

Ревматолог і травматолог: точки дотику. Розбір клінічних випадків

За матеріалами науково-практичної конференції
«Ортопедія без меж: комплексний підхід до травм та захворювань»



Є. Д. Єгудіна

Онлайн-захід «Ортопедія без меж: комплексний підхід до травм та захворювань», що відбувся наприкінці лютого, був сфокусований на сучасних методах діагностики, лікування і реабілітації пацієнтів із травмами та захворюваннями опорно-рухового апарату. Керівник навчального центру «Інститут ревматології» (м. Київ), доктор медичних наук, професор Єлизавета Давидівна Єгудіна представила цікаві клінічні випадки, які демонструють необхідність та важливість мультидисциплінарного і комплексного підходу для ефективного лікування пацієнтів з ураженням опорно-рухової системи.

Клінічний випадок 1

Пацієнт віком 58 років звернувся до ревматолога зі скаргами на періодичний набряк і біль у правому гомілковостопному суглобі. Чоловік хворіє протягом 2 років, напади артрити стаються в нього 3-4 рази на рік, інтенсивність болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) – 5-6 балів. Біль турбує переважно вночі. Почервоніння шкіри над суглобом немає. Для зняття нападів пацієнт зазвичай застосовує місцеві нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Тривалість нападів – 4-5 днів. Останній напад розпочався 7 днів тому, місцеві НПЗП не були ефективними.

Під час огляду виявлено припухлість у ділянці медіальної кісточки та припухлість гомілковостопного суглоба. В пацієнта – ожиріння (індекс маси тіла (ІМТ) становить 34 кг/м²), цукровий діабет 2 типу. При обстеженні отримано такі результати: швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) – 3 мм/год, сечова кислота – 460 мкмоль/л. Хворого скеровано до ревматолога з діагнозом подагри.

Єлизавета Давидівна зауважила, що в цьому випадку підозра на подагру є обґрунтованою, адже пацієнт має середній вік із факторами ризику – ожирінням і цукровим діабетом, у нього типова клінічна картина – періодичні напади, які супроводжуються болем та почервонінням, знімаються місцевими НПЗП, а також підвищений рівень сечової кислоти – 460 мкмоль/л.

Відповідно до актуальних класифікаційних критеріїв подагричного артрити

ACR/EULAR 2015 року (табл. 1), у пацієнта є критерії «входу» – щонайменше один епізод припухання, болю в периферичному суглобі або в синовіальній сумці.

Виявлення кристалів МУН при аналізі синовіальної рідини надало б можливість установити пацієнту достовірний діагноз – подагра. Водночас це не виключає імовірності супутнього остеоартриту, інфекційного / псоріатичного артрити.

Третім кроком у діагностиці подагричного артрити є визначення кількості балів. Сума балів >8 дозволяє установити достовірний діагноз подагри. В пацієнта в описаному випадку 6 балів, отже, необхідне використання методів візуалізації для виявлення інших критеріїв, щоб підтвердити подагричний артрит.

Пацієнту проведено ультразвукове дослідження (УЗД): під час дослідження м'яких тканин правого гомілковостопного суглоба по латеральній поверхні візуалізується одиначне утворення округлої форми, контури якого рівні, межі чіткі, ехоструктура неоднорідна за рахунок кістозних ділянок і тканинної структури, васкуляризація не визначається. Висновок: картина УЗД може відповідати застарілому ганглію правого гомілковостопного суглоба.

Професор Є. Д. Єгудіна підсумувала, що в цьому випадку ймовірність подагри в пацієнта наближалася до 90% з урахуванням клінічної картини, коморбідної патології, хоча запальні маркери були в межах норми. Діагноз подагри спростовано за допомогою візуалізації,

виявлено патологію, з якою пацієнта слід скерувати до ортопеда-травматолога для вирішення питання стосовно ортопедичного втручання. Оскільки больовий синдром інтенсивний, пацієнту призначено НПЗП.

Клінічний випадок 2

Пацієнта віком 34 роки до ревматолога скерував ортопед-травматолог. Чоловік хворіє протягом 4 міс, його турбує біль у гомілковостопному суглобі, переважно в правому. Біль виник після невеликого руху (травма). Було проведено лікування НПЗП, локальна PRP-терапія. Однак стан хворого не поліпшувався, згодом почав боліти і лівий гомілковостопний суглоб.

Результати обстежень: сечова кислота крові – 520 мкмоль/л, С-реактивний білок (СРБ) – 23 мг/дл (значно підвищений). У пацієнта ожиріння (ІМТ становить 34 кг/м²). У батька хворого – подагричний артрит.

Під час огляду: ознаки артрити гомілковостопних суглобів, потовищення в ділянці ахіллового сухожилля.

За такої картини насамперед слід запідозрити тендиноз або ентезит у ділянці ахіллового сухожилля. Також варто розглянути можливість псоріазу, хоча часто пацієнти це заперечують, але лікар під час огляду може виявити лущення на волосистій частині голови.

У цьому випадку постало таке запитання: в пацієнта подагричний артрит із псоріазом чи це псоріатичний артрит (ПсА) з безсимптомною гіперурикемією, адже ПсА і подагричний артрит мають схожі прояви (табл. 2) [2].

Під час візуалізації виявлено тендиноз ахіллового сухожилля і підшовний апоневрозит, виїт у гомілковостопному суглобі. Аналіз на HLA-B27 у пацієнта позитивний, що свідчить про схильність до ПсА.

Єлизавета Давидівна звернула увагу на такі особливості цього клінічного випадку: в хворого не спостерігалось

типових нападів подагри; захворювання розпочалося 4 міс тому; травма була пусковим механізмом; хвороба прогресує, а світлих проміжків не було. Оскільки в пацієнта відсутні напади, слід думати про ПсА. Для встановлення такого діагнозу хворого повинен проконсультувати дерматолог. Може виникнути необхідність у проведенні біопсії, якщо дерматолог не підтверджує діагнозу псоріазу. Це особливо важливо, коли лікування із застосуванням препаратів 1 або 2 лінії є неефективним, а діагноз необхідно уточнювати.

В описаному випадку в пацієнта є артрит; навіть без підтвердження діагнозу псоріазу можна встановити загальніший діагноз – периферичний спондилоартрит (СпА), ПсА є різновидом СпА. Відповідно до класифікаційних критеріїв ASAS для периферичного СпА в пацієнта є артрит і позитивний HLA-B27 [2]. Згодом діагноз псоріазу в хворого підтвердився.

Доповідачка наголосила, що в пацієнта із псоріазом може бути і ПсА, і подагричний артрит, а може бути і поєднання цих захворювань. Термін PSOUT використовують для позначення overlap псоріатичного та подагричного артрити. В таких випадках пацієнтів лікують відповідно до рекомендацій щодо ведення хворих із подагрюю і ПсА [3].

Клінічний випадок 3

Жінка віком 44 роки звернулася зі скаргами на дуже виражений біль та набряк гомілковостопних суглобів. Вона хворіє 8 міс, постійно приймає Диклоберл (диклофенак), але при цьому в неї біль за шкалою ВАШ – 8 балів. Пацієнтка є веганкою, менапауза в неї уже 8 років, спостерігається недостатність маси тіла – ІМТ 16 кг/м². Погіршення відбулося після того, як жінка повернулася з Індії, де вона мала багато фізичних навантажень, – тренувалася і багато ходила. Скерована до ревматолога ортопедом-травматологом.

Під час огляду виявлено припухлість у ділянці середнього відділу стопи, припухлість гомілковостопних суглобів.

Таблиця 1. Класифікаційні критерії подагри (ACR/EULAR, 2015) [1]		
Крок 1. Критерій «входу»	Щонайменше 1 епізод припухання, болю (хворобливості) в периферичному суглобі або в синовіальній сумці	
Крок 2. Достовірний критерій (діагноз подагри встановлюється без застосування нижченаведених критеріїв)	Визначення кристалів моноурату натрію (МУН) в ураженому суглобі або синовіальній сумці (тобто в синовіальній рідині) чи в тофусах	
Крок 3. Критерії (якщо достовірний критерій не виявлено)		Бали
Клінічні Локалізація атаки	Гомілковостопний або середній відділ стопи	1
	Залучення І плеснефалангового суглоба	2
Характеристика атаки • Еритема в ділянці ураженого суглоба • Не терпить дотику • Виражене обмеження обсягу рухів	1 ознака	1
	2 ознаки	2
	3 ознаки	3
Наявність типових атак	1 типовий епізод	1
	Рецидивувальні типові епізоди	2
Тофуси	Наявні	4
Лабораторні Рівень сечової кислоти в сироватці крові	<4 мг/дл (<0,24 ммоль/л)	-4
	6 -<8 мг/дл (0,36 -<0,48 ммоль/л)	2
	8 -<10 мг/дл (0,48 -<0,60 ммоль/л)	3
	≥10 мг/дл (≥0,60 ммоль/л)	4
Візуалізація Виявлення депозитів МУН при УЗД (подвійний контур) або КТ	Наявні	4
Виявлення при рентгенографії кистей та/або стоп, щонайменше 1 ерозії (симптом «пробійника»)	Наявні	4

Таблиця 2. Подібність та відмінність подагри і псоріатичного артрити		
	Псоріатичний артрит	Подагра
Ураження суглобів	Асиметричне	Асиметричне
Кількість уражених суглобів	Олігоартикулярне	Моно- або олігоартикулярне
Ознаки	Періартикулярна еритема	Періартикулярна еритема
Залучення кистей та стоп	Дистальне	Дистальне
Дактиліти	Часто	Можливо
Ураження 1 плеснофалангового суглоба	Можливо	Часто
Залучення спини	Часто	Рідко
Сакроілеїт	Часто	Дуже рідко
Гіперурикемія	Часто (30%)	Дуже часто
Кристали МУН у синовіальній рідині	3,3%	Часто, можуть бути відсутні
HLA-B27	≤50%	8-10%

Результати обстежень: ШОЕ, СРБ – у нормі. Ревматоїдний фактор, антиССР, HLA-B27 – негативні. Призначено обстеження для виключення реактивного артриту: ПЛР хламідії, АТ до ієрсинії, ВІЛ, ВГВ, ВГС – негативні.

Виконано УЗД: виявлено ознаки запалення – випіт в обох гомілковостопних суглобах, ознаки ерозивного субхондральної пластини лівої п'яткової кістки, теносиновіт, ознаки ахілобурситу, апоневрозиту зліва.

Оскільки пацієнтку більше турбував лівий гомілковостопний суглоб, внутрішньосуглобово введено триамцінолон, пізніше періартикулярно в ахіллове сухожилля – бетаметазон. Однак ефект виявився незначним, полегшення жінка спостерігала протягом 2-3 днів, а потім її стан знову погіршувався. Встановлено діагноз недиференційованого артриту та призначено базисне лікування: метилпреднізолон і метотрекрат. Оскільки в хворій виявилася непереносимість метотрекрату, їй призначено лефлуномід.

Професор зазначила, що пацієнтку скерував до неї травматолог із метою зробити МРТ, від чого жінка відмовлялася через страх закритого простору. Після 2 міс лікування лефлуномідом у дозі 20 мг ефекту не було. Пацієнтка продовжувала приймати НПЗП – Диклоберл, Німесил® (німесулід).

Оскільки в хворобі спостерігалися зміни шкіри на гомілці знизу (почервоніння і потоншення шкіри), з діагностичною метою зроблено біопсію та виявлено хронічний атрофічний акродерматит. Він є ознакою пізньої стадії хвороби Лайма, як і Лайм-артрит [4]. Хоча факту укусу кліща не зафіксовано, призначено аналіз на антитіла до борелій та виявлено IgG до *Borrelia* 1,1 (позитивні). Хворобомодифікувальні протиревматичні препарати було відмінено, призначено доксициклін, але ефекту від лікування цим препаратом через 3 тиж не спостерігалось.

Спікерка наголосила, що артрит – це завжди пізній прояв хвороби Лайма, тому наявність імуноглобулінів G є обов'язковою для встановлення діагнозу; а якщо є лише IgM, діагноз Лайм-артриту не може бути встановлений. У більшості пацієнтів, які отримували лікування на ранній стадії хвороби Лайма, із часом відбувається сероконверсія. Пацієнтів із підозрою на пізню стадію хвороби Лайма спочатку обстежують на наявність IgG; якщо вони високі та є сумнів у діагнозі, проводиться Вестерн-блот [5].

Пацієнтці проведено МРТ під седациєю та виявлено ознаки множинних стрес-переломів – стрес-перелому четвертої плесневої кістки зі зміщенням, стрес-перелом медіальної клиноподібної кістки, імпресії та набряку кісткового мозку латеральної клиноподібної кістки, лігаментопатії міжкісткових зв'язок; випіт у гомілко-востопному суглобі, ахілобурсит.

Виявлені зміни – ознаки перенесеного надмірного навантаження, яке мала пацієнтка перед появою болювого синдрому. Важливими факторами є досить тривала менопауза (8 років), недостатність маси тіла, тому запідозрено остеопороз.

За результатами денситометрії виявлено виражений остеопороз: Т-критерій у хребті -3,4, Т-критерій шийки стегон: -2,8; -3,1; Т-критерій «все стегно»: -3.

Отже, в хворій підтверджено тяжкий остеопороз, унаслідок якого спостерігаються множинні стрес-переломи, що спричинили виражений больовий синдром, вторинну запальну реакцію. Жінці

призначено лікування остеопорозу, а щодо стрес-переломів її знову скеровано до травматолога.

Клінічний випадок 4

Пацієнтка віком 35 років лікується щодо хвороби Хаглунда в травматологі. Діагноз підтверджено результатами МРТ: МР-ознаки деформації Хаглунда; тендиніту дистального відділу ахіллового сухожилля; помірного випоту в ретрокальканеальній сумі.

Жінка захворіла в жовтні 2024 року після надмірного фізичного навантаження. Їй зроблено 8 періартікулярних введень бетаметазону з незначним ефектом.

Єлизавета Давидівна зауважила, що ухвалювати рішення стосовно періартікулярних введень глюкокортикоїдів у ділянку ахіллового сухожилля слід зважено, адже це може пошкодити його розрив, дегенеративні зміни.

Хвороба Хагlundа – це кістковий екзостоз, який поширюється від верхньозадньої поверхні латеральної п'яткової кістки. Це спричиняє надмірний натяг прикріплення ахіллового сухожилля, хворих турбує виражений біль.

Пацієнтка постійно приймає НПЗП. Скерована до ревматолога, тому що лікування було неефективним. У таких випадках необхідне оперативне лікування щодо хвороби Хагlundа. Однак було зроблено УЗД і виявлено ентезити обох ахіллових сухожилів. Лікар УЗД також побачила ретроахілярний бурсит, виражений з обох боків. Було рекомендовано обстеження на HLA-B27, який виявився позитивним.

Наявність ентезиту та позитивного HLA-B27 надає підстави запідозрити СпА.

Доповідачка наголосила, що ентезит – це запалення місця прикріплення сухожилля до кістки, він є ключовою знахідкою в пацієнтів із СпА. Найчастіше ентезити виявляють у місці прикріплення ахіллового сухожилля, плантарної фасції [6, 7]. Водночас тендиноз ахіллового сухожилля, особливо в пацієнтів літнього віку, осіб із надмірною масою тіла, плоскостопістю, є частою знахідкою внаслідок дегенеративних змін. Ентезити на відміну від ентезопатій – прояв, за якого необхідне скерування до ревматолога.

 Роль НПЗП у веденні ревматологічних хворих

У ревматології НПЗП часто призначають як початкову терапію для більшості пацієнтів, які не мають протипоказань. Максимальні протизапальні дози та безперервне застосування можуть бути необхідними для контролю болю і запалення. Можливі індивідуальні реакції у хворих, іноді перший призначений НПЗП недостатньо ефективний, тому доводиться переходити на інший препарат.

Пацієнти із СпА приймають НПЗП тривало, адже це базисні препарати в такому випадку. При інших патологіях НПЗП застосовують симптоматично залежно від вираженості та тривалості болю.

Оскільки є ризик побічних ефектів під час призначення НПЗП, у пацієнтів слід контролювати швидкість клубочкової фільтрації, печінкові показники, АТ і скарги з боку шлунково-кишкового тракту [8].

Препарат німесулід у формі гранул для оральної суспензії Німесил® компанії Berlin-Chemie AG є оптимальним вибором для зняття гострого болю. Його

ефективність продемонстровано результатами багатьох порівняльних досліджень. Зокрема, 80% пацієнтів із подагричним артритом, у яких біль сягав 10 балів із 10, через 20 хв після прийому Німесилу мали значне покращення на відміну від хворих, котрі приймали таблетований німесулід і диклофенак.

У дослідженні порівнювали німесулід, напроксен, плацебо. Виявлено, що в пацієнтів після артроскопічної операції на колінному суглобі біль значно краще знімався на тлі прийому Німесилу порівняно з напроксом і плацебо. Такі результати свідчать про те, що Німесил® можна використовувати для лікування інтенсивного болю, зокрема післяопераційного.

Шлунково-кишкова переносимість німесулід

При застосуванні будь-яких НПЗП можливе виникнення побічних ефектів. Шлунково-кишкова переносимість німесуліді є зіставною з високоселективними препаратами, як-от рофекоксиб і целекоксиб.

Якщо планується тривалий прийом НПЗП, бажано призначити дослідження для виявлення *Helicobacter pylori*, зокрема доступним є фекальний тест. У пацієнтів, інфікованих *Helicobacter pylori*, спостерігається підвищений ризик виразкового ураження на тлі тривалого прийому НПЗП.

Ризик цереброваскулярних подій

На тлі прийому всіх НПЗП підвищується ризик цереброваскулярних подій. Найнижчий ризик у целекоксибу та напроксену. Однак ці препарати заслабкі, коли є необхідність у максимально інтен-

сивному знеболенні, зокрема в перші дні гострого болю або в післяопераційному періоді.

У пацієнтів з остеоартритом, яким призначали німесулід, не спостерігали статистично значущого підвищення ризику цереброваскулярних явищ. Німесулід є препаратом вибору, він статистично не перевищує інші НПЗП за підвищенням ризику цереброваскулярних подій.

Підвищення ризику небажаних печінкових реакцій

Доповідачка наголосила, що частота уражень печінки, пов'язана із застосуванням німесуліді, повністю відповідає діапазону інших НПЗП, а загальний ризик тяжких печінкових реакцій є низьким. Ризики гострої печінкової недостатності, за яких може знадобитися трансплантація печінки, існують за прийому всіх НПЗП, але такі випадки бувають дуже рідко. Гепатотоксичність німесуліді є зіставною з такою напроксену, целекоксибу, диклофенаку і не перевищує інші НПЗП.

Висновки

Біль у гомілковостопному суглобі зазвичай є лише верхівкою айсберга, він може спостерігатися в пацієнтів з абсолютно різними патологіями. Ізольований набряк і біль найчастіше є проявами травматичного ураження. Артрит гомілковостопного суглоба необхідно розглядати як дебют ПсА чи периферичного СпА. Лікування пацієнтів, які звертаються з болем у суглобах, розпочинають із призначення НПЗП, уважно спостерігаючи за подальшим розвитком симптомів.

Список літератури знаходиться в редакції.

Підготувала **Наталія Горбаль**

[illegible]