

В.М. Коваленко

Інститут кардіології, Київ

СТАН РЕВМАТОЛОГІЇ В УКРАЇНІ: МЕДИЧНО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ТА НАПРЯМКИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ

Ключові слова: ревматичні захворювання, ревматологічна служба в Україні.

Резюме. Проаналізовано роботу ревматологічної служби МОЗ України за останні 4 роки. Охарактеризовано сучасний стан ревматології в Україні. Відзначено досягнення галузі та проблеми, які потребують вирішення, а також медико-соціальні наслідки основних ревматичних захворювань.

Проблема ревматичних захворювань (IX, XIII класи МКХ-10) — одна з найбільш значних не лише медичних, а й соціально-економічних проблем у світі. Це зумовлено, перш за все, медико-соціальними наслідками ревматичних захворювань: значною їх поширеністю, тимчасовою непрацездатністю та первинною інвалідністю, зокрема серед населення працездатного віку.

Рівень захворюваності на хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини та їх поширеність в Україні значно нижчі таких у світі, що свідчить про неповне їх виявлення. Водночас в Україні невпинно зростають економічні затрати внаслідок цих захворювань: за первинною інвалідністю вони займають 2-ге місце після хвороб органів кровообігу, за тимчасовою непрацездатністю останніми роками поступаються лише гострим респіраторним хворобам, травмам і отруєнням (Коваленко В.М., 2001).

Для вирішення зазначених проблем необхідно, насамперед, удосконалити ранню діагностику ревматичних захворювань та забезпечити поетапність надання кваліфікованої медичної допомоги. Ревматологічна служба України складається з таких етапів: загальна терапевтична допомога (дільничні, сімейні лікарі, терапевтичні відділення стаціонарів), ревматологічні кабінети в амбулаторно-поліклінічних закладах та ревматологічні відділення в міських та обласних лікарнях, високоспеціалізована допомога на державному рівні (Український ревматологічний центр — консультації та стаціонарне лікування). Головна ознака поетапної спеціалізованої медичної допомоги — чітка взаємодія та взаємозв'язок загальних і спеціалізованих служб, координація їх діяльності (табл. 1).

Слід зазначити, що структура та організація роботи ревматологічної служби МОЗ України (схема) в цілому відповідає загальноприйнятим нормам. У складі ревматологічної служби на сьогодні працюють 456 лікарів-ревматологів, для стаціонарного лікування розгорнуто 2705 ліжок (з розрахунку 0,55 на 10 тис. населення) (Ревматичні хвороби в Україні, 2002).

За останні 4 роки ревматологічною службою разом з Асоціацією ревматологів України проведено такі заходи:

- III Національний конгрес ревматологів України (Дніпропетровськ);

- 2 пленуми ревматологів України (Київ);
- 2 науково-практичні конференції (Київ);
- 4 організаційно-методичні наради з Головними ревматологами;
- 2 школи ревматологів (Київ);
- передатестаційні цикли для лікарів-ревматологів та цикли спеціалізації з ревматології (проводяться регулярно).

Таблиця 1

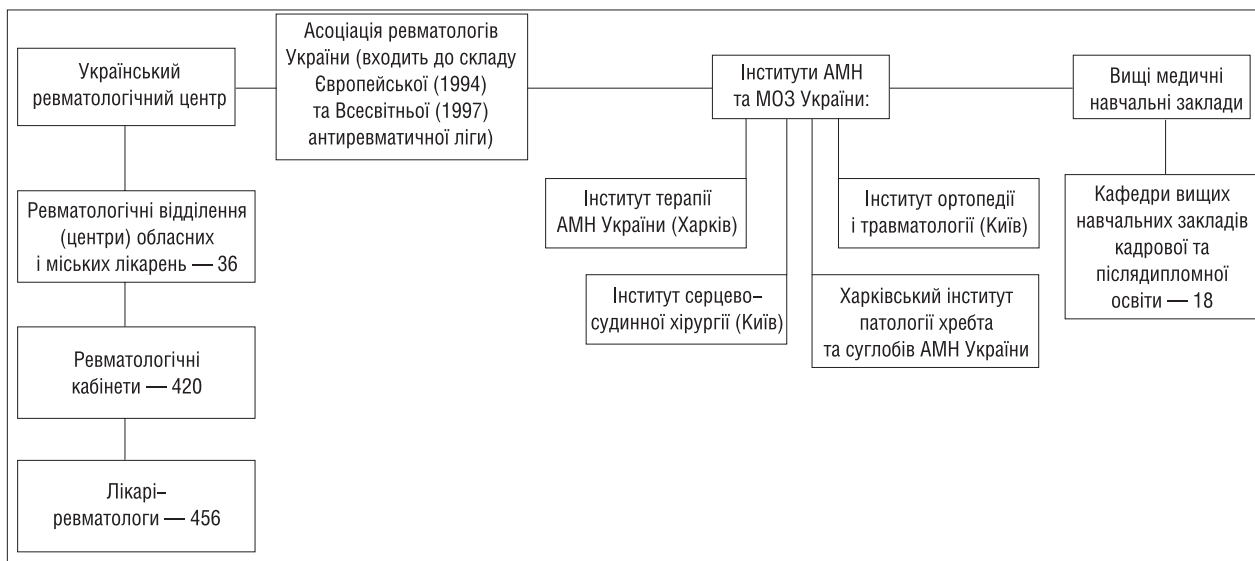
Координація роботи ревматологічної та інших спеціалізованих медичних служб з надання допомоги ревматичним хворим

Основна нозологічна форма	Спеціалізована служба
Ревматизм (гострі та хронічні форми)	<ul style="list-style-type: none"> • загальна терапевтична, в тому числі сімейна медицина • педіатрична (кардіоревматологічна) • кардіохірургічна
Ревматичні хвороби суглобів	<ul style="list-style-type: none"> • загальна терапевтична, в тому числі сімейна медицина • педіатрична • ортопедична • геронтологічна • фізіотерапевтична, в тому числі санаторно-курортна • лабораторна
Системні хвороби сполучної тканини та системні васкуліти	<ul style="list-style-type: none"> • загальна терапевтична, в тому числі сімейна медицина • хірургічна • лабораторна • імунологічна
Остеопороз	<ul style="list-style-type: none"> • загальна терапевтична, в тому числі сімейна медицина • ортопедична • геронтологічна • ендокринологічна

Крім того, захищено 6 докторських та 15 кандидатських дисертацій; підготовлено 10 клінічних ординаторів; видано 6 монографій, 6 методичних рекомендацій, класифікацію та стандарти діагностики ревматичних захворювань (2002 р.); засновано Український ревматологічний журнал (2000 р.); відкрито реабілітаційні ліжка в санаторії «Жовтень» (Київ) та у санаторії «Лазурний» (Бердянськ).

Важливою подією для розвитку ревматології в Україні стало проведення III Національного конгресу ревматологів України (Дніпропетровськ, жовтень 2001 р.). Участь у роботі конгресу провідних учених нашої країни, а також провідних фахівців з Росії та

Схема. Структура ревматологічної служби МОЗ України



Білорусі підняла статус зібрання до міжнародного рівня. Спеціалісти-ревматологи обговорили нові підходи до лікування ревматичних захворювань та надання кваліфікованої медичної допомоги.

У рамках III Національного конгресу ревматологів відбулося засідання узгоджувальної ради Росії, України, Білорусі з питань уніфікації термінології та класифікації ревматичних хвороб. Прийнято за основу та вдосконалено класифікацію та стандарти діагностики і лікування ревматичних захворювань, викладені у довіднику «Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения» за редакцією професора В.М. Коваленка. В основу цієї класифікації покладена термінологія та номенклатура МКХ-10 (Коваленко В.М., 2001).

Слід зазначити позитивну тенденцію до відновлення етапності надання допомоги хворим ревматологічного профілю, яка включає етапи стаціонарного та подальшого санаторно-курортного лікування з метою досягнення стійкої ремісії захворювання, покращання якості життя та соціальної адаптації пацієнтів. Так, в санаторії «Лазурний» (Бердянськ) здійснюється реабілітація хворих на ревматоїдний артрит, остеоартроз, запальні та мікрокристалічні артропатії тощо за допомогою сучасних методик відновлювального лікування. У травні 2002 р. на базі санаторію до 100-річчя його заснування відбувся черговий З'їзд курортологів та фізіоте-

рапевтів, на якому значну увагу приділено саме вдосконаленню реабілітації хворих з патологією кістково-м'язової системи.

Незважаючи на роботу, що активно проводить ревматологічна служба, залишається низка проблем, які потребують подальшої уваги та вирішення.

Не викликає сумніву те, що основною складовою поетапної медичної допомоги є первинна лікарська ланка — дільничний терапевт і сімейний лікар. Саме на цьому рівні забезпечується своєчасність виявлення хвороби, ефективність диспансеризації тощо.

На жаль, система охорони здоров'я України та первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) у нових умовах виявились неадекватними.

Встановлено, що у країнах, де частка лікарів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) у загальній їх кількості більша, а також більші обсяги фінансування охорони здоров'я, середня тривалість життя вища. Кількість лікарів загальної практики в Україні у 5 разів менша від такої у Франції та в 3,5 разу — у Німеччині. Серед 9 країн Європи у структурі забезпечення лікарями на 10 тис. населення частка лікарів у ПМСД України по суті найнижча, як і середня тривалість життя (табл. 2).

Дієвим механізмом підвищення рівня здоров'я населення має стати переорієнтація ПМСД на профілактичну діяльність в умовах економічної заінтересованості у збереженні здоров'я як громадян, так і

Таблиця 2

Вплив на тривалість життя населення фінансування системи охорони здоров'я та ефективності ПМСД у країнах Європи та СНД (вибірково — дані ВООЗ)

Країна	Тривалість життя, роки	Частка загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП*, %	Частка державних витрат на охорону здоров'я, %	Кількість лікарів на 10 тис. населення	Кількість лікарів ПМСД на 10 тис. населення	Частка лікарів ПМСД у загальній структурі, %
Франція	79,2	9,6	76,4	30,3	14,7	48,5
Австрія	78,1	8,2	70,7	30,2	13,3	44,0
Німеччина	77,8	10,6	74,6	35,0	10,3	29,4
Польща	72,4	6,4	73,3	23,3	8,1	34,8
Болгарія	70,9	6,0	95	34,5	8,0	23,2
Угорщина	70,7	6,8	76,5	35,7	6,7	18,8
Білорусь	68,6	4,5	100	45,7	5,9	12,9
Україна	68,6	3,5	100	40,0	3,0	7,5
Росія	67,2	4,0	98	42,1	2,3	5,5

* Валовий внутрішній продукт.

роботодавців. Особливу роль відводять закону «Про соціальне медичне страхування», який визначає принцип відрахування коштів на особисті рахунки та право розпорядника кредиту, що сприятиме економічній заінтересованості збереження здоров'я.

Одним із напрямків профілактичної діяльності ПМСД, зумовленим високим рівнем захворюваності населення, має стати охорона психічного здоров'я населення, що потребує зміщення акцентів із суто психіатричної допомоги на психологічну та підготовки медичних психологів.

Залишається великою розбіжність показників щодо поширеності ревматичних хвороб суглобів (табл. 3), що свідчить про недосконалість методів діагностики, особливо на ранніх стадіях захворювання, внаслідок чого лікування — несвоєчасне і недостатнє, а показники тимчасової та стійкої працездатності підвищуються.

Відзначається позитивна тенденція до зниження захворюваності та поширеності гострого ревматизму (табл. 4); за рік показник первинної інвалідності внаслідок цього захворювання по Україні

знизився на 30% (2000 р. — 2755,0; 2001 р. — 1929,0). Поряд з цим, поширеність хронічних ревматичних хвороб серця суттєво не знижується (1998 р. — 594,78; 2001 р. — 503,9 на 100 тис. населення). Це свідчить про несвоєчасне виявлення цієї патології, перш за все, у дітей і підлітків, що спричинює формування ревматичних вад серця і підвищення показників первинної інвалідності та смертності (табл. 5). Тому актуальність проблеми профілактики ревматизму та активного його лікування очевидна.

Оскільки ревматизм — контрольована за етіологічним фактором (β-гемолітичний стрептокок групи А) хвороба, цілком можливе проведення ефективної первинної та вторинної профілактики цього захворювання, що включає:

- активну боротьбу з персистуючою стрептоковою інфекцією, особливо у людей з високими титрами антистрептококових антитіл;
- диспансерний нагляд за хворими ревматичного профілю;
- координацію роботи ревматологічної, педіатричної та кардіохірургічної служб з питань збе-

Таблиця 3

Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини у 2001 р. (на 100 тис. населення)

Регіон	Всього		Серед населення									
			дорослого		працездатного		пенсійного		чоловічого 15-100 років і старше		жіночого 15-100 років і старше	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Волинська обл.	11756.2	3902.4	13629.7	4377.5	11451.1	4344.0	20311.4	4796.8	12405.4	4037.1	14686.2	4671.3
Закарпатська обл.	6229.3	3123.2	6865.0	3526.6	5927.6	3446.6	10686.0	4141.6	5783.9	3311.2	7838.1	3720.5
Івано-Франківська обл.	9053.0	3485.2	10164.5	3904.1	7580.2	3592.8	17875.6	5039.9	9310.3	3876.2	10905.4	3928.4
Львівська обл.	7891.4	3905.6	8363.9	4265.8	7299.6	4193.8	11833.3	4773.3	8213.1	4583.1	8496.3	3987.4
Рівненська обл.	7741.1	3498.7	8688.9	3787.2	8088.8	4117.6	11107.7	3175.4	8230.9	3548.4	9088.6	3995.6
Тернопільська обл.	8573.8	2958.9	9099.3	3131.4	8656.6	3308.3	10686.6	2931.2	9224.1	3396.1	8995.1	2910.6
Чернівецька обл.	10976.2	4682.5	12931.3	5401.5	10185.8	5585.8	21199.4	5313.0	12100.7	5189.3	13632.1	5580.7
АР Крим	5531.8	1995.8	5771.1	1966.3	4866.2	2030.6	8659.9	1937.2	4928.0	1943.5	6478.4	1985.5
Дніпропетровська обл.	11106.0	5065.4	11805.7	5405.5	9830.7	5229.8	17540.6	6203.7	11406.3	5286.5	12136.9	5504.2
Запорізька обл.	5777.0	2870.2	6200.9	2925.7	5705.4	3134.4	7877.0	2587.8	6272.2	3293.1	6142.3	2623.3
Миколаївська обл.	5342.0	1946.7	5738.8	1992.7	4971.2	2001.1	8261.0	2121.6	5192.2	2026.9	6195.1	1964.1
Одеська обл.	8474.3	2907.6	9773.8	3301.6	7056.4	3046.2	17847.9	4231.3	8825.5	3139.5	10572.1	3438.0
Херсонська обл.	7433.4	3626.0	8342.3	3974.5	6789.2	3967.2	13320.4	4306.6	8001.4	3999.4	8629.3	3953.6
м. Севастополь	8812.0	2506.3	9962.3	2608.0	6599.1	2355.8	20271.5	3511.1	8165.9	2242.6	11494.9	2919.7
Донецька обл.	9939.7	3407.0	9414.7	3316.8	8010.1	3438.4	13346.1	3232.7	9791.2	3732.0	9102.9	2972.9
Луганська обл.	6373.2	2577.1	6771.0	2530.9	6566.3	2853.5	7698.1	1916.3	7038.4	3010.9	6548.6	2131.9
Полтавська обл.	6620.2	2600.2	7062.1	2718.9	6859.8	2960.7	7885.2	2357.8	7167.6	2891.6	6977.1	2579.6
Сумська обл.	8430.9	3330.3	8855.8	3288.4	8025.3	3481.1	11170.9	3059.6	8832.7	3483.2	8874.6	3130.6
Харківська обл.	6833.3	2820.4	7233.5	2964.7	6303.1	2971.9	10033.3	3132.4	6844.1	3111.9	7551.8	2844.3
Чернігівська обл.	11581.6	3767.4	12414.6	4002.1	9890.1	4166.0	17676.1	3896.4	11602.9	3847.5	13051.5	4123.3
Вінницька обл.	11427.2	4123.3	11900.9	4214.5	10210.5	4596.4	15933.0	3679.1	11806.6	4559.1	11975.9	3940.6
Житомирська обл.	9306.8	2348.5	10100.1	2401.9	6886.8	2352.9	17716.8	2658.8	8601.7	2362.1	11351.0	2435.1
Київська обл.	10220.0	2869.8	9674.4	2671.5	7747.4	2673.7	14914.9	2843.1	9069.8	2728.4	10175.2	2624.4
Кіровоградська обл.	8874.1	2752.0	9781.6	2895.9	8788.7	3171.5	12583.2	2458.3	8821.6	2918.4	10561.1	2877.6
Черкаська обл.	12264.8	3516.6	13115.6	3694.9	9629.2	3633.6	21151.7	4034.8	11947.5	3701.3	14048.2	3689.8
Хмельницька обл.	7011.6	2566.7	7568.2	2642.1	6043.5	2673.6	11324.1	2733.8	7406.2	2863.9	7700.9	2460.5
м. Київ	9282.1	2942.9	10254.6	3128.9	7770.3	2817.0	19615.3	4450.5	9304.3	2962.8	11068.2	3271.1
Україна	8630,9	3248,8	9175,3	3402,7	7619,4	3430,2	13652,3	3561,2	8743,1	3495,2	9535,5	3325,6

Примітка: 1 — поширеність; 2 — захворюваність.

Таблиця 4

Ревматичні хвороби в Україні: поширеність і захворюваність (на 100 тис. населення)

Клас та окремі ревматичні хвороби	Поширеність				Захворюваність			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8485	8585	8832.55	8630.9	3404	3279	3335.34	3248.8
Артроз	1212	1790	1968.5	2200.6	254	420	453.8	497.1
Ревматоїдний артрит	338	333	330.59	322.8	21	22	21.98	22.2
Сольова артропатія	257	249	233.96	228.5	41	47	37.86	33.9
Гостра ревматична гарячка (гострий ревматизм)	100.88	89.71	79.68	65.6	13.18	16.69	11.24	11.2
Хронічні ревматичні хвороби серця	594.78	593.65	598.83	503.9	13.33	14.07	13.69	13.5

Смертність, спричинена хронічними ревматичними хворобами серця у 2001 р. (на 100 тис. населення)

Регіон	Серед населення			Серед населення			Серед населення		
	всього	міського	сільського	чоловічого	міського	сільського	жіночого	міського	сільського
Волинська обл.	4,660	4,401	4,940	4,419	5,049	3,744	4,878	3,821	6,022
Закарпатська обл.	4,705	3,262	5,606	4,880	2,990	6,043	4,541	3,511	5,195
Івано-Франківська обл.	4,295	3,851	4,633	3,944	4,021	3,884	4,612	3,695	5,299
Львівська обл.	4,510	3,937	5,389	4,150	3,090	5,795	4,837	4,714	5,025
Рівненська обл.	5,513	6,076	5,004	6,238	6,750	5,774	4,855	5,463	4,307
Тернопільська обл.	4,973	3,772	5,914	4,310	2,938	5,416	5,551	4,521	6,338
Чернівецька обл.	5,472	6,043	5,049	5,048	5,889	4,418	5,845	6,179	5,598
АР Крим	3,571	3,111	4,323	3,416	2,695	4,567	3,706	3,468	4,104
Дніпропетровська обл.	5,400	5,521	4,790	4,890	5,296	2,843	5,840	5,714	6,479
Запорізька обл.	3,998	4,170	3,439	3,730	3,724	3,747	4,227	4,552	3,178
Миколаївська обл.	3,114	2,958	3,415	2,510	2,052	3,370	3,640	3,734	3,455
Одеська обл.	4,286	4,691	3,517	4,076	4,481	3,297	4,469	4,875	3,706
Херсонська обл.	6,033	5,257	7,263	5,306	4,665	6,295	6,671	5,766	8,140
м. Севастополь	4,888	5,192	0,000	2,749	2,919	0,000	6,770	7,193	0,000
Донецька обл.	4,884	5,016	3,697	4,620	4,551	5,228	5,110	5,413	2,331
Луганська обл.	5,381	5,393	5,303	4,648	4,540	5,311	6,013	6,125	5,296
Полтавська обл.	4,590	4,626	4,537	4,492	4,229	4,876	4,672	4,968	4,260
Сумська обл.	6,699	6,098	7,812	5,321	4,561	6,771	7,864	7,422	8,659
Харківська обл.	4,589	4,905	3,405	3,579	3,980	2,100	5,446	5,688	4,533
Чернігівська обл.	8,699	7,110	10,980	8,773	6,971	11,523	8,637	7,229	10,562
Вінницька обл.	4,420	3,710	5,081	4,424	3,468	5,364	4,417	3,924	4,856
Житомирська обл.	7,079	5,259	9,447	7,299	6,938	7,778	6,887	3,774	10,872
Київська обл.	3,214	2,935	3,606	3,109	3,210	2,960	3,304	2,690	4,137
Кіровоградська обл.	6,395	5,757	7,387	5,530	4,972	6,418	7,130	6,435	8,191
Черкаська обл.	4,892	4,477	5,390	3,989	3,603	4,468	5,646	5,227	6,139
Хмельницька обл.	6,659	4,698	8,886	6,612	4,408	9,259	6,700	4,959	8,583
м. Київ	3,222	3,222	0,000	2,778	2,778	0,000	3,615	3,615	0,000
Україна	4,894	4,632	5,447	4,505	4,194	5,164	5,232	5,014	5,689

реження та вдосконалення існуючої системи диспансерного нагляду, реабілітації хворих та відбору пацієнтів для кардіохірургічного лікування.

Ревматоїдний артрит — хвороба, зумовлена порушенням імунного статусу організму (аутоімунні та імунокомплексні механізми розвитку). Основним напрямком лікування хворих на ревматоїдний артрит початкових стадій є модифікація перебігу хвороби шляхом імуномодуляції, пізніх стадій — ортопедичне лікування (артропластика, ендопротезування тощо).

Поширеність ревматоїдного артриту серед населення України в цілому залишається стабільною протягом останніх років, але наявна суттєва розбіжність показників в областях України (табл. 6). Напрямами подальшого вдосконалення методів діагностики і лікування ревматоїдного артриту може бути своєчасна і диференційна діагностика захворювання з реактивними артритом та іншими запальними хворобами суглобів; обґрунтоване використання кортикостероїдів; правильний вибір і своєчасне проведення базисної терапії; синовектомія в найбільш уражених суглобах з використанням артроскопічних методів; відпрацювання взаємовідносин ревматологічної та ортопедо-травматологічної служб з питань термінології, номенклатури, класифікації та програм консервативного й ортопедичного лікування; забезпечення на державному рівні реабілітації хворих на ревматоїдний артрит і соціальних заходів, які передбачають покращання якості їх життя.

Остеоартроз — мультифакторна хвороба, яка вирізняється значною поширеністю серед дорослого населення (близько 10–12% за даними епіде-

міологічних досліджень, проведених у різних країнах світу) та потребує активного виявлення під час проведення медичних оглядів. Зазначимо, що захворюваність на остеоартроз в Україні становить 497,1 на 100 тис. населення, що значно нижче світових показників (США — 700), поширеність в Україні — 2200,6, у США — 6500 на 100 тис. населення. В останні роки намітилася тенденція до зростання захворюваності на остеоартроз в цілому по Україні (81,6% за 4 роки) (див. табл. 4).

До актуальних медико-соціальних проблем слід віднести низький рівень виявлення остеоартрозу серед дорослого населення, звернення до лікаря на пізніх стадіях захворювання, коли консервативне лікування неефективне, не завжди обґрунтоване внутрішньосуглобове введення кортикостероїдів. Досі не визначені повноваження щодо діагностики та лікування таких хворих серед терапевтів, ревматологів і ортопедів-травматологів.

Вбачаємо такі напрями подальшого вдосконалення діагностики та лікування остеоартрозу:

- активне виявлення факторів ризику, прогнозування розвитку і рання діагностика остеоартрозу під час проведення медичних оглядів;
- раціональне використання хондропротекторів, нестероїдних протизапальних препаратів, проведення фізіотерапевтичного і санаторно-курортного лікування;
- впровадження методів локальної терапії;
- активне застосування ендопротезування;
- забезпечення оптимальності консервативного та ортопедичного лікування хворих на остеоартроз.

Ревматоїдний артрит у 2001 р. (на 100 тис. населення)

Регіон	Серед населення									
	дорослого		чоловічого, 15-100 років і старше		жіночого, 15-100 років і старше		працевдатного		пенсійного	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Волинська обл.	384,7	27,7	282,8	22,1	472,6	32,5	243,8	25,4	779,0	35,8
Закарпатська обл.	308,8	22,1	258,1	15,0	354,5	28,5	255,7	21,8	517,5	25,4
Івано-Франківська обл.	285,0	15,3	202,6	11,8	356,4	18,3	200,9	15,6	532,3	15,7
Львівська обл.	590,2	34,6	367,2	25,7	785,9	42,4	377,8	32,5	1203,2	42,6
Рівненська обл.	400,6	33,0	311,6	25,6	478,2	39,4	325,9	33,2	644,3	35,1
Тернопільська обл.	385,7	7,6	257,0	6,7	493,1	8,3	249,0	7,3	720,5	8,6
Чернівецька обл.	430,5	25,0	368,6	12,9	482,8	35,3	344,8	27,2	690,6	21,0
АР Крим	246,6	11,5	133,4	7,2	341,5	15,1	187,1	11,7	426,8	11,9
Дніпропетровська обл.	274,8	21,0	181,8	16,9	351,9	24,3	189,6	18,8	506,8	27,8
Запорізька обл.	161,8	28,5	119,6	21,8	196,6	34,1	120,8	19,4	277,3	53,8
Миколаївська обл.	209,6	12,1	133,9	8,6	272,9	15,0	151,3	9,3	384,1	20,5
Одеська обл.	358,6	22,5	261,0	16,9	440,8	27,2	257,5	20,6	658,6	29,3
Херсонська обл.	288,5	43,1	210,5	37,1	354,2	48,2	247,9	41,5	424,3	51,0
м. Севастополь	213,6	5,8	81,7	2,6	326,1	8,4	128,8	3,8	470,8	11,9
Донецька обл.	202,1	11,1	131,4	7,2	260,6	14,3	137,9	11,5	367,6	10,8
Луганська обл.	274,4	14,4	182,6	12,9	350,7	15,7	220,2	16,1	422,5	11,4
Полтавська обл.	439,4	27,0	345,4	17,8	515,1	34,4	332,3	24,7	690,8	33,3
Сумська обл.	328,8	27,6	233,7	21,3	405,9	32,7	236,4	26,6	548,5	31,4
Харківська обл.	133,1	20,5	115,3	16,0	147,7	24,2	105,2	20,2	211,9	22,7
Чернігівська обл.	438,8	28,9	339,2	26,7	517,0	30,6	332,0	25,3	657,1	36,9
Вінницька обл.	663,9	31,7	500,1	23,2	794,1	38,4	453,6	33,7	1121,2	29,4
Житомирська обл.	329,0	18,4	183,6	10,3	450,5	25,2	235,2	18,9	553,5	18,6
Київська обл.	364,7	24,7	266,0	18,2	446,5	30,1	262,9	22,4	631,9	31,9
Кіровоградська обл.	367,9	37,4	250,5	31,1	463,2	42,4	291,4	41,0	560,4	31,5
Черкаська обл.	302,0	17,9	213,2	11,8	372,9	22,8	209,6	18,4	512,3	17,8
Хмельницька обл.	491,1	23,0	364,0	14,5	595,1	29,9	290,3	19,6	955,1	31,7
м. Київ	266,3	26,3	149,9	15,5	365,9	35,5	172,4	18,5	610,4	55,3
Україна	322,8	22,2	225,0	16,4	404,4	27,1	229,0	20,8	577,6	27,2

Примітка. 1 — поширеність; 2 — захворюваність.

Мікрокристалічні артропатії характеризуються значною поширеністю, що зумовлює складність диференційної діагностики їх форм: подагра, пірофосфатна, гідроксіапатитна. Недостатній рівень виявлення сольових артропатій зумовлює необхідність активного інформування лікарів первинної ланки (дільничні терапевти, сімейні лікарі).

Вбачаємо такі напрямки подальшого вдосконалення діагностики та лікування мікрокристалічних артропатій:

- інформування лікарів первинної ланки щодо нозологічної структури мікрокристалічних артропатій;
- поглиблення вивчення і розроблення критеріїв діагностики різних варіантів мікрокристалічних артропатій.

На досить високому рівні залишається захворюваність і поширеність запальних артропатій, в тому числі анкілозивного спондиліту (хвороби Бехтерева) та дорсопатій.

Вважаємо важливим у лікуванні ревматичних захворювань суглобів проведення коригувальних операцій, у тому числі артрорезу та артропластики, які на відміну від ендопротезування не потребують значних фінансових витрат. Необхідне подальше відпрацювання лікарями-ревматологами та ортопедами-травматологами стандартизованих підходів до медикаментозного лікування, диспансерного поліклінічного та санаторно-курортного

етапів лікування пацієнтів з ревматичними захворюваннями суглобів.

Системні хвороби сполучної тканини і системні васкуліти — хвороби з аутоімунними та імунокомплексними механізмами розвитку, виявлення яких залишається складним. Недостатньо впроваджені у практику біохімічні та імунологічні методи діагностики, що призводить до помилок, особливо на ранніх стадіях захворювання.

Напрямки подальшого вдосконалення діагностики і лікування системних хвороб сполучної тканини та системних васкулітів:

- вдосконалення методів ранньої діагностики;
- забезпечення лікування лише в спеціалізованих центрах або відділеннях;
- використання методів інтенсивної терапії та еферентних методик для лікування аутоімунних кризів;
- вдосконалення програм імуномодулювальної терапії.

Отже, для вирішення актуальних проблем і подальшого розвитку ревматології в Україні необхідні координація діяльності ревматологів та усіх спеціалістів, хто має відношення до надання медичної допомоги хворим ревматичного профілю, забезпечення її поетапності на регіональному та державному рівнях, подальше розроблення та вдосконалення стандартів діагностики і лікування, а також уніфікація термінології та створення єдиної класифікації ревматичних хвороб.

ЛІТЕРАТУРА

Коваленко В.М. (2001) Сучасний стан ревматологічної служби в Україні. Укр. ревматол. журн., 3-4(5-6): 3-7.
Ревматичні хвороби в Україні: сучасний стан проблеми і надання медичної допомоги та шляхи покращання (2002) ВІПОЛ, Київ, 42 с.

СОСТОЯНИЕ РЕВМАТОЛОГИИ В УКРАИНЕ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И НАПРАВЛЕНИЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ

В.Н. Коваленко

Резюме. Проанализирована работа ревматологической службы МЗ Украины за последние 4 года. Дана характеристика современного состояния ревматологии в Украине. Отмечены достижения отрасли и проблемы, требующие решения, а также медико-социальные последствия основных ревматических заболеваний.

Ключевые слова: ревматические заболевания, ревматологическая служба в Украине.

THE STATE OF RHEUMATOLOGY IN UKRAINE: MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS AND THE WAYS OF FURTHER DEVELOPMENT

V.M. Kovalenko

Summary. The work of rheumatologic service of the Ministry of Health of Ukraine during the last 4 years is analysed. The current state of rheumatology in Ukraine is characterized, as well as the problems that needs solution and achievements. The data concerns medical and social consequences of the main rheumatic diseases are presented.

Key words: rheumatic diseases, rheumatological service of Ukraine.

Адреса для листування:

Коваленко Володимир Миколайович
03151, Київ, вул. Народного ополчення, 5
Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска
АМН України

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Дисбаланс выработки фактора роста сосудистого эндотелия и эндостатина у больных ревматоидным артритом

Nagashima M., Asano G., Yoshino S. (2000) Imbalance in production between vascular endothelial growth factor and endostatin in patients with rheumatoid arthritis. J. Rheumatol., 27(10): 2339-2342.

В периферической крови и синовиальной жидкости больных ревматоидным артритом (РА), остеоартритом и аритритом другой этиологии определяли уровень щелочного фактора роста фибробластов (щФРФ), фактора роста эндотелия сосудов (ФРЭС) и ингибитора ангиогенеза эндостатина (20 kD C-концевой фрагмент коллагена). Исследование проводили с помощью иммуноферментного анализа до, через 4-5 мес и по окончании курса лечения больных РА преднизолоном (5 мг/сут в сочетании с противоревматическими препаратами буцилламин или салазосульфопиридин). У больных РА уровень щФРФ и ФРЭС в периферической крови и синовиальной жидкости был выше, чем у больных без РА, а уровень эндостатина был сходен с их уровнем. После лечения уровень ФРЭС в периферической крови у больных РА резко снижался, а уровень эндостатина — повышался с $31,5 \pm 7,0$ до $57,1 \pm 22,8$ пкг/мл.

Моноклональные антитела D2E7 человека против фактора некроза опухоли α

Kempeni J. (2000) A fully human anti-tumour necrosis factor or monoclonal antibody. Ann. Rheum. Dis., 59(Suppl. 1): 44-45.

Охарактеризованы новые моноклональные антитела IgG1 человека против фактора некроза опу-

холи (ФНО)- α . Поскольку ФНО- α , очевидно, является патогенным фактором при развитии ревматоидного артрита, рассмотрена возможность применения моноклональных антител D2E7 при лечении больных артритом. Выявлена безопасность внутривенного и подкожного введения больным моноклональных антител D2E7 в течение 12 мес. У 50-57% пациентов отмечено снижение прогрессирования артрита.

Роль интерлейкина-1 и антагониста рецептора интерлейкина-1 в патогенезе ревматоидного артрита

Schiff M.H. (2000) Role of interleukin 1 and interleukin 1 receptor antagonist in the mediation of rheumatoid arthritis. Ann. Rheum. Diseases, 59(suppl. 1): 103-108.

Интерлейкину (ИЛ) -1, действующему через рецепторы ИЛ-1 (рИЛ-1) синовиальных и воспалительных клеток, отводится роль ключевого медиатора в патогенезе ревматоидного артрита (РА). ИЛ-1 опосредует резорбцию костной ткани и разрушение хряща, но может не участвовать в воспалительном процессе и в опухании суставов. Рандомизированные клинические испытания антагониста рИЛ-1 (арИЛ-1) проведены с участием 472 больных с острым РА. Введение арИЛ-1 подкожно в дозе 30, 75 или 150 мг/сут обусловило значительное улучшение состояния больных РА в течение 24 нед. Наиболее выраженный эффект получен при применении арИЛ-1 в дозе 150 мг/сут в течение 24 нед. Результаты последующих клинических исследований свидетельствуют о положительном эффекте использования арИЛ-1 с метотрексатом.