

ОСТЕОАРТРОЗ, СКЛЕРОДЕРМІЯ ТА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ: ПЕРСОНІФІКОВАНА СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ

22–23 березня в Києві відбулася Науково-практична конференція «Споріднені групи системних хвороб сполучної тканини: визначення статусу та менеджмент на основі міжнародних стандартів». Захід організований за ініціативи Національної академії медичних наук (НАМН) України, Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Асоціації ревматологів України, Державної установи (ДУ) «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска та Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика МОЗ України. Захід присвячено нагальним питанням сучасної стратегії діагностики та лікування спорідненої групи хвороб сполучної тканини з огляду на новітні досягнення та персоналізовану терапевтичну тактику. У роботі конференції взяв участь представник Асоціації ревматологів Італії професор Роберто Джакомеллі.



Відкриваючи захід, до присутніх із вступним словом звернувся голова заходу, віце-президент НАМН України, президент Асоціації ревматологів України та Асоціації кардіологів України, член правління Європейської антиревматичної ліги (The European League Against Rheumatism — EULAR) та координатор ради Всесвітньої антиревматичної ліги (The International League Against Rheumatism — ILAR), директор ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», академік НАМН України, професор **Володимир Коваленко**.

«Перш за все, хочу вас привітати з початком нашого заходу. Побажати вам плідної роботи та можливості обмінятися власним досвідом і долучитися до всього того нового, що запропоновано в сьогоднішніх доповідях, лекціях та семінарах. Особливо хочу подякувати професору Роберто Джакомеллі, який люб'язно погодився від імені Асоціації ревматологів Італії взяти участь у роботі нашої конференції. Перекоаний, що ми всі із задоволенням послухаємо запропоновану професором лекцію, присвячену сучасним тенденціям діагностики та лікування системної склеродермії (ССД). Італія стала однією із провідних країн у світі, яка досягла значних успіхів у лікуванні цієї складної патології. Думаю, що це було б неможливим без створення Італійського товариства з координації лікування склеродермії та спорідненої групи захворювань.

Без перебільшення можна вважати останні роки розвитку ревматології епохальними, — наголосив доповідач. — За останнє десятиліття в ревматології сталася справжня революція, яка радикально змінила наші терапевтичні можливості, зумовивши зміну поглядів на кінцеву мету лікування. Вислів «treat to target» — лікування до досягнення мети — стало головним девізом нинішньої ревматології. Це дало змогу більшості діагнозів на сьо-

годні розглядати не як вирок швидкої інвалідизації. І це найголовніший результат. За цим стоять щасливі пацієнти, які отримали надію довготривалого впевненого лікування, а лікаря — полишила сумна безвихідь. Саме завдяки новим розробкам та впровадженню сучасних підходів до діагностики і лікування стало можливим запровадити персоналізовану тактику лікування. Виявлення захворювань на ранніх стадіях, визначення їх тонких відмінностей та можливість довготривалого лікування стали реальністю повсякденного життя ревматолога. Тому думаю, що наша конференція, присвячена персоналізованому підходу до лікування пацієнтів споріднених груп системних захворювань сполучної тканини, є вкрай важливою не лише в науковому сенсі, а і з погляду у практичну площину. Перш за все ми маємо зробити життя цієї категорії хворих соціально адаптованим, і для цього у нас є всі можливості», — завершив свою промову академік В. Коваленко.

НАГОРОДЖЕННЯ ПРОФЕСОРА ОЛЕГА НАДАШКЕВИЧА

Перед тим як надати слово наступному лектору, головуючий запросив на сцену професора О. Надашкевича, завідувача кафедри сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. «Користуючись нагодою, — почав В. Коваленко, — хочу вручити нагороду — медаль «За заслуги в охороні здоров'я» імені М.Д. Стражеска. Мені це вкрай приємно робити, оскільки це знаменна подія. Ми знаємо Олега Никоновича як видатного і талановитого дослідника та науковця. З його ім'ям пов'язані значні досягнення в галузі клінічної ревматології. Він автор багатьох публікацій, відомих не лише у нас, але й за межами держави. Його роботи у галузі діагностики та лікування системних хвороб сполучної тканини (системний червоний вовчак, ССД, дерматомиозит, васкуліт) добре знаєні. Проте головним досягненням О. Надашкевича є розробка та впровадження сучасних методів лікування пацієнтів із ССД. Саме за це його обра-

но членом Міжнародного товариства з вивчення спондилоартриту (The Assessment of Spondylo-Arthritis international Society — ASAS, 2008) та двох міжнародних товариств із ССД (The Scleroderma Clinical Trials Consortium — SCTC, 2005; The European Scleroderma Trials and Research group — EUSTAR, 2006). Тому ця нагорода заслужена», — наголосив В. Коваленко.

СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМІЯ ТА СПОРІДНЕНІ ЗАХВОРЮВАННЯ



Свою лекцію «Системна склеродермія» професор **Роберто Джакомеллі** (Roberto Giacomelli), Італія, розпочав з уточнення особливостей патогенезу склеродермії та необхідності її ранньої діагностики. «ССД, — наголосив доповідач, — належить до склеродермічної групи захворювань,

як включає також обмежену (вогнищеву) склеродермію, дифузний еозинофільний фасцит, склеродерму Бушке, мультифокальний фіброз, індуковані форми склеродермії та псевдосклеродермічні синдроми. Оскільки основою захворювання є ураження сполучної тканини з переважанням фіброзу, облітерації артеріального (капілярного) русла за типом проліферативного ендартеріїту та синдрому Рейно з характерними фіброзними змінами шкіри, опорно-рухового апарату та внутрішніх органів (легень, серця, травного тракту, нирок) — хвороба формується як системна патологія. Тому досить важливо мати на увазі, що кожний з ранніх проявів окремих синдромів в подальшому може трансформуватися в один із варіантів склеродермії і навпаки.

ССД формується як взаємодія несприятливих екзо- й ендогенних чинників за наявності генетичної схильності. У пацієнтів із ССД підтверджено існування хромосомної нестабільності. Наявність сімейних випадків ССД і близьких захворювань (системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит, синдром Шегрена, синдром Рейно та його еквівалентів: кардіопатії та нефропатії нез'ясованого генезу, ураження щитоподібної залози. Частина цих проявів може розглядатися як неповна, або початок маніфестного прояву ССД. Це особливо слід мати на увазі за наявності симптоматики вищеназваних станів та спорадичних клінічних проявів. З огляду на важливість встановлення раннього діагнозу ССД це запорука ефективного лікування, спрямованого на її прояви та асоційовані стани: хвороби печінки, нирок, легень, артеріїт тощо».

Далі професор детально зупинився на лікуванні пацієнтів із склеродермією та системними станами, які часто її супроводжують, зокрема на синдромі Рейно та ідіопатичному фіброзному альвеоліті та легеневої гіпертензії. Це ті стани, які суттєво обтяжують лікування та значно скорочують тривалість життя, як підкреслив професор Р. Джакомеллі.

Особливо упереджено треба ставитися до перших проявів, характерних для синдрому Рейно, адже це може бути першим проявом ССД. Вчасно розпочате лікування може надовго призупинити прогресування розгорнутої картини ССД. Надзвичайної уваги потребують пацієнти з наявним високим ризиком розвитку виразкування дистальних фаланг кінцівок.

Головна роль у патогенезі хвороби належить ендогенним вазоконстрикторам — катехоламінам, ендотеліну і тромбоксану А2. Застосування препаратів, які ефективно пригнічують функцію названих медіаторів, може розглядатися як патогенетичне. На сьогодні лікування пацієнтів із синдромом Рейно передбачає застосування низки препаратів: блокатори Ca²⁺-каналів (ніфедипін, амлодипін), антагоністи рецепторів ендотеліну-1 (бозентан), інгібітори зворотного захоплення серотоніну (флуоксетин), інгібітори фосфодіестерази-5 (силденафіл), простагландини (ілопрост та алпростадил). Проте, як уточнив доповідач, препарати першої групи застосовують на першому, неускладненому етапі лікування, в той час як наявність тяжких розладів та виразкування передбачає призначення найбільш дієвих препаратів — простагландинів. Згідно з останніми даними, вони мають найбільш доведену ефективність.

Звертаючи увагу присутніх на лікування пацієнтів із легеневою гіпертензією, доповідач наголосив, що це особливо тяжке ускладнення. Зокрема це стосується стійкої склеротичної форми легеневої гіпертензії. Професор зупинився на окремих групах препаратів для лікування пацієнтів із легеневою гіпертензією та ефективності кожної з груп.

На сьогодні добре зарекомендували себе та широко застосовуються препарати таких груп: блокатори кальцієвих каналів (лише дигідропіридинової групи і лише при збереженій реактивності легеневих судин), антагоністи ендотелінових рецепторів (бозентан), протаноліди (трепростиніл, іломедін та ілопрост). Останні застосовують у тяжких хворих, у яких не відзначено відповіді на традиційне лікування антагоністами кальцієвих каналів. Ілопрост — хімічно стабільний аналог простагландину — застосовується у формі інгаляцій. Попри короткотривалий період дії препарату, як підкреслив доповідач, його застосування у хворих зі склеротичною формою легеневої гіпертензії дозволило вдвічі підвищити толерантність до фізичного навантаження у безнадійно тяжких пацієнтів. Особливо безпечним та ефективним він виявився у хворих на ССД, ускладнену склеротичною формою легеневої гіпертензії. Застосування препаратів — блокаторів ендотелінових рецепторів (бозентан) та інгібітору фосфодіестерази-5 (силденафіл), як доведено у багатьох дослідженнях, має перевагу перед іншими за ефективністю у разі лікування при легеневої гіпертензії II–III ступеня, особливо поєднаній зі склеродермією. І нарешті, у разі вичерпаних можливостей консервативного лікування залишається хірургічне втручання: атріосептостомія (як підготовчий етап) і трансплантація легені.



Далі до слова було запрошено професора **О. Надашкевича**. Свою доповідь професор розпочав, наголосивши, що безвихідь змушує бути не лише твердим у поглядах, але і наполегливим у пошуку вирішення проблеми. Так само і при лікуванні пацієнтів із ССД, ускладненою фіброзним легенеvim альвеолітом. Патологія не лише складна для лікування як така, вона спричиняє швидкий і трагічний летальний кінець хворого. Проте проведення активного лікування пацієнтів у фазі інтерстиціального альвеоліту дає можливість стійкої ремісії для хворого і відтермінування фібротичної стадії. З усіх відомих до сьогодні методів лікування лише цитостатична терапія має певний клінічний ефект. Так, ще у 1991 р. запропонований оратором до застосування препарат азотіопрін виявився ефективним при легенеvому альвеоліті у хворих із тяжкими проявами склеродермії. Подальшим став пошук препарату для цитостатичної терапії, яким виявився циклофосфан. Робота у цьому напрямку переконала багатьох, і не лише в Україні, в дієвості його застосування при лікуванні пацієнтів із альвеолітом. Прийом протягом тривалого часу (понад 3 міс застосування циклофосфану у дозі 12 мг) дозволив досягти зворотного розвитку захворювання та довгострокової ремісії. Це була певна перемога. На сьогодні препарат рекомендовано ILAR як основний для лікування пацієнтів із ССД, ускладненою фіброзним альвеолітом. Оратор застеріг слухачів щодо наявності певного ряду побічних ефектів циклофосфану: розвиток геморагічного циститу, пригнічення кровотворення. Проте на сьогодні цьому знайдено вихід — перехід до прийому мікофенолату мофетилу. І хоча достатньої кількості клінічних досліджень з метою вивчення безпеки цього препарату небагато, попередні дані досить обнадійливі, як уточнив оратор.

Наступний доповідач, професор **Роман Яцишин** (Івано-Франківський національний медичний університет), розповів про сучасні тенденції діагностики та лікування пацієнтів із ССД за матеріалами V Всесвітнього конгресу зі склеродермії. Оратор звернув увагу на значний прогрес у лікуванні та діагностиці цього захворювання за результатами багатьох доповідей, представлених на конгресі, особливо вичерпно зупинившись на лікуванні у разі поєднаних станів. Найбільше доповідей на заході було присвячено організації допомоги та лікування хворих із облітерацією артеріального (капілярного) русла за типом проліферативного ендартеріїту на зразок синдрому Рейно. Це досить поширене ускладнення ССД призводить до формування виразок та некротичних змін м'яких тканин кінцевих фаланг пальців. Вони мають множинний характер та дистальне розміщення. Досить болючі! Це не лише призводить до втрати функції, а може призвести також до генералізації інфекційних ускладнень, як уточнив доповідач. Організація допомоги

цим хворим передбачає хірургічне видалення некротичних ділянок та превентивне призначення антибактеріальної терапії для запобігання інфекційним ускладненням. Більше того, дигітальна ультрасонографія є грізним предиктором ураження внутрішніх органів: легень, нирок, шлунково-кишкового тракту та печінки, як наголосив автор. Тому варто виявляти та лікувати не лише виразки, а й запобігати ускладненням внутрішніх органів у ранні терміни.

Запобігання та загоєння некротичних виразок — кропітка робота. У нашому розумінні це первинна хірургічна обробка рани, оскільки європейська практика передбачає сестринський догляд. Далі оратор детально зупинився на лікуванні та індивідуальному доборі препаратів з огляду на конкретного пацієнта. Застосування простаноїдів для пришивдженя загоєння ран показано лише за умов критичної ішемії, оскільки рутинне їх застосування спричиняє підвищений ризик смертності. А також доповідач розповів про сучасну систему спостереження пацієнтів та стратегію запобігання ускладненням, особливо інфекційним. Це велика проблема, оскільки, за даними бактеріологічного дослідження, виявляють змішану флору грампозитивних і грамнегативних бактерій, як уточнив доповідач.

ОСТЕОАРТРОЗ ТА КОМОРБІДНІСТЬ



Олег Борткевич, професор, провідний науковий співробітник відділу некоронарогенних хвороб серця та клінічної ревматології ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», розкрив тему «Сучасні тенденції розвитку лікування остеоартрозу на фоні коморбідних станів», зупинившись на проблемі лікування пацієнтів з остеоартрозом (ОА) за наявності супутніх захворювань.

У своїй доповіді професор розглянув тенденції лікування хворих на ОА за наявності таких коморбідних станів, як надмірна маса тіла, гіпертонічна хвороба, гіперурикемія та дисметаболический синдром. Як наголосив доповідач, коморбідність — головна проблема при лікуванні пацієнтів з ОА. До слова, за даними багатьох досліджень, надмірна маса тіла становить ризик розвитку ОА > 15%. При цьому надмірна маса тіла не кращим чином впливає і на перебіг наявного ОА, суттєво знижуючи ефект лікування. Далі оратор детально зупинився на інших чинниках, які сьогодні мають доказову базу негативного впливу на розвиток ОА. О. Борткевич наголосив, що ретельне дослідження загального стану хворого на ОА та лікування, спрямоване на супутні коморбідні стани, значною мірою може вплинути на якість лікування опорно-рухового апарату. Відносно менеджменту при ОА на першому плані залишається фармакотерапія, як наголосив доповідач. І тут не обійтись без анальгетичних і протизапальних препаратів. Препаратами, вартими нашої уваги, залишаються симптом-модифікуючі (анальгетики та нестероїдні

протизапальні препарати — НПЗП) та симптом-модифікуючі уповільненої дії (глюкозамін, хондроїтин, гіалуронова кислота тощо). Варто звернути увагу, що препарати першої групи, попри швидкий ефект, мають призначатися на короткий період у мінімальній ефективній терапевтичній дозі з огляду на високий ризик побічних ефектів, як підкреслив оратор. Незважаючи на протиріччя, ці симптом-модифікуючі препарати уповільненої дії на сьогодні введені в перелік базисної довготермінової терапії. Вони довели свою ефективність та безпеку у лікуванні пацієнтів з ОА. Головна умова — довготривалий курс лікування, в чому варто переконати пацієнта, додав О. Борткевич.

Професор **Олена Кундер** (Білорусь) присвятила свою доповідь лікуванню пацієнтів з ОА, ускладненим цукровим діабетом.

ОА — одне із найпоширеніших ревматичних захворювань, як підкреслила доповідач. Він посідає четверту сходинку серед захворювань, які спричиняють погіршення якості життя. Особливо часто він поєднується з такими поширеними хворобами, як цукровий діабет 2-го типу, метаболічний синдром, і патологічним ожирінням. Автор детально зупинилася на особливостях прояву ОА при ожирінні та цукровому діабеті. Далі доповідач визначила важливу роль жирової тканини в патогенезі формування цукрового діабету та підвищення толерантності до інсуліну, що необхідно враховувати при виборі стратегії лікування ОА. Водночас надмірна маса тіла становить певну проблему при розвитку патології суглобів, як підкреслила доповідач.

Лікарські засоби, що застосовують у терапії пацієнтів з ОА, можна поділити на дві основні групи: симптом-модифікуючі, що мають швидкий анальгезивний ефект та усувають запалення в суглобах (анальгетики й НПЗП), і симптом-модифікуючі уповільненої дії (глюкозамін, хондроїтин, гіалуронова кислота тощо), як додала професор О. Кундер.

На першому етапі лікування пацієнтів з ОА колінного суглоба робоча група Європейського товариства з клінічних та економічних аспектів остеопорозу (*The European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases* — ESCEO) рекомендує поєднану лікувальну тактику в декілька етапів. Зазвичай першим етапом є нефармакологічні (фізіотерапія) та фармакологічні методи (глюкозамін та/чи хондроїтин + парацетамол за необхідності). Другий етап: удосконалений фармакологічний контроль (за умови стійкої симптоматики), що має на меті застосування селективних або неселективних НПЗП, глюкокортикоїдів або препаратів гіалуронової кислоти. Третій етап: останні фармакологічні спроби перед оперативним втручанням: короткі курси опіодів, дулоксетин.

Проте своєчасне і довготривале застосування препаратів базисної терапії із симптом-модифікуючим ефектом уповільненої дії має першочергове значення. На сьогодні доведено, що їх довготривале (не менше 6 міс) застосування за ефективністю порівняне із НПЗП. У разі потреби для екстреного

знеболювання додається короткострокове застосування парацетамолу. Отриманий ефект покращення метаболізму хряща та пригнічення його подальшого руйнування — головна мета при застосуванні препаратів цієї групи. Препарати хондроїтин сульфату — головні на сьогодні лікувальні засоби із доведеною ефективністю. Застосування препаратів, потенційно здатних модифікувати обмінні процеси у хрящі, привертає до себе увагу передусім у зв'язку з їхньою безпекою при лікуванні пацієнтів з ОА. Вони характеризуються, з одного боку, зіставним із НПЗП (хоча й більш сповільненим) впливом на біль і функцію суглобів, із другого — здатністю впливати на перебіг захворювання та його прогноз, сповільнюючи прогресування хвороби, як наголосила доповідач. Така особливість дає змогу для застосування препаратів симптом-модифікуючої уповільненої дії у пацієнтів різних вікових груп, на довгостроковий період, без ризику розвитку фатальних ускладнень.

Як відомо, парацетамол широко застосовують як анальгетичний препарат, незважаючи на наявні докази високого ризику розвитку ускладнень у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту й можливого тяжкого ураження печінки. Зазначають, що на тлі застосування парацетамолу у високих дозах (>3 г/добу) порушується ниркова функція (зменшення швидкості гломерулярної фільтрації >30 мл/хв), що потребує зниження дози. Таку можливість дає комбінація препарату із хондропротектором без зменшення вираженості анальгезивного ефекту, що також важливо. Водночас НПЗП можуть негативно впливати на метаболізм суглобового хряща, що ще раз переконує у справедливості довготривалого призначення симптом-модифікуючих препаратів уповільненої дії, як наголосила доповідач.

Логічним продовженням попередньої доповіді стала наступна, присвячена ролі немедикаментозного лікування пацієнтів з ОА та функції лікувально-профілактичних закладів у її наданні. Головний лікар МЦ «Клініка сучасної ревматології», кандидат медичних наук **Семен Тер-Вартаньян** у доповіді «Раціональна фізична реабілітація та якість життя при остеоартрозі» висвітлив досить важливий аспект сучасної ревматології — проблему фізичної та соціальної реабілітації хворих.

«Неефективність лікування пацієнтів з ОА багато в чому спричинена тим, що основна увага як фахівців, так і самого хворого часто-густо зосереджена на зусиллях лише медикаментозними засобами досягти клінічного ефекту. При цьому нівелюється значна роль навколишніх тканин опорно-рухового апарату: м'язів та зв'язок, оскільки головна увага приділяється лише відновленню хряща. Така, не зовсім виправдана, на мій погляд, тактика призводить до недостатньо ефективного лікування, що спонукає до невиправданого і частого прийому анальгетичних препаратів, знижує ефективність базисної терапії та прихильність пацієнта до лікування. Не кажучи вже про ризик розвитку побічних ефектів, — уточнив оратор. — Тому велике значення мають регулярні фізичні вправи, покликани укріпити

м'язово-зв'язковий апарат, збільшити опорно-рухові можливості уражених суглобів. На сьогодні абсолютно доведеним є факт високої клінічної ефективності лікувальної фізкультури (ЛФК) при ОА, яку можна порівняти з ефективністю анальгетиків чи НПЗП. Широка практика застосування ЛФК завдяки її високій результативності стала невід'ємною ланкою багатьох клінічних програм при лікуванні пацієнтів з ОА у світі (Канаді, Австралії, Швеції, Данії, США). Саме EULAR подала розгорнуті рекомендації щодо нефармакологічного лікування пацієнтів з ОА кульшового і колінного суглобів, де запропоновано для кожного хворого розробити індивідуальний план фізичної реабілітації. Ось чому застосування у повсякденній практиці лікарів сімейної практики і амбулаторно-поліклінічної ланки спеціально розроблених фізичних вправ дасть змогу значно зменшити негативний вплив проявів хвороби».

Далі доповідач детально окреслив ті першочергові заходи немедикаментозного лікування ОА, які найефективніші на всіх стадіях розвитку захворювання. А саме:

- підвищення рівня освіти та інформування пацієнтів про своє захворювання (контакти по телефону, участь у роботі співтовариств пацієнтів, навчання самоконтролю);
- впровадження комплексу фізичних вправ для поліпшення функції суглобів, збільшення м'язової сили;
- зменшення дії механічних чинників на суглоб (дотримання оптимальної маси тіла, добір відповідного взуття, застосування знарядь для ходьби);
- фізіотерапевтичне лікування.

Перш за все потрібно всіма доступними засобами довести важливість реабілітаційних заходів до всіх

заінтересованих у цьому процесі. Адже не секрет, що ОА змушує людину змінити спосіб життя: доводиться раніше вставати, щоб подолати вранішню скутість суглобів; аби уникнути розвитку анкілозів та контрактур м'язів — потрібно щоденно навантажувати хворі кінцівки; треба виключити всі види робіт із вертикальним навантаженням на суглоби із підйомом тягарів, дотримуватися певних обмежень при виконанні фізичної роботи, особливо при вертикальному навантаженні та переміщенні тяжких предметів, коригувати позу під час довготривалого сидіння чи стояння тощо. Не менш важливою є проблема добору ортопедичного спорядження: ортопедичного взуття, наколінників, ортопедичних устілок, ортезів, милиць, палиць та бандажів. Особливого значення набуває проблема навчання. Наприклад: довжина палиці, користування нею, спосіб ходьби при використанні ортезів та бандажів, правильне вставання із ліжка, самомасаж та кінезотейпування, контроль маси тіла за умов ожиріння — далеко не повний перелік завдань, які стоять перед реабілітологом. Варто лише нагадати, що зменшення маси тіла на 1 фунт дає можливість зменшити навантаження на суглоб на 4 фунти. Окрім фізичної активності, рекомендується включати в комплекс лікувальних заходів масаж і електростимуляцію гіпотрофованих м'язів та ширше застосовувати кінезотейпування. Унікальна методика пов'язана з особливим чином розташованих на хворих кінцівках спеціальних пластирів — кінезотейпів. Це стрічка із клейовим покриттям, яка спеціальним чином фіксується на хворих кінцівках для відновлення здатності опорно-рухового апарату та зменшення суглобово-м'язової дискоординації, спричиненої ОА. Проте було б недоречним все зводити лише до ЛФК при лікуванні пацієнтів з ОА. Саме раціональна медикаментозна терапія у поєд-



нанні із фізіотерапевтичним лікуванням дасть найдієвіший результат.

Загальноприйнятій арсенал медикаментозних засобів для лікування пацієнтів з ОА складається з анальгетиків, НПЗП, хондропротекторів, внутрішньосуглобового введення препаратів гіалуронової кислоти. Проте лікарю слід завжди мати на увазі й готувати до цього хворого, що процес лікування досить тривалий, а відновлення хряща практично неможливе. Головне завдання лікаря — припинити подальшу руйнацію хряща! І від того, наскільки ретельно фахівець продумає схеми і терміни застосування препаратів, залежить успіх лікування.

Особлива роль у лікувальному процесі пацієнтів з ОА разом із ЛФК, на думку С. Тер-Вартаньяна, належить хондропротекторам або їх комбінації із анальгетиками. Парацетамол із врахуванням його ефективності й безпеки (до 3 г/добу) є пероральним анальгетиком вибору у разі легкого/помірного больового синдрому. Саме він може стати завдяки цьому препаратом вибору для тривалого застосування. Такий комплексний підхід до лікування дозволяє у всіх пацієнтів збільшити м'язову силу на тлі тренувань і застосування препаратів. Хондропротектори, за словами доповідача, також мали позитивний вплив на метаболізм хрящової тканини в умовах фізичних навантажень та покращення метаболізму самого хряща і призупинення подальшого його руйнування. Лише за таких умов система фізіотерапевтичної реабілітації хворих на ОА дасть дієвий результат відновлення фізичного здоров'я, як наголосив С. Тер-Вартаньян.

На завершення доповідей, присвячених сучасним тенденціям лікування пацієнтів з ОА, виступив професор **Олег Яременко**, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, стосовно методів тканинної інженерії для відновлення суглобового хряща. Доповідач детально зупинився на існуючих методах вирощування хрящової тканини для відновлення суглобового хряща та особливостях технології. За словами О. Яременка, на сьогодні це досить перспективний напрямок, щоправда поки що на початковому етапі розвитку.

ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЮВЕНІЛЬНОГО ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ

Проблема діагностики та критеріїв оцінки ювенільного ідіопатичного артриту (ЮІА) стала темою наступної доповіді, представлені доктором медичних наук **Яриною Бойко** (відділення дитячої кардіоревматології, Комунальний заклад Львівської обласної ради «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр», кафедра клінічної імунології і алергології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького), яка стосувалася порівняння критеріїв ILAR та Yamaguchi щодо діагностики системного ЮІА.

ЮІА — це поняття, яке об'єднує різні форми артритів невідомої етіології, що дебютують у дітей віком до 16 років і тривають понад 6 тиж, як уточнила доповідач. Цей термін означає діагноз виключення

та об'єднує всі форми дитячого хронічного артриту невідомої етіології. За критеріями ILAR, які включають аналіз клінічних проявів хвороби впродовж перших 6 міс — 7 категорій/варіантів ЮІА, встановлюється діагноз. Нова класифікація ILAR базується на сучасних знаннях і є зручною основою для проведення міжнародних досліджень, даючи можливість спільного розуміння для лікарів різних країн. Проте вона потребує подальшого консенсусного погодження, має внутрішні обмеження, характерні для будь-якої класифікації, яка базується на клінічних критеріях. Проте ILAR-критерії виконали своє завдання забезпечення спільної мови для вивчення проблеми та спілкування щодо хронічного артриту невідомої етіології в дитячому віці. Проте системний ЮІА, ймовірно, та сама хвороба, яку в дорослому віці називають хворобою Стілла, і для діагностики якої розроблені Yamaguchi-критерії. Ці критерії застосовують для діагностики системного артриту у дітей, якщо у хворого були відсутні прояви артриту, і тому діагностичні критерії не відповідали ILAR-критеріям для ЮІА із системним початком. Далі Я. Бойко детально зупинилася на кожній із класифікацій та їх практичному застосуванні, на вела відмінності та спільні риси обох класифікацій.



Продовженням розмови про лікування ювенільного ревматоїдного артриту та його ускладнень стали доповіді завідувача відділу кардіоревматології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» професора **Людмили Богмат** стосовно персоналізованого підходу до терапії та завідувача кафедри педіатрії № 2 НМАПО імені П.Л. Шупика професора **Тетяни Марушко** щодо проблем лікування ускладнень.



Завершенням розмови став виступ кандидата медичних наук **Юлії Білявської**, яка детально доповіла присутнім про особливості переходу хворих із системними захворюваннями від дитячого ревматолога до дорослого. Окреслила життєво значущі проблеми та на вела приклади їх подолання для підвищення якості лікування.

Насамкінець конференції були обговорені питання спільної співпраці між Асоціацією ревматологів України та Асоціацією ревматологів Італії. Спільний документ про засади співпраці між асоціаціями ревматологів України та Італії підписали відповідно віце-президент НАМН України, президент Асоціації ревматологів України професор Володимир Коваленко та член Асоціації ревматологів Італії професор Роберто Джаккомеллі.

Олександр Осадчий,
фото **Сергія Бека**

Вперше опубліковано в «Українському медичному часописі», № 2 (124), т. 1, 2018