

ВПРОВАДЖЕННЯ ДОКАЗОВОГО ПІДХОДУ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗУ ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

У статті наведено методичні рекомендації для викладачів при підготовці лікарів-інтернів терапевтичного профілю по темі: «Діагностика остеоартрозу колінних суглобів». Звертається увага на необхідність ретельного збору анамнезу та безпосереднього проведення обстеження пацієнта, оскільки існує цілий ряд клінічних ознак, на підставі яких можна не тільки припустити, але і поставити імовірний або навіть достовірний діагноз ОА. Саме ознайомлення лікарів-інтернів з підходами, які базуються на принципах доказової медицини, для встановлення діагнозу є однією з головних завдань для викладачів вищої школи.

Ключові слова: остеоартроз колінних суглобів, діагностика, доказова медицина, підготовка лікарів-інтернів.

Розвиток медичної освіти в Україні спрямований на підготовку висококваліфікованого лікаря, який відповідає сучасному рівню науки і вимогам суспільства, та ґрунтується на введенні якісно нової методології організації навчального процесу за європейським зразком [1,4].

Як показує світовий досвід, впровадження принципів доказової медицини в навчальні програми призводить до підвищення якості підготовки спеціалістів, що безпосередньо сприяє значному зростанню ефективності надання медичної допомоги населенню та безпечності будь-яких медичних втручань [6].

Оскільки за 3-4 роки відбувається подвоєння наукової інформації, відслідковувати її навіть за однією вузькою спеціальністю практичний лікар не в змозі. Саме від ступеня інформованості викладача значною мірою залежить рівень знань молодих лікарів і подальша їх конкурентоспроможність на вітчизняному, європейському та світовому ринках праці [2,11].

Сьогодні в Україні надзвичайно велику проблему становить патологія опорно-рухового апарату, зокрема остеоартроз (ОА) – гетерогенна група захворювань різної етіології, але з подібними біологічними, морфологічними і клінічними проявами, основою яких є прогресуюче дегенеративне ураження всіх компонентів суглоба, насамперед хряща, підхрящової кістки, синовіальної оболонки, зв'язок, капсул і періартикулярних м'язів, з формуванням крайових остеофітів та помірно вираженим синовітом [3,8,10,17].

Говорячи про актуальність цієї теми, викладач повинен наголосити на декількох моментах. По-

перше, економічний збиток, пов'язаний із захворюванням на ОА, в країнах Західної Європи та США становить від 1 до 2,5% валового національного продукту, включаючи, як прямі витрати на медичне обслуговування, так і витрати внаслідок втрати працездатності. По-друге, ОА знижує якість життя хворих більшою мірою, ніж шлунково-кишкові, респіраторні та серцево-судинні захворювання (ССЗ). Він є основною причиною обмеження функціональних можливостей пацієнтів і другою за частотою після ССЗ причиною втрати працездатності. Разом із ішемічною хворобою серця, алкоголізмом, цукровим діабетом і депресією, ОА входить до числа п'яти чинників, що спричиняють найбільш тривале погіршення стану здоров'я [10,13,17,19].

При ОА другою за частотою локалізацією ураження є колінні суглоби (КС). Проте гонартроз привертає особливу увагу не лише через значну поширеність, а й через прогресуючий перебіг, високі показники інвалідизації пацієнтів, а також виражений больовий синдром, що суттєво знижує рухову активність та якість життя хворих [18].

Проводячи заняття, викладачу необхідно підкреслити важливість ранньої та диференційної діагностики гонартрозу, що дозволяє здійснити підбір найбільш раціональних терапевтичних і реабілітаційних заходів та оцінку працездатності. Вона ґрунтується на скаргах хворого, даних анамнезу та об'єктивного обстеження і результатах інструментальних досліджень.

Розглядаючи анамнестичні відомості, варто пам'ятати, що для ОА характерний, як правило, досить тривалий перебіг (кілька місяців, років), малопомітний початок, а серед численних етіологічних чинників найбільше значення мають вік, стать, маса тіла, спадковість, репродуктивні особливості, професія, побутові умови тощо. Необхідно підкреслити, що гонартроз частіше зустрічається у жінок у клімактеричному періоді, а також в осіб з ожирінням і варикозним розширенням вен нижніх кінцівок [5,20].

Першим клінічним проявом захворювання є дифузний, непостійний біль у КС, який зазвичай виникає відразу або після навантаження на суглоб. Біль при маніфестному ОА КС є не настільки

вираженим, як при інших артритах, більш локальним, проте з прогресуванням хвороби набуває стійкого характеру [3].

Рухи в КС зменшуються переважно при згинанні, але повністю не блокуються. Зменшення розгинання в КС обмежується при тривалому перебігу хвороби. Виділяють кілька варіантів гонартрозу: стегново-надколінного (феморопателлярного), медіальної і латеральної частини стегново-великогомілкового (феморотібіального) суглобів.

На початку захворювання частіше уражається стегново-надколінний суглоб, виникає біль при розгинанні, особливо при рухах сходами. При залученні стегново-великогомілкового суглоба при пальпації відзначається болючість по ходу суглобової щілини та хрускіт. Поступово наростає деформація суглоба, з'являється атрофія м'язів. Майже у половини хворих виявляється девіація колінних суглобів (*genu varum* і *genu valgum*). За рахунок ослаблення бічних зв'язок відзначається нестабільність суглоба при латеральних рухах. Гонартроз дуже часто ускладнюється вторинним синовітом. На фоні ураження стегново-великогомілкового з'єднання може виникнути остеонекроз виростків стегна, що спостерігається при варусній девіації [12,22].

Для діагностики ОА КС сьогодні застосовуються різні інструментальні методи дослідження: рентгенографія, артроскопія, ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, сцинтиграфія, тепलोbacherення. Незважаючи на широкий спектр діагностичних методів, перевага надається традиційній рентгенографії. Це пов'язано з доступністю методу, простотою дослідження, економічністю і достатньою інформативністю [9,14,16,21].

У клінічній практиці для діагностики ОА КС широко використовуються критерії American College of Rheumatology (R.Altman et al., 1986) [7,23]:

Клінічні симптоми:

1. Біль у КС протягом більшості днів попереднього місяця;
і
2. а) крепітація;
б) ранкова скутість при активному русі < 30 хв.;
в) вік понад 38 років;
або
3. а) крепітація,
б) ранкова скутість менше 30 хвилин,
в) кісткова деформація;
або
4. а) відсутність крепітації;
б) кісткова деформація.

Чутливість становить 89%, специфічність – 88%.

Клініко-лабораторні та рентгенологічні симптоми:

1. Біль у КС протягом більшості днів попереднього місяця;
і
 2. Остеофіти;
або
 3. а) типова для артрозу синовіальна рідина (світла, в'язка, число клітин менше 2000/мл); або вік понад 40 років);
б) ранкова скутість менше 30 хвилин;
в) крепітація при активних рухах.
- Чутливість становить 94%, специфічність – 88%.

У 2009 році група експертів EULAR (**European League Against Rheumatism**) підсумувала наявні дані доказової медицини і розробила детальні рекомендації для діагностики ОА КС [15]:

1. Для ОА КС характерна поява болю при русі і/або обмеження функціональних можливостей. Це загальний комплекс суглобових порушень, що характеризується втратою хряща, деформацією кісток і залученням всіх суглобових тканин. Структурні зміни відображаються класичною рентгенологічною картиною (рівень доказовості – IIb).

2. Чинники ризику гонартрозу можуть допомогти виявити пацієнтів, у яких цей діагноз найбільш вірогідний. До них належать:

- вік понад 50 років;
- жіноча стать;
- великий індекс маси тіла;
- попередні травми або зсув осі суглоба;
- гіпермобільність КС;
- професійні навантаження;
- сімейний анамнез;
- наявність вузликів Гебердена (рівень доказовості – Ia-IIb).

Виділяються підгрупи хворих у залежності від залучення різних відділів (пателофеморальний, медіальний тібіофеморальний і латеральний тібіофеморальний); реакції кістки (атрофія, гіпертрофія); поширеності ОА (генералізований, локальний); наявності кристалів (пірофосфати, основні фосфати кальцію) і ступеня запалення. Проте в щоденній клінічній практиці розподіл на підгрупи достатньо умовний (рівень доказовості – Ib-IIb).

4. Типовими симптомами ОА КС є:

- поява болю при навантаженні, як правило, його наростання до кінця дня, зменшення після відпочинку;
- «стартовий біль»;
- незначна ранкова скутість і тугорухомість, обмеження функції суглоба.

Нічний біль і триваліший відпочинок для зменшення болю можуть бути проявами розгорненої стадії ОА. Симптоми ОА частіше мають епізодичний характер і залежать від тяжкості захворювання та мало змінюються (рівень доказовості – Іb-ІІb).

5. У осіб старше 40 років з болем в КС, що виникає при навантаженні, нетривалою ранковою скутістю, обмеженнями функціональних можливостей і одним або декількома типовими проявами, що визначаються при огляді (крепітація, обмеження рухів, збільшення розмірів суглоба), діагноз ОА КС можна поставити без проведення рентгенологічного дослідження. Це застосовується, навіть якщо на рентгенограмах характерні зміни не виявляються (рівень доказовості – Іb).

6. Всіх пацієнтів з болем в КС необхідно обстежувати. Симптомами, які вказують на гонартроз, є крепітація, болісність і/або обмеження рухів, розростання кісткової тканини, наявність або відсутність рідини в суглобі. Додатково можна виявити деформації (фіксоване згинання і/або варусну (відше – вальгусну) деформацію); нестабільність; периартикулярний або суглобовий набряк і біль при пальпації надколінника (рівень доказовості – Іa-ІІІ).

7. «Червоні прапорці» (тобто виражене місцеве запалення, еритема, прогресуючий біль незалежно від руху) можуть говорити про сепсис, кристалічну або серйозну кісткову патологію. Залучення інших суглобів може бути пов'язане з цілим рядом захворювань. Біль може бути викликаний лігаментитом, пошкодженням менісків, а також локальним бурситом (рівень доказовості – ІV).

8. Оглядова рентгенографія (обидва КС: у прямій проекції, напівзігнута позиція, додатково – бокова проекція) є золотим стандартом для морфологічної оцінки ОА КС. Класичними ознаками є:

- звуження суглобової щілини,
- остеофіти,
- субхондральний склероз кістки і субхондральні кісти.

За наявності вказаних ознак подальші інструментальні дослідження (МРТ, УЗД, скінтиграфія) для постановки діагнозу ОА не потрібні (рівень доказовості – Іb-ІІb).

9. Хоча клінічні аналізи крові, сечі або синовільної рідини не входять в перелік обов'язкових для діагностики ОА КС, проте ці лабораторні дослідження проводяться для виключення супутніх запальних захворювань (відкладення кристалів пірофосфату, уратів, ревматоїдного артрити) (рівень доказовості – ІІb).

10. При виявленні випоту в суглобі під час огляду необхідне проведення його пункції із аспірацією синовільної рідини та її дослідженням для виключення запальних захворювань, виявлення кристалів уратів і пірофосфату кальцію. Синовільна рідина при ОА незапального характеру <2000 лейкоцитів/мм³; найчастіше присутні кристали основного фосфату кальцію (рівень доказовості – ІІb).

Таким чином, існує цілий ряд клінічних ознак, на підставі яких можна не лише запідозрити, але й поставити вірогідний або навіть достовірний діагноз ОА КС. Саме ознайомлення лікарів-інтернів з методологічним принципом, який базується на засадах доказової медицини, для встановлення діагнозу є одним із найголовніших завдань для викладачів вищої школи. Адже сьогодні медицина насправді стає інтернаціональною галуззю. Воістину пророчими були слова автора повісті «Діти Гіппократа» (1956), відомого італійського письменника Джузеппе Д'Агата: «Поки всі лікарі не будуть здатні одному і тому ж хворому поставити ідентичний діагноз і призначити йому однакову терапію, про медицину як про науку не можна говорити всерйоз».

ЛІТЕРАТУРА

1. Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів та якість підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я / М.В.Банчук, О.П.Волосовець, І.І.Фещенко, Т.М.Бойчук, І.Є.Булах // Науково-методична конференція з міжнародною участю «Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів»: Збірник праць. – К., 2007. – С. 3-9.
2. Денисюк В.І. Доказова внутрішня медицина: Підручник / В.І.Денисюк, О.В.Денисюк. – Вінниця: ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. – 928 с.
3. Зборовская И.А. Ревматические болезни в практике врача / И.А.Зборовская. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2011. – 672 с.
4. Медична освіта в світі та в Україні / Ю.В.Поляченко, В.Г.Передерій, О.П.Волосовець та ін. – К.: Книга плюс, 2005. – 383 с.
5. Михайлов А.Н. Фундаментальные и прикладные аспекты этиопатогенеза и клинико-рентгенологической диагностики гонартроза / А.Н.Михайлов, А.И.Алешкевич // Медицинские новости. – 2004. – №12. – С. 15-20.
6. Москаленко В.Ф. Значення доказової медицини в підвищенні якості надання медичної допомоги в сучасних умовах / В.Ф.Москаленко, О.П.Яворовський, А.С.Свінцицький // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика. – К., 2007. – Випуск 16, книга 4. – С. 719-724.
7. Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб / За ред. В.М.Коваленка, Н.М.Шуби. — К., 2004. — 156 с.
8. Ревматичні хвороби та синдроми / А.С.Свінцицький, О.Б.Яременко, О.Г.Пузанова, Н.І.Хомченкова. – К.: «Книга плюс», 2006. – 680 с.
9. Ревматология: Клинические рекомендации / Под ред.

- Е.Л.Насонова. — М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2010. — 752 с.
10. Ревматология: Национальное руководство / Под ред. Е.Л.Насонова. — М.: ГЭОТАР- МЕДИА, 2008. — 720 с.
 11. Сучасні підходи до підвищення якості освіти у системі післядипломної освіти / О.М.Хвисьюк, В.Г.Марченко, В.В.Жеребкін та ін. //Медична освіта. — 2011. — № 2. -С. 94-97.
 12. Шостак Н.А. Остеоартроз – клиническая картина, диагностика, подходы к терапии / Н.А.Шостак, Н.Г.Правдюк // Неврология/ревматология (Приложение к журналу Consilium Medicum). — 2012. — №1. — С. 45-49.
 13. Bijlsma J.W. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice / J.W.Bijlsma, F.Berenbaum, F.P.Lafeber // Lancet. — 2011. — Vol. 377. — P. 2115-2126.
 14. Choroby wewnętrzne 2012 – kompendium / Pod red. Piotra Gajewskiego na podstawie Interny Szczeklika.- Kraków: Medycyna Praktyczna, 2012 – 1358 s.
 15. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis / W.Zhang [et al.] // Ann. Rheum. Dis. — 2010. — Vol. 69. — P. 483-489.
 16. Guermazi A. Imaging of osteoarthritis: update from a radiological perspective / A.Guermazi, F.W.Roemer, D.Hayashi / Curr. Opin. Rheumatol. — 2011. — Vol. 23. — P. 484-491.
 17. Osteoarthritis / L.Busija [et al.] // Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. — 2010. — Vol. 24. — P. 757-768.
 18. Osteoarthritis of the knee / J.Chard [et al.] // Clin. Evid. — 2005. — Vol. 14. — P. 1506-1522.
 19. Reumatologia. Wielka Interna. Tom 9 / Pod red. Mariusza Puszczewicza. — Warszawa: Medical Tribune Polska, 2012. — 560 s.
 20. Sex differences in osteoarthritis of the knee / B.D.Boyan [et al.] // J. Am. Acad. Orthop. Surg. — 2012. — Vol. 20. — P. 668-669.
 21. Shagam J.Y. Medical imaging and osteoarthritis of the knee / J.Y.Shagam // Radiol. Technol. — 2011. — Vol. 83. — P. 37-56.
 22. Sinusas K. Osteoarthritis: diagnosis and treatment / K.Sinusas // Am. Fam. Physician. — 2012. — Vol. 85. — P. 49-56.
 23. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the knee / R.Altman [et al.] // Arthritis Rheum. — 1986. — Vol. 29. — P. 1039-1049.

Свинцицкий А.С.

Внедрение доказательного подхода для постановки диагноза остеоартроза коленных суставов во время подготовки врачей-интернов терапевтического профиля

В статье приведены методические рекомендации для преподавателей при подготовке врачей-интернов терапевтического профиля по теме: «Диагностика остеоартроза (ОА) коленных суставов». Обращается внимание на необходимость тщательного сбора анамнеза и проведения непосредственного обследования пациента, поскольку существует целый ряд клинических признаков, на основании которых можно не только предположить, но и поставить вероятный или даже достоверный диагноз ОА. Именно ознакомление врачей-интернов с подходами, которые базируются на принципах доказательной медицины, для установления диагноза является одной из главных задач для преподавателей высшей школы.

Ключевые слова: остеоартроз коленных суставов, диагностика, доказательная медицина, подготовка врачей-интернов

A. S. Svintsitsky

Implementation of an Evidence-based Approach for the Diagnosis of Knee Osteoarthritis During the Training of an Physicians in Internship

The article presents the guidelines for lecturers for training of therapeutic profile interns on knee osteoarthritis (OA) diagnosis. The attention is paid to the importance of history taking and examination of the patient, because there are a lot of clinical signs, based on which physician can not only suggest, but also diagnosis the OA. Acquaintance of interns with the evidence-based approach for the diagnosis establishment is one of the main tasks for lecturers.

Keywords: knee osteoarthritis, diagnosis, evidence-based medicine, training of interns