

Ревматологічні аспекти болю в кульшових суглобах



Є.Д. Єгудіна

19-20 вересня в м. Буковель відбулася XII Всеукраїнська науково-практична конференція «Сучасні аспекти клінічної неврології», організована Івано-Франківським національним медичним університетом. У роботі заходу взяли активну участь неврологи, нейрохірурги, психіатри, терапевти, лікарі загальної практики – сімейної медицини, залучаючись до обговорення доповідей, клінічних випадків і дискусійних питань під час кожної наукової сесії. Програма включала важливі й актуальні теми клінічної практики: розглянуто запальні та автоімунні захворювання нервової системи, психосоматичні стани, тривожні розлади, когнітивні порушення, пароксизмальні стани, полінейропатії, головний біль тощо. У межах наукового семінару, присвяченого проблемі больового синдрому, керівниця навчального центру Інституту ревматології, лікар-ревматолог МЦ «Клініка сучасної ревматології» (м. Київ), доктор медичних наук, професор Єлизавета Давидівна Єгудіна розповіла про ревматологічні аспекти болю в кульшових суглобах (БКС).

Найчастіше пацієнти звертаються до сімейних лікарів, лікарів-ревматологів із болем у колінних суглобах, але БКС також є частою знахідкою.

Серед дорослих, які займаються спортом, БКС спостерігають у 30-40%, серед дорослих віком >60 років – у 12-15%. У людей молодого віку насамперед необхідно виключити травму кульшового суглоба (КС) або запалення (синовіт), у літніх пацієнтів біль частіше зумовлений синдромом трохантерального болю та остеоартритом. Можливий т. зв. відбитий біль через попереково-крижову радикулопатію та аорто-клубову артеріальну недостатність (оклюзійна хвороба).

Під час ведення хворих із БКС використовують алгоритм (рис. 1).

Також можна зорієнтуватися, що саме уражено в пацієнта (залежно від локалізації болю). Біль у паховій ділянці може свідчити про клубово-гребінцевий бурсит або артрит КС. Якщо біль розповсюджується латеральною поверхнею стегна, можна запідозрити нейропатію латерального шкірного нерва. Коли біль іррадіює в ділянку сідниць, слід виключити сакроїеліт, ураження крижово-клубових суглобів. Бурсит сумки сідничного бугра переважно проявляється болем у сідницях (особливо після сидіння). Ішіалгія – біль, що іррадіює із сідниць

донизу (іноді з розповсюдженням на вільну частину стопи).

Крок 1. Виключення травми

Слід розуміти, що навіть незначна травма (наприклад, падіння зі стільця) може спричинити перелом стегна чи таза в немичної літньої людини. За відсутності чіткої історії травми приховані переломи стегна (перелом лобкової гілки без зміщення або перелом шийки стегнової кістки) може бути складно діагностувати, але їх слід запідозрити в людей літнього віку чи пацієнтів зі зниженою мінеральною щільністю кісткової тканини. При переломі шийки стегнової кістки спостерігається значна болючість стегна на передній поверхні. В таких пацієнтів є значний біль за пасивного руху стегна (особливо за внутрішнього та зовнішнього обертання). Допомагають установити діагноз звичайна рентгенограма, комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ).

Крок 2. Визначення небезпечних медичних станів як причини болю

Слід виключити аорто-клубову артеріальну недостатність, септичний артрит, остеонекроз, пухлини.

Зокрема **аорто-клубова артеріальна недостатність** проявляється болем та кульгавістю в сідниці, стегні; в пацієнта наявні фактори ризику серцево-судинних захворювань, може спостерігатися ниючий біль, пов'язаний зі слабкістю стегна під час ходьби. Під час обстеження виявляють артеріальний шум та ослаблення пульсу в паху або дистальних відділах нижніх кінцівок (однобічно чи двобічно). Можуть спостерігатися атрофія м'язів і повільне загоєння ран на ногах. Таким пацієнтам необхідна термінова візуалізація.

Ще одним невідкладним станом є **септичний артрит**. Захворювання спричинене *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia spp.* Переважно цей стан розвивається в хворих літнього віку, які хворіють на цукровий діабет, мають імуносупресію, прояви інфекційного ендокардиту, ревматоїдний артрит, нещодавно перенесли системну інфекцію, а також пацієнти, котрим напередодні проводили внутрішньосуглобові ін'єкції. Для хворих характерні системні симптоми – загальна слабкість, лихоманка, озноб, може бути прилегле вогнище інфекції з ураженням шкіри.

Німесил
німесулід

БАГАТОФАКТОРНИЙ МЕХАНІЗМ ДІЇ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ РІЗНИХ ТИПІВ БОЛЮ*

НІМЕСУЛІД №1 В УКРАЇНІ
ЗА РЕКОМЕНДАЦІЄЮ ЛІКАРІВ

Апельсиновий смак

1. За результатами порівняння середньої інтенсивності болю в АТ-групі М01АХ17 (Німесулід) за період квітень 2022 – квітень 2023 рр. за даними аналітичної частини дослідження «Роль Німесуліду в лікуванні болю». Учасники дослідження: 2. Kolesnyk et al. Curr Med Res Opin. 2016;32(11):23-30. *Німесулід слід застосовувати тільки в разі потреби другої лінії.

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакологічна група: нестероїдні протизапальні засоби. Код АТХ М01АХ17. Склад: 1 таблетка містить німесулід 100 мг. Показання: лікування гострого болю. Лікування хронічного болю. Лікування гострого запального захворювання кістки, викликаного травмою кістки. Німесулід слід застосовувати тільки в разі потреби другої лінії. Спосіб застосування та дози. Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліду (1 таблетка) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесулідом – 15 днів. З метою зменшення частоти побічних реакцій потрібно здійснювати мінімальну ефективну дозу протягом найкоротшого часу. Ревматоїдне захворювання кістки (ревматоїдний артрит). Протипалізація. Біологічна чутливість до німесуліду, до будь-якого іншого НІЕС або до будь-якого з допоміжних речовин лікарського засобу та ін. Більше інформації функції нерва, порушення функції печінки та ін. Побічні дії. Запалення, набряк, артеріальний тиск, диспепсія, головний біль, вертебро, лабораторія Менаріні С.А., Laboratoire Menarini S.A. Місце заходження. Альфасол Ш.І.І. Задарина, Барселона, Іспанія. Перед застосуванням, будь ласка, уважно ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування, повним переліком побічних реакцій, протипалізація, особливості застосування лікарського засобу Німесулід. За повною деталізованою інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу Німесулід, затверджена наказом МОЗ України №539 від 23.03.2023, ЗР, ФУО/0255/03/01. За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою: Представництво «Берлін-Хемі/Менаріні Україна Інв'єст» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044) 496-13-88, вул. Березняківська, 29, тел.: (044) 496-13-88. Код UI-414-03-2023-41-11-1111. Дата затвердження 29.05.2023.

Чи передувала травма виникненню болю?	
Чи виникає у вас біль у стегнах або сідницях після того, як ви пройшли певну відстань? Чи пов'язаний цей біль зі слабкістю стегна під час ходьби? Чи є у вас в анамнезі захворювання коронарних артерій або периферичних судин?	→ Аорто-клубова недостатність як причина болю в стегні
Чи є інші суглоби (крім КС) болючими, набряклими або запаленими? Чи з'явилися симптоми та ознаки в молодому віці і їм не передувала травма?	→ Ревматологічне захворювання (ревматоїдний артрит або спондилоартрит)
Чи відчуваєте ви будь-які розлади шлунково-кишкового тракту, що потребують обстеження?	→ Ентерогенний артрит (хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт)
Чи відчуваєте ви біль або почервоніння очей або будь-який стан очей, який вимагає огляду спеціаліста?	→ Ірит/увеїт може бути пов'язаний із низкою системних запальних захворювань, як-от спондилоартрит
Чи були у вас системні захворювання або інфекції до появи болю в стегнах?	→ Реактивний артрит
Чи відчуваєте ви якусь вогнищеву слабкість, таку як нездатність відштовхнутися ногою або підняти (зігнути) стопу?	→ Поперекова радикулопатія
Чи відчуваєте ви оніміння або поколювання в стегні, нозі чи стопі?	→ Парестетична мералгія або патологія поперекового відділу хребта (радикулопатія L2-L3 уражає передню ділянку стегна/паху; радикулопатія L5-S1 уражає бічні поверхні стегон та сідниці)
Чи з'явилися у вас висипи, особливо на ліктях, колінах або шкірі голови? Чи є в особистому або сімейному анамнезі псоріаз?	→ Псоріатичний артрит
Чи викликає біль лежання на боковій поверхні стегна вночі?	→ Пошкодження сідничних сухожиль або синдром великого вертлюга

Рис. 1. Ключові знахідки в пацієнтів із БКС

Рухи в суглобах болючі та обмежені в усіх площинах руху. На МРТ – ознаки синовіального посилення (98% випадків), перисиновіальний набряк (84%), випіт у порожнині суглоба (70%).

Остеонекроз (асептичний некроз) голівки стегнової кістки проявляється болем у паху, сідниці або стегні, який зазвичай виникає при навантаженні, згодом – і в стані спокою, а також уночі. Біль інтенсивний, недостатньо купіюється за допомогою нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). МРТ є золотим стандартом діагностики такого стану, що допомагає виявити зміни вже на ранніх стадіях. Остеонекроз може бути травматичний, вторинний (зазвичай односторонній) та нетравматичний (переважно двобічний). Останній варіант зазвичай спостерігають у пацієнтів, які тривало застосовують глюкокортикоїди, зловживають алкоголем, курять, мають такі захворювання, як системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит, а також особи з гіперліпидемією, хворі на ВІЛ-інфекцію, декомпенсований цукровий діабет, із хронічною нирковою недостатністю тощо. Такі пацієнти потребують негайної консультації ортопеда-травматолога.

При первинних або вторинних **пухлинах кісток** біль зазвичай локалізований, може посилюватися та слабшати і пов'язуватися з локальним набряком м'яких тканин; часто посилюється вночі. Наявні системні симптоми – втрата маси тіла, нічна пітливість. Пухлини кісток КС зазвичай уражають проксимальний відділ стегнової кістки, вони можуть бути доброякісними (остеохондрома, остеома, остеобластома, аневризмальна кісткова кіста, енхондрома тощо) або злоякісними (остеосаркома, хондросаркома, саркома Юінга, фіброзна гістіоцитома). Рентгенографічна, КТ- або МРТ-візуалізація є стандартом у діагностиці таких пухлин.

Якщо діагноз залишається незрозумілим, важливо розглянути **внутрішньочеревні причини**, зокрема, якщо біль у стегні супроводжується ознаками системного захворювання (гарячка, пітливість, втрата маси тіла), симптомами з боку шлунково-кишкового тракту, ознаками урологічного або гінекологічного захворювання (утворення в паху, болючість живота, гематурія, виділення з піхви).

Крок 3. Остеоартрит або ревматологічне захворювання як імовірна причина

Ревматоїдний артрит, спондилоартрит (псоріатичний або реактивний артрит), **кристал-індуковані артропатії** (подагра, псевдоподагра) – запальні стани, які характеризуються ураженням зазвичай декількох суглобів, інших органів; наявні сімейна історія ревматологічного захворювання, висипи на шкірі, вузлики, зміни з боку очей (ірит).

Ревматична поліміалгія – захворювання, яке уражає переважно пацієнтів літнього віку; розвивається гостро та характеризується насамперед вираженим симетричним болем у ділянці плечового, тазового пояса і шиї, супроводжується обмеженням рухів, значним підвищенням гострофазових показників, анемією.

Остеоартрит КС – поширене захворювання в пацієнтів літнього віку. За статистикою, в кожного 4-го, хто проживе до 85 років, розвивається симптоматичний остеоартрит. Факторами ризику є попередня травма КС, тяжкі фізичні навантаження, зміни форми суглоба та сімейний анамнез. Характерний поступовий розвиток болю (глибоко в передній ділянці стегна або в паху). Біль посилюється під час фізичної активності,

зменшується під час відпочинку. Підйом із положення сидячи часто зумовлює біль у стегнах (болючі як активні, так і пасивні рухи стегна). Внутрішня ротація зменшується зазвичай швидше та більше, ніж зовнішня. При прогресуванні захворювання біль виникає уже за меншої активності, згодом – і в стані спокою, і вночі. Методи візуалізації свідчать про звуження суглобової щілини, остеосклероз, наявність остеофітів.

Крок 4. Радикулопатія (защемлення нерва) як причина болю

Слід виключити **радикулопатію**, або **защемлення нерва**. Здавлення корінців попереково-крижового нерва чи периферичних нервів може проявлятися болем у стегнах. Характерні парестезії, поколювання, оніміння, ірадіація болю впродовж ходу нерва, слабкість нижніх кінцівок, слабкість згинання стегна, розгинання коліна. На МРТ можна виявити протрузію диска, грижі. Залежно від локалізації болю та того, як він ірадіює, можна запідозрити, які саме корінці уражені.

Крок 5. Осередковий біль, що передбачає діагностику окремого захворювання опорно-рухового апарату

Бічний біль у КС часто локалізується вище великого вертлюга, в місці прикріплення сідничного сухожилля та вертлюжної бурси. Біль турбує переважно вночі, коли хворий лежить на боці. В пацієнта можна визначити точку максимальної болючості. Біль, локалізований у верхньозадньому відділі великого вертлюга, свідчить про синдром великого вертлюга (вертельний бурсит).

Біль у передній ділянці стегна може свідчити про патологію КС, розтягнення проксимального м'яза згинача стегна. Слід пам'ятати, що фемороцетабулярний імпіджмент може спричиняти біль у передній ділянці стегна, який часто є найсильнішим при внутрішній та зовнішній ротації.

Лабораторні обстеження

Лабораторне обстеження може бути показано, якщо анамнез та обстеження зумовлюють підозру на системне захворювання, зокрема ревматологічне. Початкове лабораторне дослідження може включати загальний і диференційний аналіз крові, С-реактивний білок, швидкість осідання еритроцитів, ревматоїдний фактор, HLA-B27.

Лікування

Ступінчастий підхід до лікування болю представлений на рисунку 2.

НПЗП є першим кроком лікування; їх легко дозувати, вони доступні та представлені різноманітними молекулами. Але до того, як віддиференціювати причину болю в пацієнта, для зменшення вираженості гострого болю в КС варто призначити німесулід (Німесил®).



Рис. 2. «Сходінки» лікування болю

Німесулід, крім загального для НПЗП механізму дії (інгібування циклооксигенази), інгібує вивільнення субстанції Р і синтез матричних металлопротеїназ, знижує агрегацію та міграцію нейтрофілів, зменшує вироблення гістаміну, нейтралізує токсичні вільні радикали, пригнічує продукування медіаторів запалення (інтерлейкін-6, фактор некрозу пухлини-α). Все це зумовлює потужний протизапальний і знеболювальний вплив німесуліду. Препарат дуже швидко всмоктується в шлунково-кишковому тракті, при цьому наявність їжі в шлунку не зменшує абсорбції. Фармакологічний профіль препарату не залежить від віку пацієнта; німесулід добре переноситься в т. ч. хворими літнього віку. Крім того, препарат чинить хондропротекторний вплив.

У пацієнтів із гострим подагричним артритом німесулід у формі гранул продемонстрував швидкий знеболювальний ефект порівняно з таблетками німесуліду чи диклофенаку. Через 10 хв 80% хворих, які приймали Німесил® у формі гранул, спостерігали полегшення болю (на відміну від ≈35 і 10% при застосуванні таблеток німесуліду та диклофенаку відповідно).

Проведено багатоденне подвійне сліпе рандомізоване клінічне дослідження німесуліду в пацієнтів із післяопераційним болем після артроскопії та меніскектомії. Спостерігали значно краще полегшення болю, ніж при застосуванні напроксену. Через 1 год після лікування >70% пацієнтів, які отримували німесулід, відчули зниження на 50% інтенсивності болю порівняно з менш ніж 50% пацієнтів, котрі отримували напроксен, і 40% хворих, що застосовували плацебо (Binning A., 2007).

Порівнювали також антигіпералгезивний ефект німесуліду 100 мг з іншими НПЗП (диклофенак 50 мг, цефекоксид 200 мг і рофекоксид 25 мг) у пацієнтів із запаленням суглобів. Після одноразової пероральної дози всі препарати зменшували запальну гіпералгезію. Проте лише німесулід був ефективним вже через 15 хв після застосування. Отже, німесулід є особливо ефективним і швидкодіючим у подоланні болю запального генезу (Bianchi M., Broggin M., 2002).

Доповідачка нагадала, що всі НПЗП слід застосовувати нетривалим курсом у якнайнижчому дозуванні через можливість виникнення побічних ефектів. Відомо, що НПЗП можуть підвищувати ризик гострих цереброваскулярних подій, проте, як показано, німесулід (порівняно з іншими препаратами) не мав статистично значущого підвищення ризику при застосуванні в пацієнтів з остеоартритом.

Що стосується побічних дій з боку шлунково-кишкового тракту на тлі прийому німесуліду, то препарат виявив навіть меншу, ніж при прийомі плацебо, кількість таких подій (Binning A., 2007).

Отже, під час звернення пацієнта із БКС слід:

- 1. Зібрати ретельний анамнез, скарги, провести об'єктивне дослідження.
- 2. Провести візуалізацію та лабораторне обстеження для уточнення діагнозу.
- 3. Виключити небезпечні для життя стани.
- 4. Застосовувати покроковий ступінчастий підхід до лікування болю.

Підготувала Віталіна Хмельницька