

**В.М. Коваленко****Н.М. Шуба****В.К. Казимірко****А.Г. Дубкова****Т.С. Сілантьєва****Л.М. Іваницька****М.В. Олійник**

Національна медична  
академія післядипломної  
освіти ім. П.Л.Шупика

## ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ З РЕВМАТОЛОГІЇ СЕРЕД СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

**Резюме.** Збільшення кількості хворих на остеоартроз — одного з найпоширеніших захворювань — потребує більш глибоких знань щодо ранньої діагностики, рентгенологічних ознак і методів лікування серед лікарів терапевтичного профілю — терапевтів та сімейних лікарів.

### Ключові слова:

ревматологія, сімейні лікарі,  
навчання, остеоартроз.

Реформування медичної допомоги населенню передбачає визначення пріоритетним профілактичного напрямку, а саме первинної профілактики захворювань та збереження стану здоров'я (Коваленко В.М., 2005). Сімейний лікар — це лікар первинної ланки медичної допомоги, він має найбільший контакт із населенням. У спілкуванні він розповідає про основи здорового способу життя, фактори ризику захворювань серцево-судинної системи, системи дихання, травлення, опорно-рухового апарату тощо. А також саме сімейний лікар виявляє перші ознаки та симптоми захворювання, проводить діагностичні заходи, направляє до лікаря-спеціаліста, а вже потім спостерігає за розвитком захворювання, його перебігом, визначає ефективність лікування.

Стан здоров'я населення більшості країн, і в тому числі в Україні, визначають за показниками хронічних неінфекційних захворювань (Коваленко В.Н., Шуба Н.М., 2002). Серед них ревматичні хвороби займають одне з провідних місць, поступаючи хворобам кровообігу та системи травлення (Коваленко В.М., 2005). В Україні ревматичні захворювання виявляють у кожного 20-го жителя. Ревматичні хвороби у структурі первинної інвалідності та тимчасової втрати працездатності серед захворювань внутрішніх органів займають друге місце (Коваленко В.М., 2005). Саме це примушує більше уваги приділяти питанням ревматології під час підготовки сімейних лікарів на циклах інтернатури, спеціалізації та передатестаційних циклах.

Для покращання надання медичної допомоги населенню необхідне поглиблення знань з питань ревматології у лікарів терапевтичного профілю. Лікарі-терапевти та сімейні лікарі повинні знати фактори ризику виникнення ревматичних захворювань, методи обстеження хворих з ураженням суглобів, діагностику ревматичних захворювань, моніторинг їх активності, прогресивні методи лікування, моніторинг побічних дій антиревматичних препаратів (Ганджа І.М. та співавт., 1996; Коваленко В.Н., Шуба Н.М., 2002; Коваленко В.М., 2005).

Аналіз показників, пов'язаних з окремими ревматичними захворюваннями, показав значне зростання захворюваності й поширеності (майже на 100% за останні 5 років) такої патології як остеоартроз (ОА). Поширеність ОА серед населення корелює з віком, максимальна серед осіб старше 45 років; захворюваність ОА — 611,4, поширеність — 2995,8 на 100 тис. населення (Коваленко В.М., 2006). ОА виникає внаслідок багатьох факторів: генетичних (жіноча стать, успадкована патологія гена колагену II типу, мутація гена колагену II типу, спадкові захворювання кісток та суглобів, расові особливості) та негенетичних (похилий вік, надлишкова маса тіла, зниження рівня жіночих статевих гормонів, вади розвитку кісток та суглобів, операції на суглобах в анамнезі, травми суглобів, заняття спортом, професійна діяльність) (Коваленко В.Н., Борткевич О.П., 2005).

Зростання захворюваності та поширеності ОА певною мірою пов'язано з недостатньою обізнаністю з проблемами ревматичних захворювань серед лікарів первинної ланки медичної допомоги — сімейних лікарів та лікарів-терапевтів (Коваленко В.М., 2005; 2006).

Важливим є знання основних діагностичних критеріїв ОА. На сьогодні, незважаючи на бурхливий розвиток таких сучасних інструментальних методів діагностики, як МРТ, КТ суглобів і ультразвукове дослідження, рентгенографія суглобів — найпоширеніший метод діагностики, простий, доступний та інформативний (Коваленко В.Н., Борткевич О.П., 2005).

Основні рентгенографічні признаки остеоартрозу — звуження суглобової щілини, субхондральний остеохлороз та остеофіти.

Звуження суглобової щілини — найбільш важливий рентгенологічний симптом. Рентгенологічна суглобова щілина у різних відділах суглоба має різну ширину, відповідно до рекомендацій її треба вимірювати у найвужчому місці (Насонова В.А., Бунчук Н.В., 1997; Коваленко В.Н., Борткевич О.П., 2005).

Субхондральний остеосклероз — ущільнення кісткової тканини, розташованої під суглобовим хрящем. Цей симптом виявляють, як правило, на пізніх стадіях, коли суглобова щілина значно звужена.

Остеофіти — обмежені патологічні кісткові нарости різної форми та розмірів по краях суглобових поверхонь кісток. На початкових стадіях ОА вони мають вид загострень по краях суглобових поверхонь та у місцях прикріплення власних зв'язок суглобів. За мірою прогресування захворювання вони мають вигляд «губ», «гребенів», прямолінійних або пишних кісткових розростань на широкій або вузькій основі. При проведенні рентгенографії суглобів також можна виявити такі симптоми: білясуглобовий крайовий дефект кісткової тканини, субхондральні кісти, внутрішньосуглобові звапнені хондроми.

Рентгенографічне дослідження **кульшових суглобів** проводиться у двох взаємно перпендикулярних проекціях: прямій задній та боковій. Рентгенографія у прямій задній проекції може бути для одного або двох суглобів. Для найкращого виведення суглобової щілини проводиться ротація досліджуваної кінцівки (або обох) на 10–12° до середини. Бокову проекцію можна знімати з відведенням стегна або без — хворий лежить на столі і згинає кінцівку в колінному та кульшовому суглобах та максимально відводить її зовні.

На початкових стадіях ОА кульшових суглобів при рентгенологічному дослідженні визначають незначне звуження рентгенологічної суглобової щілини, слабо виражений субхондральний остеосклероз, крапчасті кальцифікати у ділянці зовнішнього краю покрівлі вертлужної впадини (початкові явища остеофітозу), загострення країв ямки голівки стегнової кістки у ділянці прикріплення круглої зв'язки голівки стегнової кістки. На пізніх стадіях захворювання відзначають прогресуюче звуження рентгенологічної суглобової щілини, формування різної форми та розмірів остеофітів по краях суглобових поверхонь вертлужної впадини голівки стегнової кістки (вона може бути грибовидної форми) та її латеральне зміщення, заглиблення вертлужної впадини (її протрузія на фоні остеопорозу), виражений субхондральний остеосклероз, виникнення кісткових кіст, асептичний некроз голівки стегнової кістки, підвивихи стегнової кістки, ущільнення кісткової тканини та скорочення шийки стегнової кістки, вільні внутрішньосуглобові тільця.

Рентгенографічне дослідження **колінного суглоба** проводиться у прямій задній, боковій та аксіальній проекціях. При проведенні рентгенографії у прямій задній проекції хворий лежить на спині, нижні кінцівки витягнуті, стопи розташовані перпендикулярно до площини стола. Бокової проекції колінного суглоба досягають при положенні хворого на боці, досліджувана кінцівка трохи зігнута і зовнішньою стороною прилягає до столу. Особливістю проведення рентгенографії в аксіальній проекції є положення, при якому хворий лежить на животі і максимально згинає колінний суглоб. Проводиться рентгенографія колінного суглоба із згинанням на 30, 60 та 90° (функціональні тести).

Для визначення рентгенологічної стадії ОА колінного суглоба застосовують класифікацію I.Kellgren та I.Lawrence, у якій:

- 0 — відсутність рентгенологічних змін;
- I — сумнівні зміни;
- II — мінімальні зміни;
- III — середні зміни;
- IV — виражені зміни.

Можливе застосування іншої класифікації — за Larsen A., у якій:

- 0 — відсутність рентгенологічних ознак;
- I — звуження рентгенологічної суглобової щілини менше ніж на 50%;
- II — звуження рентгенологічної суглобової щілини більше ніж на 50%;
- III — слабка ремодуляція;
- IV — середня ремодуляція;
- V — виражена ремодуляція.

Для більш детального вивчення стану рентгенологічної суглобової щілини колінного суглоба можна вимірювати висоту (мм) у зовнішній, середній та внутрішніх третинах тібіофemorального відділу латерально та медіально (Коваленко В.Н., Борткевич О.П., 2005).

Ранні рентгенологічні ознаки ОА колінного суглоба: витягування та загострення країв міжви́росткового підвищення великої гомілкової кістки, невелике звуження суглобової щілини медіально, загострення країв суглобових поверхонь виростків стегнової та великогомілкової кісток. На пізніх стадіях визначають: звуження рентгенологічної суглобової щілини, розвиток субхондрального остеосклерозу, появу множини великих остеофітів на бокових, передніх та задніх суглобових поверхнях, зрідка виявляють субхондральні кісти, вторинний синовіт (кіста Бейкера, субпателлярна кіста), нерівність і сплющення суглобових поверхонь стегнової та великогомілкової кістки, неправильну форму сесамовидної кісточки, можливе виявлення запнених хондром. Досить часто артоз колінного суглоба проявляється у вигляді артрозу пателофemorального відділу, який найкраще візуалізується у боковій проекції: звужується рентгенологічна суглобова щілина між наколінником та стегновою кісткою, остеофіти на задніх кутах наколінника та виростків стегна, субхондральний остеосклероз наколінника, поодинокі субхондральні кісти із склерозованим ободком.

Для вивчення середнього та дистального відділів кисті проводиться рентгенографія у прямій долонній та навскісній долонній проекціях. Для вивчення пальців використовують пряму долонну та бокову проекції.

Для початкових проявів ОА проксимальних та дистальних міжфалангових суглобів характерні невеликі загострення країв або остеофіти з нерізним субхондральним остеосклерозом, маленькі, субхондральні кісти, нормальна або трохи звужена рентгенологічна суглобова щілина, маленькі кальцифікати у м'яких тканинах біля бокових країв суглобів. При вираженому артозі — помірні або великі остеофіти, деформація країв суглобових поверхонь

кісток, значне звуження рентгенологічної суглобової щілини, остеосклероз (вузлики Гебердена у дистальних та вузлики Бушара у проксимальних міжфалангових суглобах), кісти зі склеротичним ободком, крайові дефекти суглобових поверхонь.

Рентгенологічна картина ОА має свої характерні ознаки, досить специфічні, що дають можливість відрізнити це захворювання від інших (Коваль Г.Ю., 1975). Тому вивчення рентгенологічних ознак ОА є важливою складовою навчання лікарів терапевтичного профілю та сімейних лікарів. Особливу увагу потрібно віддати лікарям-інтернам. На практичних заняттях відпрацьовуються навички читання рентгенограм суглобів, оцінюють якість, правильність положення при виконанні рентгенограм, детально вивчають основні рентгенологічні симптоми. Найкраще закріплюються ці знання при клінічних розборах хворих, коли лікарі-інтерни мають можливість зіставити ознаки, виявлені при огляді хворого з рентгенологічною картиною уражених суглобів.

Під час навчання на передатестаційних циклах лікарі поглиблюють знання із рентгенологічної діагностики захворювань суглобів. Покладаючись на базові знання та практичний досвід, проводять діагностику, можуть диференціювати захворювання, прогнозувати перебіг та визначати основні напрямки лікування хворих. Для цієї категорії лікарів заняття доцільніше проводити як семінари чи дискусії. Підсумовуючи заняття, викладач звертає увагу слухачів на досягнення у виборі лікувальної стратегії при ОА — рекомендації Європейської Антиревматичної Ліги при ураженні колінного та кульшового суглобів, необхідність активного виявлення факторів ризику, прогнозування розвитку і ранньої діагностики ОА під час оглядів населення; раціональне використання хондропротекторів, нестероїдних протизапальних препаратів, фізіотерапевтичного та санаторно-курортного лікування, впровадження методів локальної терапії; активне застосування ендопротезування; забезпечення «спадкоємності» у питаннях консервативного та ортопедичного лікування хворих.

#### ЛІТЕРАТУРА

**Коваленко В.М.** (2005) Ревматологія в Україні: підсумки і перспективи. Укр. ревматол. журн., 3(21): 3–11.

**Коваленко В.М.** (ред) (2006) Динаміка показників стану здоров'я населення України за 1995–2005 роки (Аналітично-статистичний посібник). ВІПОЛ, Київ, 72 с.

**Коваленко В.Н., Борткевич О.П.** (2005) Остеоартроз: практическое руководство. Морион, Київ, 601 с.

**Коваль Г.Ю.** (1975) Клиническая рентгенанатомия. Здоров'я, Київ.

**Ганджа І.М., Коваленко В.М., Лисенко Г.І., Свінцицький А.С.** (1996) Ревматологія. Здоров'я, Київ.

**Коваленко В.Н., Шуба Н.М.** (ред.) (2002) Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения. ООО «Катран груп», Киев, 214 с.

**Насонова В.А., Бунчук Н.В.** (1997) Ревматические болезни: руководство для врачей. Медицина, Москва, 520 с.

#### УГЛУБЛЕНИЕ ЗНАНИЙ ПО РЕВМАТОЛОГИИ СРЕДИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

**В.Н. Коваленко, Н.М. Шуба,  
В.К. Казимирко, А.Г. Дубкова,  
Т.С. Силантьева, Л.М. Иваницкая,  
М.В. Олейник**

**Резюме.** Увеличение количества больных остеоартрозом — одного из наиболее распространенных заболеваний — нуждается в более глубоких знаниях ранней диагностики, рентгенологических признаков и методов лечения среди врачей терапевтического профиля — терапевтов и семейных врачей

**Ключевые слова:** ревматология, семейные врачи, обучение, остеоартроз.

#### DEEPENING OF KNOWLEDGE IN RHEUMATOLOGY AMONG FAMILY DOCTORS

**V.M. Kovalenko, N.M. Shuba,  
V.K. Kazimirko, A.G. Dubkova,  
T.S. Silantjeva, L.M. Ivanitskaja,  
M.V. Olejnik**

**Summary.** Increase in number of osteoarthritis patients is one of the most widespread diseases that requires more deep knowledge in early diagnostics, X-Rays features, and methods of treatment among doctors of a therapeutic profile — the internists and family doctors

**Key words:** rheumatology, family doctors, training, osteoarthritis.

#### Адреса для листування:

Коваленко Володимир Миколайович  
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9  
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика