

Ревматологічні хвороби: мультидисциплінарний підхід до лікування

31 жовтня – 1 листопада в столиці України відбулася науково-практична конференція «Ревматологічні хвороби: сучасні проблеми лікування та забезпечення моніторингу». Організаторами заходу виступили фахівці НАМН, Міністерства охорони здоров'я, Асоціації ревматологів України, ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, ГО «Всеукраїнська асоціація дослідників України» та «Всеукраїнська асоціація превентивної кардіології та реабілітації».



Завідувач кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Людмила Вікторівна Хіміон присвятила доповідь особливостям патогенезу, профілактики й лікування посттравматичного остеоартриту (ОА).

На сьогодні головною причиною розвитку посттравматичного ОА вважається травматичне ушкодження суглобів, яке зумовлює виникнення запального процесу. Своєю чергою, запалення призводить до вторинного ушкодження суглобового хряща та формування його дегенеративних змін.

Доцільність застосування як консервативних, так і оперативних методів лікування пацієнтів з ОА є темою багатьох дискусій. Згідно з результатами деяких досліджень, використання інвазивних суглобових втручань із метою полегшення болю та покращення функціональної активності суглобів не відрізнялося за ефективністю від консервативної терапії. Результати ще одного спостереження виявили недоцільність застосування артроскопічної менісектомії в пацієнтів як зі свіжою травмою менісків, так і з розвиненим посттравматичним ОА. Використання хірургічних методів лікування в деяких випадках може призводити до повторного ушкодження тканин хряща та ще більших його дегенеративних змін.

Зацікавленість аудиторії викликало питання щодо ефективності препаратів нативної плазми, а саме аутологічно збагаченої тромбоцитами плазми (АЗТП). З огляду на дані нових досліджень, використання АЗТП у пацієнтів з ОА сприяє сповільненню запальних і дегенеративних змін суглобів і, відповідно, прогресування захворювання. Професор продемонструвала дані власного дослідження, в якому препарати нативної плазми використовували в комплексній терапії ОА колінних суглобів ранніх стадій. Було виявлено, що застосування трьох внутрішньосуглобових ін'єкцій АЗТП у хворих на ОА I-II стадії відзначалося регресією больового синдрому та сприяло покращенню функціональної активності пацієнтів. Проведене лікування мало триваліший ефект порівняно зі стандартною терапією ОА. Тобто застосування біологічної терапії, а саме АЗТП, із метою сповільнення деградації хрящової тканини та регресії основної симптоматики захворювання є ефективним.



Патогенетичні механізми розвитку коморбідних станів у ревматології висвітлила завідувач відділу клінічної фізіології та генетики ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук, професор Тетяна Володимирівна Талаєва.

Патологічні стани, що супроводжуються активацією системного запалення, а саме ревматичні захворювання в поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) і метаболічним синдромом (МС), є однією з основних причин прискореного прогресування й ускладненого клінічного перебігу атеросклерозу. До того ж атеросклерозозалежна кардіоваскулярна патологія на сьогодні вважається чи не найпоширенішим коморбідним захворюванням у ревматологічних хворих.

При системних запальних захворюваннях розвиток атеросклеротичного ураження серцево-судинної системи має свої особливості:

- безсимптомний характер клінічного перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС) і дебют серцево-судинного захворювання (ССЗ) із розвитку гострого інфаркту міокарда (ГІМ);
- нестабільність атеросклеротичних бляшок при відносно слабковираженому стенозному ураженні коронарних судин;
- відсутність традиційних факторів ризику, насамперед гіперхолестеринемії.

Ревматоїдний артрит (РА) є відносно новим фактором серцево-судинного ризику. Частота летальних наслідків від ССЗ при РА, незважаючи на сучасні досягнення медицини, залишається високою. Крім того, як і тяжкий перебіг РА, так і трисудинне ураження коронарної системи та ЦД однаково впливають на рівень кардіоваскулярної та загальної смертності. Особливостями перебігу ССЗ у пацієнтів із РА є раннє виникнення гострих коронарних подій, основними причинами яких є ГІМ. За даними V.R. da Cunha та співавт. (2012), ризик виникнення ГІМ у пацієнтів, які страждають на РА, зростає в середньому вдвічі-втричі.

Велику увагу професор приділила проблемі МС, що є одним із основних наслідків неконтрольованого системного запалення. Патогенетична основа розвитку МС залишається невизначеною. Відповідно до даних G. Reaven, важливою причиною виникнення основних компонентів МС є інсулінорезистентність. Тож основою фармакологічного менеджменту

є усунення факторів, які призвели до порушень вуглеводного обміну.

Доповідач представила результати власного дослідження, в якому вивчали застосування лікарських засобів на основі ферментів у хворих на ОА із супутнім МС. Отримані дані свідчать про здатність системної ензимотерапії оптимізувати перебіг запального процесу, здійснювати антиоксидантний вплив, нормалізувати чутливість рецепторів тканин до інсуліну й усувати метаболічні порушення, що виникли внаслідок інсулінорезистентності. Крім того, під час застосування цих препаратів було виявлено антиагрегантний і антиатерогенний вплив. Отже, системні ферментні препарати доцільно застосовувати з метою корекції основних складових МС у ревматологічних пацієнтів.



Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Олег Борисович Яременко розглянув питання клініки, діагностики та лікування хвороби Ерджейма – Честера.

Хвороба Ерджейма – Честера являє собою рідкісне захворювання, котре належить до групи неларгенганскоклітинних гістіоцитозів і супроводжується накопиченням пінистих макрофагів, хронічним запаленням, фіброзом і органною недостатністю. Дебют, як правило, припадає на вік 40-73 роки, чоловіки хворіють утричі частіше.

Причини виникнення захворювання на сьогодні остаточно не вивчені. Narosche та співавт. (2012) виявили, що більш ніж половина хворих є носіями мутаційного гена BRAFV600E. В інших пацієнтів спостерігалися мутації в генах сильного шляху міоген-активованої протеїнкінази, яка контролює ріст і проліферацію клітин завдяки активації ключових факторів транскрипції.

Основними мішенями при хворобі Ерджейма – Честера є кістки, нирки, великі судини, легені, шкіра та центральна нервова система. Пацієнти звертаються до лікаря переважно зі скаргами на біль у кістках нижніх кінцівок, відчуття загального нездужання та підвищення температури тіла до субфебрильних показників. У ході об'єктивного огляду можливе виявлення екзофтальму та специфічних утворень на шкірі обличчя – ксантелазм.

Діагностична програма передбачає насамперед застосування лабораторних і візуалізаційних методів. Результати загального та біохімічного аналізу крові зазвичай виявляють лише підвищення рівнів маркерів запалення (С-реактивного білка, ШОЕ). У таких хворих відсутні порушення ліпідного обміну, що є незвичайним за умови наявності ксантелазм. За допомогою МРТ виявляють множинні вогнищеві ураження кісткової тканини. На зображеннях, отриманих під час остеосцинтиграфії,

