

**В.М. Коваленко<sup>1</sup>****Н.М. Шуба<sup>2</sup>****Г.О. Проценко<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Інститут кардіології, Київ<sup>2</sup>Київська медична академія  
післядипломної освіти

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ РЕВМАТИЧНИХ ХВОРОБ ЗА ПІДСУМКАМИ РОБОТИ ІІІ НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ РЕВМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ (23–26 ЖОВТНЯ 2001 р., ДНІПРОПЕТРОВСЬК)

**Ключові слова:**ревматологія, конгрес,  
ревматичні захворювання.

**Резюме.** Підведено підсумки роботи ревматологічної служби в Україні за останні 4 роки. Висвітлено проблему сучасних підходів лікування ревматичних захворювань і перспективи розвитку ревматології на наступні 4 роки. Наведено резолюцію конгресу та список членів правління Асоціації ревматологів України.

23–26 жовтня 2001 р. у Дніпропетровську відбувся ІІІ Національний конгрес ревматологів України, в роботі якого взяли участь понад 700 провідних спеціалістів-ревматологів з різних областей України.

Про важливість зібрання свідчить перелік організаторів конгресу: Міністерство охорони здоров'я України, Академія медичних наук України, Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України, Український ревматологічний центр, Інститут серцево-судинної хірургії АМН України, Інститут ортопедії та травматології АМН України, Дніпропетровська медична академія, Інститут курортології та реабілітації.

В роботі конгресу взяли участь провідні фахівці з Росії — головний ревматолог Росії академік РАМН, проф. В.О. Насонова; директор Інституту ревматології РАМН, чл.-кор. РАМН, проф. Є.Л. Насонов; акад. РАМН, проф. О.Б. Зборовський; президент асоціації ревматологів Росії, проф. Р.М. Балабанова; проф. О.М. Лілла (Санкт-Петербурзька медична академія післядипломної освіти); проф. С.К. Соловйов (Інститут ревматології РАМН), а також головний ревматолог Республіки Білорусь проф. М.Ф. Сорока.

Конгрес зібрав **ревматологів, кардіохірургів, ортопедів та дитячих кардіоревматологів** для обговорення нових підходів до лікування ревматичних захворювань та надання кваліфікованої медичної допомоги.

**На першому пленарному засіданні** з доповідями про нагальні проблеми ревматології виступили доповідачі В.М. Коваленко, В.О. Насонова та М.Ф. Сорока.

В.М. Коваленко зазначив, що згідно з статистичною звітністю за 2000 р. в Україні частка рев-

матичних захворювань серед інших становить 9,5% і посідає 3-тє місце. У майже 4 млн жителів України діагностовано ревматичні захворювання. Для цих захворювань характерні значна поширеність, обмеження працездатності та рання інвалідність. Ревматичні хвороби (РХ) у структурі первинної інвалідності займають 2-ге місце після хвороб органів кровообігу. Тимчасова непрацездатність, спричинена РХ, останніми роками посідає 1-ше місце серед хвороб людини і поступається лише непрацездатності, зумовленій гострими респіраторними хворобами, травмами та отруєннями.

Ревматична патологія налічує понад 150 хвороб та синдромів, серед яких остеоартроз (ОА), ревматоїдний артрит (РА), остеопороз (ОП), кістково-м'язові ураження.

Проблема РХ потребує невідкладного вирішення, оскільки ця патологія діагностується у кожного 16-го жителя України. Наслідки захворювання досить значущі в загальній інвалідації осіб працездатного віку (табл. 1).

На відміну від високорозвинених країн світу, поширеність РХ серед жителів України залишається високою — 583,1 на 100 000 населення.

В.М. Коваленко зазначив, що важливим завданням ревматологічної служби України є розроблення стратегії поліпшення здоров'я та якості життя осіб з патологією кістково-суглобового апарату, а також економічно ефективних схем первинної та вторинної профілактики.

З метою підвищення якості та ефективності ревматологічної допомоги населенню України нині впроваджують сучасні технології діагнос-

Динаміка поширення РХ у 1997–2000 рр. серед населення України

Нозологічна форма	Абсолютні дані		На 100 000 населення		Динаміка показника, %
	1997	2000	1997	2000	
Ревматизм	301 813	288 362	596,0	583,1	-2,2
Гострий ревматизм (гостра ревматична гарячка)	45 508	36 826	89,9	74,5	-17,1
Хронічні ревматичні хвороби серця	256 305	251 536	506,1	508,6	+0,5
Хвороби кістково-міязової системи та сполучної тканини	3 646 448	4 083 360	7200,9	8256,5	+14,7
Системний червоний вовчак	6976	6692	13,8	13,5	-2,0
РА	143 932	138 109	284,2	279,3	-1,8
Деформівний артроз	492 751	586 129	1211,5	1442,6	+19,1
Сольова артропатія	106 888	95 061	262,8	239,9	-8,8

тики та лікування РХ. Це сприяє поліпшенню здоров'я та максимальному збереженню працездатності пацієнтів, зниженню соціальних та економічних затрат держави.

Про перспективи розвитку ревматології на початку XXI ст. доповіла акад. РАМН В.О. Насонова. Вона відзначила, що загальна захворюваність на РХ постійно зростає. Так, в Росії на сьогодні зареєстровано більше 12 млн таких хворих.

Тривалість життя пацієнтів з РХ значно нижча за середньопопуляційну. Затрати на лікування пацієнтів з хронічною формою РХ — вагома частка коштів з Державного бюджету України на охорону здоров'я. Інтенсивність 5-річного збільшення кількості ревматологічних хворих у Росії вдвічі вища порівняно з такою серед хворих за всіма класами хвороб. Показник ревматологічної захворюваності на 100 000 населення за останні 5 років підвищився на 18,8%.

Особливе занепокоєння викликає різке підвищення показників загальної та первинної захворюваності на РХ серед підлітків та дітей, тому МОЗ РФ особливу увагу звертає на організацію спеціалізованої ревматологічної допомоги дітям та підліткам, від стану здоров'я яких залежить майбутнє країни.

Статистика свідчить про збільшення кількості інвалідів з патологією опорно-рухового апарату. Прогнозують, що в перспективі за наявної тенденції старіння населення поширення хронічних захворювань суглобів, хребта, кісток та періартикулярних тканин буде зростати.

Тому актуальним завданням ревматології є поглиблене вивчення інфекційних, генетичних факторів та чинників навколишнього середовища, які спричинюють розвиток РХ, їх патогенетичних механізмів і клінічної гетерогенності, вдосконалення існуючих і втілення в практику нових методів профілактики, ранньої діагностики та лікування з урахуванням клінічної та економічної ефективності.

Директор Інституту серцево-судинної патології АМН України чл.-кор. НАН України, акад. АМН України проф. Г.В. Книшов висвітлив проблеми хірургічного лікування набутих вад серця (НВС), які діагностують майже у 0,2% населення України, причому близько 25% цих хворих потребують хірургічного лікування. До 2001 р. фахівці інституту провели 37 248 операцій хворим з НВС,

у тому числі — 19 634 мітральних комісуротомій, 11 874 протезувань стулок серця. Збільшилася кількість виявлених хворих з НВС IV–V стадії — 9%, з частими багатостулковими ураженнями — 7,3%. Також збільшилась кількість хворих старшого віку, що зумовило підвищення частоти поєднання НВС та ішемічної хвороби серця (ІХС). За останні 5 років знизилася летальність при протезуванні клапанів серця у 2,5 разу, при виконанні мітральної комісуротомії — майже в 2 рази. В Інституті серцево-судинної хірургії АМН України виконують більше 80% усіх операцій, проведених в Україні з приводу НВС, що дозволяє узагальнити та проаналізувати стан і проблеми галузі. Розроблена ефективна система хірургічного лікування інфекційного ендокардиту, що зумовило зниження летальності з 18,2 до 8,5%, частоти його рецидивів — з 12,3 до 4,5%.

В.Г. Книшов зазначив необхідність оптимізації системи хірургічного лікування хворих з НВС в Україні шляхом підвищення ролі периферійних центрів. Слід налагодити підготовку для них кваліфікованих спеціалістів різного профілю, організувати співпрацю кардіохірургів, ревматологів і кардіологів.

Про особливості ураження органів дихання при ревматичних захворюваннях, які становлять від 10 до 80%, повідомила проф. Т.О. Перцева (Дніпропетровськ). Вона зазначила, що ураження легень спостерігають у разі імунного запалення, а також внаслідок токсичної дії препаратів. Так, прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) може призвести до бронхообструкції та «аспіринової задухи». Глюкокортикоїдні гормони, знижуючи імунологічну реактивність, потенціюють загострення інфекційної бронхолегеневої патології. Тривалий прийом цитостатиків (метотрексату) призводить до розвитку інтерстиціального пухляку, а пеніциламіну — облітеруючого бронхіоліту. Тому своєчасні та раціональні лікувально-діагностичні заходи при ревматичних захворюваннях підвищують ефективність терапії та покращують прогноз.

Про ортопедичні аспекти ревматології доповів директор Інституту травматології та ортопедії АМН України проф. Г.В. Гайко. Він ознайомив присутніх з результатами роботи ортопедів-травматологів у відділенні для лікування РА, на базі якого створено республіканський центр

ревмоортопедії. За останні 5 років у відділенні пройшли лікування 1730 пацієнтів з захворюваннями суглобів, в тому числі 514 — з РА. Для підвищення ефективності лікування необхідно відновити зв'язок: ревматолог-ревмоортопед-реабілітолог, виділити ліжка для надання своєчасної ортопедичної допомоги хворим на РА в обласних та міських лікарнях, підготувати фахівців з питань сучасної ревмоортопедії, налагодити надання реабілітаційної допомоги у стаціонарах та поліклініках. Запропоновано закріпити за ревматологічною службою санаторії для дорослих та дітей за доступною вартістю лікування; проводити спільні науково-практичні конференції, засідання товариств ревматологів, ортопедів, курортологів, реабілітологів.

**На другому пленарному засіданні** було розглянуто особливості перебігу і лікування РХ на сучасному етапі. Це засідання присвятили пам'яті лауреата Державної премії, заслуженого діяча науки і техніки, проф. В.М. Дзяка. Про його творчий шлях та наукові здобутки розповіла Л.О. Мітрохіна. Вона зазначила, що цей талановитий вчений з 1957 до 1981 р. пройшов шлях від клінічного ординатора до професора, завідувача кафедри госпітальної терапії № 2 Дніпропетровського медичного інституту. В.М. Дзяк зробив вагомий внесок у розвиток ревматології, вивчаючи актуальні проблеми серцево-судинної патології, ревматизму та ревматичних вад серця. Він підготував 21 доктора медичних наук, 160 кандидатів медичних наук, 18 аспірантів, 45 клінічних ординаторів; опублікував 20 монографій, 14 методичних рекомендацій, 272 наукові статті. Учасники форуму вшанували пам'ять видатного вченого хвилиною мовчання.

З доповіддю про особливості розвитку і перебігу ревматизму на сучасному етапі виступив акад. АМН України, проф. Г.В. Дзяк (Дніпропетровськ). Він зазначив, що хоча захворюваність на ревматизм серед населення України знизилась, поширеність його все ще досить висока і становить 0,99–0,16 на 10 000 дорослого населення. За останні 3 роки зафіксоване зростання первинної захворюваності з 0,05 до 0,08 на 10 000 підлітків. Доведено вплив активного ревматизму на прогресування вад серця, серцевої недостатності, збільшення кількості їх ускладнень — аритмій, тромбоемболій, гострої коронарної недостатності.

Досягненням ХХ ст. є розроблення і впровадження методів профілактики ревматизму та його рецидивів (первинна та вторинна профілактика). Препаратом вибору у первинній профілактиці залишається бензилпеніцилін. Згідно з рекомендаціями ВООЗ (1989) ефективним засобом у лікуванні інфекції носоглотки є пероральний кислотостійкий пеніцилін — феноксиметилпеніцилін. Для пацієнтів з алергією

до бензилпеніциліну альтернативне застосування еритроміцину. Антибіотики широкого спектра дії (цефалоспорино) також ефективно елімінують стрептокок групи А з носоглотки. Для цілорічної та 5-річної вторинної профілактики перспективним є застосування антибіотиків — бензилпеніцилінів пролонгованої дії (ретарпен і екстенцилін). Останні досягнення в галузі молекулярної біології дають підстави для створення в майбутньому ефективної вакцини проти ревматизму.

Роль вірусної інфекції у розвитку ревматичних захворювань вісвітлила головний ревматолог Росії, проф. Р.М. Балабанова (Москва).

З новими підходами у діагностиці та лікуванні запальних уражень серця ознайомила слухачів проф. М.Г. Ілляш (Київ).

Вчені з Інституту серцево-судинної хірургії АМН України, зокрема В.В. Попов, А.В. Руденко, В.І. Урсуненко ознайомили присутніх з можливостями хірургічного лікування ревматичних багатостулкових вад серця, НВС в поєднанні з ІХС; активного інфекційного ендокардиту, що виник на фоні ревматичних вад серця.

Питання термінології, діагностики та лікування кальцинуючої хвороби серця — тема виступу д-ра мед. наук Ю.В. Федоріва (Львів).

**У засіданні «круглого столу» «Ревматоїдний артрит: реальність і перспективи базисної терапії»** взяли участь акад. РАМН В.О. Насонова, проф. В.М. Коваленко, чл.-кор. РАМН Є.Л. Насонов, проф. Л.Я. Бабиніна, проф. Н.М. Шуба, проф. М.Ф. Сорока.

Під час роботи «круглого столу» були визначені основні принципи застосування базисних препаратів, обговорено причини резистентності базисної терапії. Відзначено, що при первинній діагностиці РА відразу необхідно призначати метотрексат (протягом 3–4 тиж), а у разі його неефективності — препарати золота (впродовж 3–4 міс). Ефективні сучасні препарати для лікування РА — циклоспорин А, сульфазалазин, препарати системної ензимотерапії. Зазначено, що тривале лікування Д-пеніциламіном та циклофосфамідом хворі переносять добре. У разі недостатньої ефективності цих препаратів необхідно проводити комбіновану терапію, зокрема з застосуванням глюкокортикостероїдів та препаратів системної ензимотерапії.

**На третьому пленарному засіданні** висвітлено нові напрямки діагностики та лікування системних хвороб сполучної тканини і системних васкулітів. З доповідями виступили проф. Н.М. Шуба, проф. Л.Я. Бабиніна, Г.П. Кузьміна, О.Н. Надашкевич та ін.

Важливою проблемою ХХІ ст. є взаємозалежність розвитку системних ревматичних захворювань та атеросклерозу, про що зазначив Є.Л. Насонов (Москва). Ще в середині ХХ ст. загальноприйнятою була точка зору, згідно з якою

ревмокардит, ревматичні вади серця та інші запальні ревматичні захворювання перебувають у конкурентній взаємозалежності з атеросклерозом, а саме з коронарсклерозом. Проте за останню чверть ХХ ст. зафіксовано частий розвиток інфаркту міокарда як при системному червоному вовчаку (СЧВ), так і при РА. Тому значну увагу фахівці приділяють вивченню впливу глюкокортикостероїдної терапії, проведення якої сприяло продовженню тривалості життя хворих на СЧВ і, таким чином, реалізації вікових аспектів розвитку атеросклерозу. Є.Л. Насонов зазначив, що важка гіперхолестеринемія індукує перехід Th1 в Th2-тип імунної відповіді, а помірна гіперхолестеринемія асоціюється з Th1-типом імунної відповіді. Велике значення мають показники С-реактивного протеїну (СРП) як маркера (предиктора) розвитку судинних катастроф — інсульту, інфаркту міокарда. Також СРП є предиктором розвитку рестенозу через рік після проведення ангіопластики.

На сьогодні СЧВ та РА вважають факторами ризику виникнення судинних катастроф, причини яких слід уточнити. Необхідно узагальнити клінічний та науковий досвід, обстежувати хворих з метою виявлення порушень ліпідного обміну та факторів, які сприяють ураженню судинної системи.

Особливостям ураження нирок на тлі СЧВ присвятив свій виступ проф. Л.А. Пиріг (Київ). Вовчаковий нефрит — тяжкий прояв цього захворювання, методи терапії потребують удосконалення. Сьогодні у лікуванні СЧВ віддають перевагу глюкокортикостероїдам, імунодепресантам цитостатичної дії, апаратним еферентним методам (гемосорбції, плазмаферезу, гемодіалізу), антиоксидантам, дезагрегантам.

Проф. О.І. Дядик (Донецьк) висвітлив особливості перебігу ураження нирок у пацієнтів з системними васкулітами. Для лікування геморагічного васкуліту з ураженням нирок найефективнішими визнано препарати цитотоксичної дії: меркаптопурин, циклофосфамід, у разі потреби застосовують комбіновану глюкокортикоїдно-цитостатико-антикоагулянтно-антиагрегантну терапію.

У межах роботи III Національного конгресу ревматологів України відбулося **пленарне засідання «Дитяча та підліткова ревматологія: профілактика, діагностика, лікування»** (головуючі: проф. Л.І. Омельченко, проф. О.П. Волосовець, проф. М.М. Коренів, проф. Л.В. Ващенко, проф. М.М. Каладзе).

З доповіддю «Сучасні проблеми дитячої кардіоревматології» виступив головний дитячий кардіоревматолог МОЗ України проф. О.П. Волосовець, висвітливши питання поширення та структури дитячих ревматологічних захворювань, актуальні завдання, що стоять перед дитячими кардіоревматологами.

Проф. Л.І. Омельченко (Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Київ) висвітлила проблему прогнозування перебігу та ускладнень РА у дітей, ознайомила слухачів з досвідом, набутим в Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України.

Проф. М.М. Коренів (Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків, Харків) зосередив увагу присутніх на особливостях перебігу РХ в період статевого дозрівання — маловивченої проблеми педіатрії.

Канд. мед. наук І.С. Лук'янова (Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Київ) ознайомила аудиторію з ультразвуковими критеріями діагностики та прогнозування природжених вад серця на етапі антенатальної діагностики.

Проф. М.М. Каладзе (АР Крим) представив інформацію щодо структурно-функціональних властивостей кісткової тканини у дітей з РА.

Значну увагу було приділено сучасним напрямкам розвитку фармакотерапії уражень суглобів у дітей, зокрема застосуванню селективних інгібіторів циклооксигенази та її ізоферменту-2 (ЦОГ-2). Про доцільність широкого використання німесулідів в дитячій кардіоревматології інформував проф. О.П. Волосовець (Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ). Д-р мед. наук С.П. Кривоустов (Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ) репрезентував можливості ревмагелю та перозону (протиревматичної ванни) в лікуванні дітей з ревматичними захворюваннями суглобів.

Сучасним методам лікування хронічних артритів у дітей та підлітків було присвячено доповідь проф. Г.Н. Костюріної (Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків, Харків).

Проф. Є.В. Прохоров (Донецьк) доповів про особливості перебігу та терапії первинних васкулітів, які рідко виявляють.

Еволюцію РХ у дитячому віці докладно висвітлив у доповіді проф. Л.В. Ващенко (Дніпропетровськ).

Сучасним уявленням про розвиток та причини малої хореї у дітей присвятила доповідь канд. мед. наук Н.І. Мамалуй (Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків, Харків).

Відбулася дискусія щодо термінології в дитячій кардіоревматології, класифікації РХ у дітей, методів лікування, зокрема докладно обговорені схеми пульс-терапії, необхідність широкого впровадження Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) в практику педіатричної ревматології. Активну участь в обговоренні взяли проф. Л.І. Омельченко, проф. О.П. Волосовець, проф. М.М. Коренева, проф. Л.В. Ващенко, проф. М.М. Каладзе та обласні дитячі кардіоревматологи.

Прийнято рішення:

1. Створити робочу групу з дитячої ревматології в межах Асоціації ревматологів України.

2. Розробити стандарти лікування найпоширеніших РХ у дітей.

3. Розробити адаптовану до МКХ-10 робочу класифікацію ревматичних захворювань у дітей.

**Секційне засідання «Ураження хрящової та кісткової тканини у хворих ревматологічного профілю»** очолила акад. РАМН В.О. Насонова. Взяли участь проф. М.О. Корж, проф. Н.В. Дедух, проф. В.В. Поворознюк, проф. О.І. Рибачук, проф. В.О. Синяченко, проф. М.Ф. Сорока.

Про сучасні методи лікування та профілактики остеоартрозу (ОА) присутніх інформувала акад. В.О. Насонова (Москва). У групі ревматичних захворювань ОА становить 60%, а за частотою розвитку у популяції корелює з віком, досягаючи максимального поширення серед осіб старше 45 років. Сучасні підходи до фармакотерапії ОА базуються на особливостях патогенезу захворювання. Для терапії ОА із давно відомих НПЗП застосовують ібупрофен, диклофенак натрію, флугалін. Найбільш доцільним на сьогодні у лікуванні ОА В.О. Насонова вважає застосування селективного інгібітора ЦОГ-2 — мелоксикаму. Препарат проявляє високу протизапальну активність і добру переносимість, не має побічних ефектів з боку травного тракту. До препаратів структурно-модифікаційної дії відносять глюкозаміну сульфат та хондроїтину сульфат.

Проф. В.В. Поворознюк (Київ) прочитав лекцію «Остеопороз і ревматичні захворювання», в якій проаналізував патогенетичні аспекти розвитку захворювання, діагностичні критерії, тактику лікування та профілактику системного ОП. Застосування кальцеїну по 1 табл. 2 рази на добу впродовж 6 міс запобігає втраті кісткової маси. З урахуванням ефективності (зменшення вираженості больового синдрому, зміцнення кісткової тканини), відсутності побічних ефектів, препарат можна рекомендувати як базисний засіб для профілактики та лікування системного ОП.

У разі виникнення ОП у хворих на РА, які приймають кортикостероїди, проф. В.М. Коваленко, проф. В.В. Поворознюк, О.П. Борткевич рекомендують знижувати дозу кортикостероїдів, збільшувати фізичну активність, призначати препарати кальцію та вітаміну D під контролем показників кальцію в крові та сечі, основними у діагностиці ОП вважати результати денситометрії.

Про стандарти діагностики та верифікації гіпермобільного синдрому (ГМС) доповіла д-р мед. наук Н.А. Золотарьова (Одеса). Вона звернула увагу на необхідність ретельного обстеження усіх хворих з гіпермобільністю суглобів з метою виявлення ознак ураження опорно-рухового апарату: поліартралгії, вивихів суглобів, синовіту, пошкодження зв'язок і сухожилів, вертебральних проявів, схильності до перелому кісток, ранніх остеохондрозу та ОА. Для лікуван-

ня хворих з ГМС рекомендовано поєднане застосування аскорбінової кислоти і румалону, а також лікувальної фізкультури.

**У пленарному засіданні «Запальні хвороби суглобів: механізми розвитку і тактика лікування»** взяли участь проф. Л.Я. Бабиніна, проф. С.І. Герасименко, проф. Є.Т. Скляренко, канд. мед. наук С.Х. Тер-Вартанян.

Акад. РАМН О.Б. Зборовський (Волгоград) відзначив, що в патогенезі запальних хвороб суглобів важливу роль відіграють імунні зрушення. Так, при РА виявлено широкий спектр аутоантитіл до колагену, глікозаміногліканам, дезоксирибонуклеїнової кислоти, антинуклеарні антитіла. Найбільш вивчена група аутоантитіл — ревматоїдні фактори (РФ), якими є антитіла до Fc-фрагмента агресивного імуноглобуліну (IgG) людини. Наявність РФ частіше виявляють при РА з системними проявами, вміст IgG-РФ підвищується при ураженнях серцево-судинної системи, щитовидної залози, ревматоїдному васкуліті, IgM-РФ — при ураженні скелетних м'язів та щитовидної залози, IgA-РФ — при ураженні шкіри, що дає можливість прогнозувати загострення РА.

Стан імунної відповіді у хворих на РА залежно від клінічного перебігу висвітлено у повідомленні канд. мед. наук Г.Ф. Клубової (Київ).

Д-р мед. наук О.Б. Яременко (Київ) докладно інформував про особливості патогенезу та лікування раннього РА.

Проф. Л.Я. Бабиніна (Київ) акцентувала увагу присутніх на питаннях ефективного застосування глюкокортикоїдів у низьких дозах з приводу РА.

Тема виступу проф. І.І. Маврова (Харків) — зв'язок між урогенними інфекціями та реактивним артритом.

Сучасні погляди на патогенетичне лікування подагри висвітлив проф. О.В. Синяченко (Донецьк). Він зазначив, що ефективне лікування подагри неможливе без цілеспрямованої боротьби з гіперурикемією. З урикодепресивних засобів рекомендують алопуринол, тіопуринол, із урикозуричних — бензбромарон, бензйодарон, пробенецид, кебузон, трибузон і тієнілову кислоту, як урикоруйнівні — ферменти уратоксидазу і гепатокаталазу. Для лікування суглобового кризу препаратом вибору залишається колхіцин.

Синхронну трьохетапну програму інтенсивної терапії РА продемонстрував проф. С.К. Соловйов (Москва). На першому етапі проводили 3 сеанси плазмаферезу з синхронним введенням метотрексату в дозі 40 мг і метилпреднізолону в дозі 250 мг, на другому етапі — аналогічні процедури плазмаферезу з синхронним введенням метилпреднізолону в дозі 250 мг і метотрексату в дозі 40 мг протягом 3 тиж, на третьому етапі — метилпреднізолон у дозі 20 мг/тиж

внутрішньом'язово протягом 11 міс. Внаслідок курсу терапії було досягнуто індукованої ремісії у хворих на РА.

У рамках конгресу було проведено **пленарне засідання з питань ортопедичних та реабілітаційних аспектів ревматології** (головуючі: проф. Г.В. Гайко, акад. М.О. Корж, проф. О.Є. Лоскутов, проф. Є.Т. Скляренко, проф. Л.Ю. Науменко, проф. В.Я. Фіщенко, проф. В.О. Попов).

Проф. Г.В. Гайко (Київ) зазначив, що ендопротезування суглобів — складна проблема ревмоортопедії. Перспективи цього методу лікування функціонально найважливіших суглобів у хворих ревматологічного профілю очевидні: перспектива досягнення значних успіхів у комплексній реабілітації хворих, коли повністю вичерпані всі можливості, а зруйновані ключові суглоби є основною причиною втрати працездатності, самообслуговування, різкого погіршення якості життя. Не вирішені не лише медико-соціальні проблеми ревмоортопедії, але й фінансові проблеми, а також технологічні питання: вибір конструкцій численних моделей ендопротезів колінного та кульшового суглобів, які пропонують на ринках медичних виробів.

М.О. Корж (Харків) обґрунтував свою позицію щодо експериментально-клінічних підходів до лікування гострого артрозу.

Про методи диференційованого підходу до ендопротезування кульшового суглоба при РА доповів О.Є. Лоскутов (Дніпропетровськ).

В.Я. Фіщенко (Київ) зі співавторами поділився досвідом проведення коригувальних вертебротомій у хворих на анкілозивний спондилоартрит.

Про шляхи удосконалення комплексного лікування хворих на РА докладно розповів Є.Т. Скляренко (Київ).

Про роль артроскопії, коригувальної остеотомії та тотального ендопротезування у ліванні ОА колінного суглоба доповів Г.І. Герцен (Київ).

З досвідом хірургічного лікування хворих на деформівний артроз колінного суглоба ознайомив В.О. Попов (Київ).

Л.Ю. Науменко (Дніпропетровськ) висвітлив питання про необхідність проведення системної ензимотерапії за наявності рубцево-спайкового процесу у травматології.

Питанням медикаментозної корекції глюкокортикоїдіндукованого ОП було присвячене повідомлення А.В. Калашнікова (Київ).

Г.П. Пекліна (Одеса) звернула увагу присутніх на значення санаторно-курортного етапу реабілітації хворих на артрит.

**На пленарному засіданні «Вдосконалення технології лікування хворих ревматологічного профілю»** обговорювали можливості застосування нових лікарських препаратів.

Про застосування алпростаділу у хворих з синдромом Рейно при системній склеродермії та РА повідомила Н.М. Шуба (Київ). Вона зазначила, що включення алпростаділу до комплексної терапії з приводу РХ в поєднанні з судинними, ішемічними та трофічними ураженнями (від дигітальних виразок до початкової гангрені кінцівок) дає позитивний ефект майже у 80% хворих. Ефект препарату зумовлений не тільки вазодилатаційною дією, а й його впливом на локальні процеси регулювання тону судин. В.О. Насонова навела дані, які свідчать про доцільність застосування алпростаділу у пацієнтів з антифосфоліпідним синдромом.

Про оптимізацію протизапальної терапії уражень суглобів у дітей та досвід застосування німесулідів доповів О.П. Волосовець (Київ).

З новим поглядом на застосування диклофенаку в ліванні запальних артропатій ознайомив учасників С.Х. Тер-Вартанян (Київ).

Про методичну та економічну доцільність перорального застосування медролу у середніх та високих дозах при ревматичних захворюваннях доповів О.Б. Яременко (Київ).

Про аспекти застосування препарату пумпан в ревматологічній практиці розповіла О.І. Мітченко (Київ).

Л.Г. Воронков (Київ) поінформував слухачів про застосування комбінованих форм серцевих глікозидів у комплексному ліванні хворих на хронічну серцеву недостатність.

Останнє **пленарне засідання** на Конгресі ревматологів України присвячувалося **клінічній фармакології в ревматології** (головуючі: проф. О.П. Вікторов, проф. І.А. Зупанець, д-р мед. наук В.І. Мальцев).

Останнім часом з'явилися нові лікарські засоби, проте застосування НПЗП не втратило значення. Фахівці (О.П. Вікторов, Н.М. Шуба та інші) відмітили велику частку (60%) побічних реакцій з боку травного тракту на фоні прийому НПЗП. Тому застосування НПЗП нової генерації (мелоксикаму, німесулідів), які за своїм протизапальним ефектом не поступаються диклофенаку і при цьому не викликають серйозних побічних реакцій, є перспективним напрямком сучасної ревматології. В.О. Насонова (Росія), В.М. Коваленко, Н.М. Шуба, О.Б. Яременко (Україна) та інші узагальнили свій досвід лікування РА з використанням саме цих препаратів. Також Є.Л. Насонов навів нові дані про те, що на відміну від індометацину мелоксикам в терапевтичній концентрації не збільшує синтез прозапального цитокіну (ІЛ)-1 в культурі хондроцитів і не має інгібуючої дії на утворення протеогліканів. Таким чином, мелоксикам на відміну від багатьох інших НПЗП можна розцінювати як «хондронейтральний» препарат. Ця властивість може мати неабияке значення з точки зору перспектив його застосування у хворих на ОА.

В.М. Коваленко, Є.Л. Насонов підкреслили важливість принципово нових напрямків медикаментозної терапії РА. Так, результати проведених досліджень свідчать про високу ефективність застосування базисного препарату лефлуномід як за критеріями ACR, так і за рентгенологічним контролем. Лефлуномід поліпшує фізичний стан і якість життя хворих у порівнянні з метотрексатом та сульфазалазином. Позитивна клініко-лабораторна динаміка під впливом лефлуноміду досягла свого максимуму через 6 міс і в подальшому утримувалася майже до 24 міс. В кінцевому результаті була підтверджена здатність лефлуноміду затримувати прогресування захворювання та модифікувати його. Основним механізмом дії лефлуноміду є активний метаболіт A77 1726, який блокує продукцію дегідрооротат-дегідрогенази — основного ферменту в синтезі піримідинів *de novo*, інгібує синтез піримідину у таких клітинах, як Т-лімфоцити, приводячи до гальмування клітинного циклу. Гальмуючи експансію Т-лімфоцитів, лефлуномід блокує основну ланку в механізмі розвитку та прогресуванні РА.

В.О. Насонова стверджує, що ефект лікування РА будь-якими засобами залежить від раннього початку терапії, тобто — від своєчасної діагностики.

Є.Л. Насонов зазначив, що одне із найскравіших досягнень фармакотерапії запальних захворювань людини кінця ХХ ст. пов'язане з розробленням принципово нової групи лікарських засобів — біологічних агентів. На сьогодні до цих агентів відносять моноклональні антитіла (МАТ) проти певних детермінант імункомпетентних клітин або прозапальних цитокінів, рекомбінантні протизапальні цитокіни і природні інгібітори цитокінів (розчинні рецептори, антагоністи). Першим втіленням у клінічну практику МАТ до фактору некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ), дозволенним для лікування РА, є химерні МАТ — інфліксимаб. Ці химерні IgG1 моноклональні антитіла на 75% складаються з людського білка, на 25% — з мишиного. Інфліксимаб з'єднується з розчинним та зв'язаним з мембранами ФНП- $\alpha$ , а також інгібує більшість із біологічних ефектів ФНП- $\beta$ . Ці антитіла, отримані генно-інженерним шляхом, з високою афінністю, авідністю та специфічністю зв'язують людський ФНП- $\alpha$ . Вони не зв'язують ФНП- $\beta$ , відомий також як лімфотоксин- $\alpha$ . Висока специфічність зменшує можливість неспецифічних впливів на інші імунологічні механізми. Лікування інфліксимабом зменшує інфільтрацію уражених суглобів запальними клітинами та знижує експресію факторів, які підтримують активність захворювання.

Не втратили свого значення після 50 років застосування і кортикостероїди. Вони впливають на розвиток та гомеостаз імунної системи. Препарати системної ензимотерапії набули широко-

го застосування в ревматології. О.Б. Зборовський, В.І. Мазуров та О.М. Лілла (Росія), В.М. Коваленко, О.В. Синяченко (Україна) та інші дали позитивну оцінку застосуванню препаратів системної ензимотерапії при РА, ОА, фіброміалгії. Тривалий (5 років) моніторинг результатів лікування РА з застосуванням вобензіму як базисного препарату в комплексі з НПЗП дає можливість досягти тривалої ремісії у цих хворих без побічної дії, властивої більшості базисних засобів.

Про технологію оцінки клінічної ефективності протизапальних лікарських засобів повідомив В.І. Мальцев (Київ).

Проблему фармакологічного застосування НПЗП та оцінку їх побічної дії висвітлив О.П. Вікторов (Київ).

А.С. Свінціцький (Київ) інформував про результати діагностики ураження шлунка та дванадцятипалої кишки, пов'язані з прийомом НПЗП та методи їх лікування.

Клініко-фармацевтичне обґрунтування індивідуального вибору антиревматичних препаратів запропонував І.А. Зупанець (Харків).

Про роль протеаз та їх інгібіторів при лікуванні запалення суглобів повідомив проф. В.Г. Руденко (Одеса).

З технологіями варіабельності серцевого ритму і планування фармакотерапії при захворюваннях сполучної тканини ознайомив М.І. Яблучанський (Харків).

Під час роботи Конгресу його учасники прослухали лекцію акад. О.Б. Зборовського «Фіброміалгія і супутні ревматичні захворювання». Було відмічено, що фіброміалгія за останній час «помолоділа», її діагностують навіть у дітей віком 14–15 років. Виявлено 2500 хворих з цією патологією і відзначено, що при тривалості захворювання 3–5 років фіброміалгія має здатність переходити у СЧВ, або системну склеродермію. Схема лікування цього захворювання включає антидепресанти, седативні, знеболювальні засоби, НПЗП, міорелаксанти, антиоксиданти, системну ензимотерапію, фізіотерапію, лікувальну фізкультуру, голкорекфлексотерапію, психотерапію, кріотерапію (охолодження тіла до  $-50\text{ }^{\circ}\text{C}$ ).

Проф. О.М. Лілла (Санкт-Петербург) у лекції «Особливості діагностики поєднаних ревматичних та онкогематологічних захворювань» ознайомив слухачів з актуальною на сьогодні проблемою діагностики та диференційних підходів у лікуванні онкогематологічних захворювань, які проявляються симптомами РХ або в поєднанні з ними. Тому так важливо чітко виділити диференційні ознаки цих захворювань для встановлення правильного діагнозу та своєчасного (на ранніх етапах розвитку) призначення адекватного лікування. Було зазначено, що особливу увагу необхідно приділяти характеру системних проявів та біологічній активності процесу (збільшення лімфатичних вузлів, лихоманка,

зменшення маси тіла), проводити біопсію збільшених лімфатичних вузлів, за необхідності — стерильну пункцію, магнітно-резонансну та комп'ютерну томографію. Запропоновано нові програми лікування хворих на РА в поєднанні з множинною мієломою за схемою CHOP: циклофосфамід, доксорубіцин, вінкрисдин, преднізолон, VAP: вінкрисдин, адриоміцин, дексаметазон; на РА з високим ступенем активності за схемою CVP: циклофосфамід, вінкрисдин, преднізолон. О.М. Лілла ознайомив також із власним позитивним досвідом застосування системної ензимотерапії з приводу цих захворювань.

Прийнято РЕЗОЛЮЦІЮ III Національного конгресу ревматологів України:

Враховуючи актуальність ряду проблем ревматології, аналіз доповідей, роботу симпозиумів, а також необхідність втілення нових технологій діагностики та лікування, III Національний конгрес ревматологів України рекомендує:

1. У зв'язку зі значними медичними та соціально-економічними проблемами, пов'язаними з РХ (3-тє місце за поширенням, 2-ге — за первинною інвалідністю, 1-ше — за тимчасовою непрацездатністю серед хвороб організму людини), а також реально існуючою недостатньою забезпеченістю медичними кадрами (відсутність лікарів-ревматологів у районах, робота за сумісництвом), пропонується відновлення кадрового складу ревматологів відповідно до наказу МОЗ України № 243 від 15.12.1993 р.

2. Відпрацювати етапність та підпорядкованість педіатричної, підліткової та терапевтичної служб у питаннях діагностики, лікування та профілактики ревматичних хвороб.

3. Розробити стандарти діагностики та лікування ревматичних захворювань у дітей.

4. Внести до проекту наказу МОЗ України рекомендації щодо удосконалення кардіоревматологічної допомоги хворим дітям згідно з пропозиціями учасників конгресу.

5. Розробити та узгодити критерії відбору хворих між терапевтичною та хірургічною службами у зв'язку з недостатньо активним відбором хворих для кардіохірургічного та ортопедичного лікування терапевтичною та педіатричною службами.

6. Виділити ліжка в ортопедо-травматологічних відділеннях для надання своєчасної ортопедичної допомоги хворим на РА в обласних та міських лікарнях.

7. Удосконалити спеціалізовану медичну допомогу хворим ревматичного профілю шляхом застосування таких нових технологій діагностики та лікування:

- раціональне використання глюкокортикостероїдів за різними програмами залежно від нозологічної форми (пульс-терапія, внутрішньосуглобове введення та ін.);

- впровадження нових препаратів для базисної терапії РА; моноклональні антитіла до

ФНП- $\alpha$  (інфліксимаб), цитостатичних препаратів для базисної терапії (лефлуномід);

- подальше впровадження інгібіторів ЦОГ-2;
- подальше втілення системної ензимотерапії;

- подальше впровадження хондропротекторної терапії та ін.

8. Продовжити вдосконалення поетапної системи реабілітації хворих на ревматичні захворювання, включаючи санаторно-курортні заклади.

9. Формувати соціальне замовлення щодо налагоджування подальшого виробництва сучасних антиревматичних засобів.

10. Проводити спільні науково-практичні конференції товариства ревматологів, ортопедів, курортологів, реабілітологів та створити міждисциплінарну комісію з питань ревматології.

11. Продовжувати розроблення заходів щодо освіти медичних працівників та населення з питань профілактики та лікування ревматичних хвороб (артроклуби, ревмоклуби, брошури та ін.).

12. Удосконалити структуру статистичної звітності первинної інвалідності у зв'язку з хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини і розробити заходи щодо вдосконалення діагностики цих хвороб, усунення розбіжностей у показниках їх поширення.

13. Удосконалити та розширити післядипломну підготовку лікарів-терапевтів, педіатрів, ортопедів-травматологів з питань надання медичної допомоги хворим на ревматичні хвороби суглобів.

В питаннях термінології, номенклатури та класифікації керуватися рекомендаціями ВООЗ — МКХ-10, класифікаціями Європейської та світової антиревматичних ліг та рекомендаціями узгоджувальної ради України, Росії, Білорусії, Молдови у рамках роботи III Національного конгресу ревматологів України. Вважати недоцільним використання незатверджених або авторських класифікацій.

Під час роботи Конгресу обрано новий склад та органи керівництва Асоціації ревматологів України:

Президент асоціації — В.М. Коваленко

Перший віце-президент — Г.В. Дзяк

Віце-президент — Г.В. Гайко

Віце-президент — Г.В. Книшов

Віце-президент — О.П. Волосовець

Почесні члени: В.О. Насонова, О.Б. Зборовський.

У рамках III Національного конгресу ревматологів України відбулося **засідання узгоджувальної ради Росії, України, Білорусії з питань уніфікації термінології та класифікації ревматичних хвороб.**

Модератори роботи узгоджувальної ради:

Акад. РАМН В.О. Насонова (Росія), проф. В.М. Коваленко (Україна).

У роботі взяли участь проф. Р.М. Балабанова — президент Асоціації ревматологів Росії; акад. АМН



акад. АМН України Л.А. Пиріг; акад. РАМН О.Б. Зборовський — віце-президент Спільки терапевтів Російської Федерації; проф. М.М. Коренев — директор Інституту здоров'я дітей та підлітків (Україна); проф. А.М. Лілла — (Санкт-Петербург); чл.-кор. РАМН, директор Інституту ревматології АМН Росії Є.Л. Насонов; проф. М.Ф. Сорока — Головний ревматолог МОЗ Республіки Білорусь; проф. Є.Т. Склярєнко (Київ); проф. А.Є. Лоскутов (Дніпропетровськ); проф. А.М. Василенко (Кривий Ріг); проф. Л.Я. Бабініна (Київ); проф. Л.В. Ващенко (Дніпропетровськ); проф. В.Г. Руденко (Одеса).

В обговоренні існуючої в СНГ термінології та класифікації РХ прийнято рішення:

1. В питаннях термінології окремих нозологічних форм РХ керуватися термінологією і номенклатурою МКБ-10-го перегляду.

2. Створити робочі групи у складі спеціалістів країн СНГ для розроблення пропозицій щодо класифікації окремих РХ.

3. Вважати за доцільне на першому етапі роботи створення робочих груп за такими напрямками:

- ревматизм;
- системні хвороби сполучної тканини;
- системні васкуліти;
- хвороби суглобів з переважно запальним механізмом розвитку;
- хвороби суглобів з переважно незапальними механізмами розвитку.

Учасники роботи Конгресу розглянули робочий варіант класифікації РА, запропонований Асоціацією ревматологів Росії (табл. 2, 3).

України, проф. Г.В. Дзяк — віце-президент Асоціації ревматологів України; проф. Г.В. Гайко — президент Асоціації ортопедів і травматологів України, Головний ортопед-травматолог України; проф. Н.М. Шуба — Головний ревматолог МОЗ України;

Для обговорення нового варіанту робочої класифікації РА запрошуємо взяти активну участь усіх ревматологів України і надсилати зауваження та пропозиції щодо її удосконалення на адресу:

03151, Київ, вул. Народного ополчення, 5, Асоціація ревматологів України  
Коваленку Володимирі Миколайовичу

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ИТОГАМ РАБОТЫ III НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА РЕВМАТОЛОГОВ УКРАИНЫ**

(23–26 октября 2001 г., Днепропетровск)

**В.Н. Коваленко, Н.М. Шуба, Г.А. Проценко**

**Резюме.** Подведены итоги работы ревматологической службы Украины за последние 4 года. Освещены проблемы современных подходов лечения ревматических заболеваний и перспективы развития ревматологической службы на последующие 4 года. Приведены резолюция Конгресса и список правления Ассоциации ревматологов Украины.

**Ключевые слова:** ревматология, конгресс, ревматические заболевания.

**ACTUALITY QUESTIONS DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF RHEUMATIC DISEASES: RESULTS FROM THE III NATIONAL CONGRESS RHEUMATOLOGIST UKRAINIAN**

(23–26 October 2001, Dnipropetrovsk)

**V.M. Kovalenko, N.M. Shuba, G.O. Protsenko**

**Summary.** There was made a conclusion about the work of the rheumatologic service in Ukraine during the last 4 years. The questions concerning the current approaches to treatment of rheumatic diseases were discussed, as well as the perspectives of rheumatology' development for the following 4 years. There was elected the new staff of Association of Rheumatologists of Ukraine.

**Key words:** rheumatology, congress, rheumatic diseases.

**РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ**

**Связь между факторами риска развития гепатотоксического эффекта и результатами гистологического анализа печени при применении метотрексата по поводу ювенильного ревматоидного артрита**

Hashkes P.J., Balistreri W.F., Bove K.E., Ballard E.T., Passo M.H.J. (2000) The relationship of hepatotoxic risk factors and liver histology in methotrexate therapy for juvenile rheumatoid arthritis. In: Park City IV: Pediatric Rheumatology into the Next Century. March 14–18, 1998, Park city. Utah. *Rheumatology*, 27(Suppl. 58): 73.

Возраст наблюдаемых больных с ювенильным ревматоидным артритом в среднем составлял 17 лет. Средняя продолжительность их лечения метотрексатом — 56 мес. При гистологическом исследовании биоптатов печени больных с учетом их конституции, потребления ими алкоголя, концентрации альбумина, активности аспартат- и аланинаминотрансфераз в сыворотке крови констатировали зависимость этих биохимических показателей от экстенсивности фиброза печеночной паренхимы.

**Интерлейкин-1 $\beta$  вызывает повышение активности спермидина/спермина N1-ацетилтрансферазы и возрастание уровня путресцина в синовиальных прилипающих клетках больных ревматоидным артритом**

Furumitsu Y., Yukioka K., Yukioka M., Ochi T., Morishima Y., Matsui-Yuasa I., Otani S., Inaba M., Nishizawa Y., Morii H. (2000) Interleukin-1beta induces elevation of spermidine/spermine N1-acetyltransferase activity and an increase in the amount of putrescine in synovial adherent cells from patients with rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.*, 27(6): 1352–1357.

Исследовали синовиальные клетки больных ревматоидным артритом, культивировали в присутствии или без рекомбинантного интерлейкина-1 $\beta$  в концентрации 10 нг/мл за 24 ч. Определяли клеточный объем полиаминов и активность спермидина/спермина N1-ацетилтрансферазы и декарбоксилазы орнитина. Выявлено, что в отсутствие интерлейкина-1 $\beta$  их уровень повышался. Активность ОД не изменялась. Повышение активности САТ зависело от уровня интерлейкина-1 $\beta$ .

**Цитокины и системная красная волчанка**

Dean G.S., Tyrrell-Price J., Crawley E., Isenberg D.A. (2000) Cytokines and systemic lupus erythematosus. *Ann. Rheum. Diseases*, 59(4): 243–251.

Приведены данные о балансе цитокинов при системной красной волчанке с кожными, почечными и неврологическими проявлениями. При неврологической симптоматике системной красной волчанки в спинномозговой жидкости определили повышенные уровни интерлейкина (ИЛ)-1 и ИЛ-6; ИЛ-2 и фактор некроза опухоли (ФНО)- $\alpha$  не обнаружили. Сывороточный уровень ИЛ-6 у больных системной красной волчанкой не отличается от такового у здоровых людей.

При волчаночном нефрите наблюдали местную выработку ИЛ-6 в почках, высокий уровень ИЛ-6 в моче и в сыворотке крови, повышенную сывороточную концентрацию  $\gamma$ -интерферона, ФНО- $\alpha$ , ИЛ-4 и ИЛ-10, снижение уровня ИЛ-2 и трансформирующего ростового фактора- $\beta$ . У больных с кожными проявлениями системной красной волчанки в отличие от здоровых в биоптатах кожи выявляли рибонуклеиновую кислоту (мРНК) ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-5; реже — мРНК ИЛ-10. В коже больных повышены уровни ИЛ-6, ИЛ-1 $\beta$ .