Американська колегія ревматологів

EULAR – Європейська протиревматична ліга

ESCEO – Європейське товариство з клінічних і економічних аспектів остеопорозу, остеоартриту і хвороб кістково-м'язової системи

LINK – Longitudinal Investigation of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs in Knee Osteoarthritis – клінічне дослідження нестероїдних протизапальних препаратів при артрозі колінного суглоба

NICE – National Institute for Health and Care Excellence – Національний інститут здоров'я і досконалості допомоги

OARSI – Міжнародне товариство з вивчення ОА

SYSADOAs – Symptomatic slow-acting drugs – симптоматичні препарати повільної дії для лікування остеоартриту

SCOT – клінічне дослідження щодо безпеки й небажаних явищ за використання целекоксибу для лікування артрити

TSQM – Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication – опитувальник щодо задоволеності лікуванням

WOMAC – The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index – індекс вираженості ОА Університетів Західного Онтаріо й МакМастера

ПЕРЕДМОВА

Хвороби опорно-рухового апарату – актуальна проблема і для пацієнтів, і для клініцистів. М'язово-суглобова патологія надзвичайно поширена, вона стає найчастішою причиною хронічного болю й інвалідності; на неї страждають сотні мільйонів людей у всьому світі. У будь-який момент близько 30 % дорослих людей потерпають від болю в суглобах або обмеження рухової активності. Ці хвороби суттєво впливають на психосоціальний статус пацієнтів, їхніх родин і доглядальників. Люди з м'язово-суглобовими хворобами втрачають рухливість, незалежність, мають вищі показники госпіталізації та смертності. Різно погіршується якість їхнього життя, збільшуються фінансові витрати й пацієнта, і суспільства на охорону здоров'я.

З точки зору патофізіології хвороби опорно-рухового апарату – досить різно-рідна група, проте вони знаходяться в єдиному анатомо-функціональному континенті. Ураження м'язово-суглобової системи охоплюють широкий спектр патологічних станів: від короткочасних гострих подій (інфекційні й посттравматичні артрити й міозити) до довічних хронічних хвороб (остеоартрит, ревматоїдний артрит, остеопороз, подагра, поліміозит та ін.).

Стрімко плине час. За останні 50 років ревматологія досягла помітних успіхів, що сприятливо позначилося на тривалості й якості життя пацієнтів із хворобами опорно-рухового апарату. Небагато медичних спеціальностей можуть зрівнятися з нею у швидкості залучення результатів досліджень клітинно-молекулярних взаємодій для розуміння патогенезу хвороб і, відповідно, для створення нових лікувально-діагностичних стратегій. Прогрес особливо помітний щодо таких хвороб як ревматоїдний артрит, псоріатичний артрит, анкілозивний спондиліт.

Широке впровадження високотехнологічних діагностичних методів (імуноферментний аналіз, полімеразна ланцюгова реакція, генетичні дослідження тощо) надало клініцистам потужний арсенал чутливих і специфічних маркерів цих хвороб. Терапія пройшла шлях від застосування нестероїдних протизапальних препаратів, глюкокортикоїдів і метотрексату до впровадження моноклональних антицитокінових антитіл та інгібіторів янус-кіназ. Стратегічні підходи з використанням таких агентів змінили результати лікування, покращили прогноз багатьох хвороб. Донедавна смертельні хвороби, наприклад, системний червоний вовчак, тепер можна лікувати за допомогою сучасних імуносупресивних методів.

Поширеність абсолютної більшості хвороб м'язово-суглобової системи збільшується з віком, на їхній перебіг негативно впливають супутня соматична патологія, фактори способу життя, такі як ожиріння й недостатня фізична активність. Зростання питомої ваги літніх людей у популяції, зміни в способі життя (урбанізація, автомобілізація, «життя» в соціальних мережах і на дивані перед телевізором) означають, що медико-соціальне навантаження на людей і суспільство з боку хвороб опорно-рухового апарату буде зростати й надалі.

Цього року кафедрі загальної практики - сімейної медицини та внутрішніх хвороб ХНМУ виповнюється 20 років. Увесь цей час її колектив займався проблемами лікування й діагностики хвороб суглобово-м'язової системи, співробітниками було захищено низку кандидатських і докторських дисертацій, видано монографії й отримано патенти з даної проблематики.

Цей посібник став закономірним результатом багаторічних напрацювань колективу кафедри спільно з провідними фахівцями інших закладів вищої медичної освіти України. Авторами свідомо використано комплексний мультидисциплінарний підхід у викладенні матеріалу: хвороби м'язово-суглобової системи розглянуто з урахуванням їх можливої коморбідності та співвідношення «основна хвороба – ускладнення». Сподіваємося, що саме такий методологічний прийом стане дієвим інструментом у розвитку клінічного мислення й мистецтва лікування в майбутніх і нинішніх лікарів.

ВСТУП

Хвороби суглобів – найдавніша патологія в людини. Термін «артрит» увів у вжиток Гіппократ, який жив у 460-377 рр. до нашої ери. У XVI столітті Байю відокремив ревматизм від інших артритів, а в XVII столітті Белон, а потім Сиденгам виділили подагру як самостійну хворобу. Сиденгам уперше описав і ревматоїдний артрит. Нарешті, Мюллер у XIX столітті поділив усі хвороби суглобів на дві групи: запальні хвороби (артрити) і дегенеративні (артрози).

Класифікація хвороб суглобів ускладнена через різноманіття суглобових захворювань, що мають схожі клінічні й анатомічні ознаки, і через невстановленість етіології й патогенезу.

До 10 % населення Землі страждає на яку-небудь хворобу суглобів. За патологічною ознакою всі хвороби суглобів поділяють на три групи:

1. Запальні (артрити);
2. Дегенеративно-дистрофічні (артрози);
3. Артралгії.

При артритах зміни в суглобах і періартикулярних тканинах мають переважно запальний характер, причому первинно залучається синовіальна оболонка. За хронічного перебігу артрити розвиваються проліферативні явища, у порожнині суглоба утворюється грануляційна тканина, яка наповзає на хрящ і руйнує його. Проліферативні зміни м'яких тканин, фіброз і склерозування капсули, зв'язок і сухожиль призводять до відчутної дефігурації й деформації суглоба і до прогресуючого порушення його функції.

В основі артрозу лежить дегенеративно-дистрофічний процес, згодом можуть приєднуватися явища вторинного синовіту, що розвивається внаслідок травмизації остеοфітами синовіальної оболонки і м'яких періартикулярних тканин. При цьому на відміну від артритів первинно в процес залучається суглобовий хрящ.

Робоча класифікація хвороб суглобів

1. Запальні (артрити):

- а) ревматоїдний артрит;
- б) ревматичний поліартрит типу алергічного синовіту (трапляється рідко);
- в) інфекційно-алергічний поліартрит, зокрема паліндромний ревматизм та інтермітуючий гідрартроз (переміжна водянка) суглоба;
- г) спондилоартрит анкілозуючий (хвороба Бехтерева);
- д) інфекційні специфічні артрити (туберкульозний, бруцельозний, гонорейний, сифілітичний, дизентерійний, пневмококовий, вірусний, септичний, грибовий);
- е) псоріатичний поліартрит;
- ж) хвороба Рейтера.

2. Дегенеративні артрози:

- а) деформуючий остеоартроз первинний і вторинний;
- б) міжхребцевий остеохондроз;
- в) деформуючий спондильоз, спондилоартроз;
- г) остеохондропатії (хвороба Пертеса, Осгуд-Шляттера, Кеніга, Кінбека, Келлера I, II).

3. Особливі форми:

- а) вроджені хвороби й синдроми (вроджена дисплазія стегна, аномалії хребта, остеохондродистрофія, синдром Марфана й ін.);
- б) пухлини (синовіома, хондроматоз суглоба);
- в) психогенні артропатії.

4. Артрити й артрози, пов'язані з іншими хворобами

Артрити й артрози, артропатії при:

- а) алергічних хворобах (лікарська хвороба, сироваткова хвороба, капіляротоксикоз, вузлувата еритема);
- б) колагенозах;
- в) метаболічних порушеннях (подагра, хондрокальциноз, хвороба Кашина-Бека, ліпоїдний остеоартроз);
- г) хворобах легенів (силікоз, рак, саркоїдоз, гіпертрофічна остеоартропатія й ін.);
- д) ендокринних хворобах (мікседема, тиреотоксикоз, акромегалія, діабет, гіперпаратиреоз – хвороба Реклінгаузена; клімакс, ожиріння);
- е) хворобах крові (лейкози, гемофілія, серпастоклітинна анемія);
- ж) хворобах нервової системи (сирингомієлія, периферичні неврити, парези й паралічі);
- з) хворобах травного тракту (виразковий коліт, регіонарний ілеїт та ін.);
- і) саркоїдозах;
- к) синдромних хворобах (синдром С'єгрена, Бехчета);
- л) скорбуті;
- м) інтоксикаціях і отруєннях;
- н) злоякісних пухлинах (параканцероматозні артрити);
- о) вегетативно-судинній дистонії;
- п) вібраційній хворобі.

Причини хвороб суглобів різноманітні й багато в чому ще не вивчені. Але при всіх хворобах суглобів важливу роль відіграє інфекція. Велике значення мають також алергія й аутоалергія (при ревматизмі, ревматоїдному артриті, реактивному артриті, артралгіях). Мають значення професійні (статичні артрити, артрити танцівниць, друкарок, водіїв), механічні й судинні чинники.

Перші десять років ХХІ століття ВООЗ оголосила міжнародним десятиліттям хвороб суглобів і кісток. Такий пріоритет певної частини ревматологічних хвороб був зумовлений кількома причинами. По-перше, хвороби кістково-суглобової системи займають одне з перших місць за поширеністю серед усіх хронічних неінфекційних хвороб внутрішніх органів, складаючи до 40 % загальної кількості

пацієнтів. По-друге, до 55 % людей із хворим опорно-руховим апаратом рано чи пізно стають інвалідами, що визначає якість життя таких пацієнтів. По-третє, витрати на лікування таких хворих у різних країнах складають до 20 % медичних витрат.

Так, хвороби опорно-рухового апарату в США мають понад 42 млн жителів, 7 млн із них стали інвалідами; витрати на лікування таких пацієнтів складають до 65 млрд доларів за рік. Прогноз Асоціації ревматологів США невтішний: до 2025 року хвороби кістково-суглобової системи перевищать 60-мільйонний бар'єр пацієнтів з економічними втратами понад 100 млрд за рік.

У Франції щорічно для лікування хворих із патологією опорно-рухового апарату витрачають 2 млрд євро зі щорічним зростанням на 10 %.

В Україні ревматичні хвороби зафіксовано в 9,5 %, або 9512 пацієнтів на 100 тисяч населення, – третє місце після хвороб систем кровообігу і травлення (В. М. Коваленко). Загальна захворюваність на остеоартрит у нашій країні становить 220-240 на 10 тис. населення із тенденцією до різкого зростання.

До ревматологічної патології належать понад 150 нозологій. Найпоширеніші – остеоартрит (ОА), ревматоїдний артрит (РА), остеопороз (ОП) і сольові артропатії.

ОА – найчастіша патологія; його діагностують у 20 % населення планети, причому серед людей віком понад 60 років він виникає в 100 % випадків.

Така поширеність кістково-суглобової патології зумовлює вибір діагностичних заходів для встановлення етіологічного (за можливості) діагнозу, що сприятиме застосуванню адекватної терапії.

Відомий клініцист М. М. Дитерихс писав: «Якби, наприклад, наші органи пересування – нижні кінцівки були найбільш досконалими колесами або гусеничними ланцюгами, тобто найдоцільнішими апаратами з придуманих людиною для подолання простору, то організм не міг би використовувати більшої частини тих можливостей, які надаються йому саме системою важелів, якими є завдяки нашим суглобам наші кінцівки».

Виникнення чи посилення болю в період абсолютного спокою, його послаблення або повне припинення після руханки, залежність від погодних умов, зміни температури, часу доби можуть бути наслідком немеханічних дисгемічних порушень (унаслідок венозного стазу) і запальних змін у хребті. При дисгемічному процесі біль має вегетативні властивості: пульсівний, розпиральний, пекучий. Виникають відчуття жару й затерпlosti, які посилюються з перебуванням у положенні спокою, на холоді й припиняються в теплі. Необхідно зауважити, що в клінічній практиці часто спостерігається поєднання механізмів виникнення болювого синдрому.

Одне з першочергових завдань лікаря – оцінити болювий синдром. Для оцінки ступеня болювого синдрому в суглобах застосовують спосіб «10-сантиметрова шкала» (візуально-аналогова шкала – ВАШ): на аркуші паперу розкреслюють пряму лінію з відмітками від 0 до 10 см. Хворому пропонують згадати відчуття найсильнішою болем, який він коли-небудь відчував, і прийняти його вираженість

за 10 см. За наявності артралгії пацієнт відмірює на сантиметровій шкалі кількість сантиметрів (показник інтенсивності болю).

Інтенсивність артралгії часто оцінюють за 5-бальною шкалою: 0 – відсутність болю, 1-й ступінь – мінімальний біль, який не є причиною зниження працездатності й не заважає хворому спати вночі; 2-й – помірний біль, що знижує працездатність, обмежує самообслуговування й дозволяє спати тільки після вживання ліків; 3-й – сильний біль, який погано купірується знеболювальними препаратами й може бути причиною повної втрати професійної й побутової працездатності; 4-й – надсильний (нестерпний) біль.

Під час пальпації оцінюють суглобовий індекс Річі як сумарний числовий вираз болю за 4-бальною системою: 0 балів – відсутність болю; 1 бал – слабкий біль; 2 бали – помірний; 3 – сильний.

Зважаючи на різну частку участі в загальнозапальному процесі великих, середніх і дрібних суглобів, використовують коефіцієнти перерахунку Лансбурі. Для дистальних і проксимальних міжфалангових кистей і стоп, п'ясно-фалангових, плесно-фалангових, крижово-клубового зчленування, суглобів шийного, грудного й поперекового відділів хребта коефіцієнт перерахунку дорівнює 1; для скронево-щелепних – 2; для груднино-ключичного зчленування, променево-зап'ясткових, Шопарова (поперековий суглоб передплесна, об'єднує два суглоби – п'яtkово-кубоподібний і таранно-човноподібний) і суглобового комплексу Лісфранка (складається з передплесно-плеснових суглобів, міжплеснових суглобів, міжпередплеснових суглобів) – 4; для гомілковостопних і таранно-п'яtkових – 8; для плечових і ліктювих – 12; для колінних і тазостегнових – 24.

Для характеристики больового синдрому можна використовувати сумарний індекс DAS, який об'єднує такі параметри: суглобовий індекс Річі (CIP), рахунок припухлих суглобів із 44 суглобів, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), загальну оцінку стану здоров'я за ВАШ.

Отже, оцінка локалізації патологічного процесу в ураженому суглобі, характеристика особливостей больового синдрому, зумовленого залученням і самого суглоба, і його дериватів, допоможе лікарям практичної ланки охорони здоров'я встановити діагноз і обґрунтувати терапію.

Література

1. Болезни суставов. Руководство для врачей / под ред. В. И. Мансурова. СПб, СпецЛит, 2008. – 397 с.
2. Букул Клаус, Букул Йоханнес. Клиническое исследование костей, суставов и мышц / пер. с англ. М.: Медлитература, 2018. – 384 с.
3. Мазуров В. И. Болезни суставов. М., 2008. – 457 с.
4. Манастер Б. Дж. Заболевания опорно-двигательного аппарата / пер. с англ. М.: Из-во Панфилова, 2020. – 1152 с.
5. Манастер Б. Дж., Крим Джулия Р. Кости, мышцы, связки / пер. с англ. М.: Из-во Панфилова, 2017. – 1102 с.

6. Практичні навички в ревматології. Навчальний посібник / за ред. В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. Київ, 2008. – 256 с.
7. Свінціцький А. С., Яременко О. Б., Пузанова О. Г., Хомченкова Н. І. Ревматичні хвороби та синдроми. Київ «Книга плюс», 2006. – 680 с.
8. Синяченко О. В. Диагностика и лечение болезней суставов. Из-ль Заславский А. Ю. ЭЛВИ-СПб, 2012. – 560 с.
9. Филоненко С. П., Якушин С. С. Боли в суставах. Дифференциальная диагностика. М., 2010. – 327 с.
10. Шостак Н. А., Клименко А. А., Правдюк Н. Г. и др. Боль в суставах. АБВ-пресс, 2019. – 252 с.

Розділ 1. АНАТОМІЯ ХРЕБТА, СУГЛОБІВ І М'ЯЗІВ. ФУНКЦІЯ В ОРГАНІЗМІ

У тілі людини налічується 360 суглобів, їхні форма й будова відповідають функції. Серед них основних – 273: 147 розташовані в хребті; 24 суглоби належать до груднини; 43 розташовані у верхніх кінцівках; 44 – у нижніх кінцівках; 13 – тазові суглоби і 2 суглоби – сідничні.

Суглоби – це рухомі з'єднання кісток, особливість будови яких забезпечує міцність і відносну легкість. Форма їх зумовлена тягою м'язів, тиском навколишніх тканин і органів. Усі вони мають своєрідну будову, що забезпечує виконання складних функцій: одні з'єднуються між собою хрящами, інші – волокнистою тканиною. Більшість рухомих кісток – справжні суглоби, тобто між ними є порожнина. Епіфізи двох кісток, що зчленовуються в ділянці ковзання, покриті суглобовим гіаліновим хрящем товщиною 0,2-6 мм; хрящ пружний, еластичний, поверхня гладка. У дорослих людей він не має власної судинної мережі, а поживні речовини потрапляють у нього із внутрішньосуглобовою рідиною або із сусідніх ділянок кістки. Хрящ забезпечує відповідність зчленованих поверхонь і послаблює тертя між ними, амортизуючи поштовхи і струси.

Ділянка зчленування оточена сумкою (капсулою) з тканини, яка, як муфта, з'єднує кістки. Зовнішній (фіброзний) шар сумки дуже міцний, у нього влітаються додаткові зв'язки й сухожилльні волокна м'язів. Внутрішній шар представлений оболонкою, що вистилає порожнину суглоба, за винятком самого хряща. Вона виробляє синовіальну рідину, яка зволожує поверхню хрящів. Проникаючи крізь отвори фіброзної сумки, оболонка утворює мішкоподібні випини – завороти, а також ворсинки і складки, спрямовані всередину суглоба, де підтримується негативний тиск. У порожнині деяких суглобів (наприклад, колінних) містяться меніски й диски – як додаткові амортизатори вони підвищують конгруентність зчленованих поверхонь. Суглоби оточені м'язами, прошарками пухкої сполучної тканини і слизовими сумками, які додатково їх зміцнюють.

Найважливіша й основна функція скелета – опорна. До нього кріпляться всі тканини організму. Ще одна важлива функція – локомоторна: завдяки скелету людина може пересуватися. Антигравітаційна функція скелета дозволяє нам чинити опір силі земного тяжіння. Також кістки скелета захищають від ушкоджень багато життєво важливих органів. Кров, життєво важлива для організму, утворюється в червоному кістковому мозку. Крім того, кістки беруть участь у мінеральному обміні в організмі.

Ураження суглобів, незалежно від етіології захворювання, характеризується больовим синдромом. Даючи характеристику болю при артриті, необхідно уточнити характер болю (гострий, тупий, пронизливий тощо), час його виникнення (у стані спокою, під час руху, уночі, постійний і т.д.), переважну локалізацію (суглоб,

м'язи, зв'язки), фактори, що призводять до його посилення чи слабшання (положення тіла, фізичне навантаження, тепло, холод, ходьба, спокій).

Виникнення гострого болю зазвичай є проявом артрити (синовіту), тупий біль – дегенеративних захворювань. «Синовіальний» біль при остеоартриті (ОА) виникає поблизу вогнищ дегенерації хряща при формуванні ділянок реактивного запалення суглобової мембрани; на пізніх стадіях його поява зумовлена синовітом, розтягненням капсули суглобовим ексудатом і розвитком фіброзних змін на колишніх ділянках запалення. Таким чином, формування болю відбувається в умовах взаємного обтяження: патологічний процес у хрящі призводить до морфофункціональних змін синовіальної оболонки, а це, своєю чергою, посилює захворювання через систему трофічних зв'язків.

Поряд з артрогенним компонентом розвиток больового синдрому може бути зумовлений участю позасуглобових факторів. У зв'язку з наростанням структурних невідповідностей і постійною статичною напруженістю окремих груп м'язів виникають локальні болючі ділянки (тригерні пункти), які як джерела відображення в суглобах болю об'єктивно посилюють прояви артралгій. Наслідком остерефлекторних порушень стає ендостальний (внутрішньокістковий «венозний») і періостальний біль. Захворювання суглобів нерідко проявляються відбитим (віддзеркаленим) болем: наприклад, ураження кульшового зчленування часто супроводжується больовими відчуттями на передній поверхні стегна і в ділянці колінного суглоба.

Біль може мати спонтанний характер або зумовлюватися рухом. Так, для артритів типовий нічний біль за відносно тривалої нерухомості хворих; для артрозу – також нічний, але його виникнення зумовлене зміною положення кінцівки вві сні. Згладжування лордозу в горизонтальному положенні пацієнта призводить до больових відчуттів у ліжку, що іноді зумовлює сидяче нічне неспання пацієнта.

Синдром міалгії – тривалий і розповсюджений біль і/або слабкість у м'язах кінцівок і тулуба. Синдром міалгії – поліетіологічний стан, зумовлений різними захворюваннями внутрішніх органів, де ураження м'язової системи може бути і провідним проявом якоїсь хвороби, і однією з них. Його виникнення пов'язують із великою кількістю неврологічних, інфекційних, системних ревматичних і ендокринних хвороб, які мають низку спільних клінічних проявів.

М'язова система становить собою сукупність здатних до скорочення м'язових волокон, об'єднаних у пучки, які формують спеціальні органи – м'язи або ж самостійно входять до складу внутрішніх органів. Маса м'язів набагато більша, ніж маса інших органів: у дорослої людини вона може сягати 40 % маси всього тіла. У м'язових тканинах хімічна енергія перетворюється в механічну й теплоту. У середньому один квадратний сантиметр поперечного перерізу м'язів призначений для роботи з 10 кілограмами. Саме тому хворі з тяжкими стадіями ожиріння можуть продовжувати ходити й рухатися; рідше проблеми в них виникають із кістками й сухожиллями, а не з м'язами.

В організмі людини налічують понад 640 м'язів. Підкреслимо, що 25 % усіх цих м'язів розташовані на обличчі й шиї, завдяки чому людина володіє склад-