

Діагностика таких уражень становить труднощі і для клініцистів, і для гістологів. За даними літератури [1], осередки уражень у шкірі тулуба, кінцівок симулювали фіброму, плоскоклітинний рак, грибоподібний мікоз, фолікулярну лімфому, лімфогранулематоз, а у шкірі статевого члена — сифілітичний шанкр.

Діагноз є незаперечним лише тоді, коли в гістологічних препаратах виявляються частини кліща, тому слід вивчити весь матеріал, який надійшов для гістологічного дослідження і виготовити ступінчасті зрізи.

Наводимо власне спостереження.

Хвора Л., 49 років, хворіла протягом 3–4 років. Спочатку на передній поверхні правої половини грудної клітки в шкірі виникло пухлиноподібне підвищене утворення діаметром 1,0 см, поява якого супроводжувалася короткочасною болісністю і

свербінням. Проведено амбулаторне хірургічне видалення утворення. Матеріал надійшов для гістологічного дослідження з діагнозом фіброма шкіри.

Макроскопічно: шматочок шкіри з підшкірною клітковиною 1,5×1,25×1,0 см, в товщі якого вузлик заокругленої форми діаметром 1,0 см, відмежований тонкою щільною капсулою. На розрізі тканина вузлика сухувата, ущільнена, блідо-сірувата, крихтоподібна.

Гістологічне дослідження: шкіра з підшкірною клітковиною, в епідермісі — псевдоепітеліоматозна гіперплазія, у дермі — запальний набряк, що проникає в підшкірно-жирову клітковину. Інфільтрат складається з еозинофілів, плазматичних клітин, лімфоцитів, гістіоцитів, які оточують епідермальні інклюзивні кісти, що містять частини кліщів.

Висновок: специфічна запальна гранулема, спричинена укусом кліща.

Післяопераційний період сприятливий, хвора одужала.

Патологія, обумовлена контактом із кліщами, може бути пов'язана з тим, що вони є переносниками різних хвороботворних збудників (віруси, бактерії, спірохети, рикетсії, найпростіші) — це так звані інфіковані кліщі-переносники. У цих випадках може виникнути відповідне захворювання.

В умовах Одеси й області, де щороку реєструється кліщове ураження людей, правильна і своєчасна діагностика захворювання набуває особливого значення.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Авцын А. П. Местные и общие реакции на укусы паукообразных. Многоотомное рук. по патол. анатомии. — М.: Медицина, 1964. — Т. IX. — С. 769-772.
2. Лавер У. Ф. Гистопатология кожи — М.: Медицина, 1958. — С. 152-153.
3. Павловский Н. Е. Клеши // БМЭ — М.: Энциклопедия, 1982. — Т. XIII — С. 67-74.

УДК 616-002.77(477.74)

О. О. Якименко, Л. В. Закатова, Л. І. Данильченко,  
Г. Ф. Латишева, О. Є. Кравчук, В. В. Дець,  
Н. М. Антіпова, І. М. Долженкова, В. В. Василець

## ДИНАМІКА СТРУКТУРИ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗА 18 РОКІВ (1983–2001 рр.) В ОДЕСІ

Одеський державний медичний університет,  
Міська клінічна лікарня № 9 ім. проф. О. І. Мінакова, Одеса

Ревматичні захворювання (РЗ) — найбільш поширена патологія сучасності в усьому світі, яка є важливою медичною і соціальною проблемою [1; 2].

Ці захворювання суттєво знижують якість життя, призводять до великих витрат на

охорону здоров'я, негативно впливають на національну економіку (навіть таких країн, як США, Німеччина та ін.). Загальна захворюваність на РЗ у розвинених країнах, зокрема в США, вища, ніж в Україні, і останніми десятиріччями становить 15–20 % (37–50 млн

населення), тимчасом як кількість хворих на гіпертонічну хворобу становить 20 млн, а на цукровий діабет — 5 млн [2]. Така сама тенденція характерна й для європейських країн. У Німеччині, наприклад, на дегенеративно-дистрофічні ураження опорно-рухового апа-



рату страждає половина дорослого населення, на хронічний поліартрит — 800 тис. [1–3]. В Україні, за даними 2001 р., на РЗ страждають приблизно 10 % населення (більше ніж 4 млн), що значно нижче реального рівня [3].

Медична і соціально-економічна проблема РЗ в Україні (як і в усьому світі) зумовлена такими обставинами: РЗ посідають перше місце в структурі причин тимчасової непрацездатності серед інших захворювань, друге місце у структурі первинної інвалідності та третє — за поширеністю (після захворювань органів кровообігу та травлення) [4].

Такі форми РЗ, як ревматоїдний артрит (РА), системні захворювання сполучної тканини (СЗСТ), системні васкуліти (СВ), серонегативні спондилоартропатії, мікрокристалічні артрити, належать до найтяжчих хронічних захворювань, а фармакотерапія цих захворювань є однією з найскладніших проблем сучасної клінічної медицини [3; 5].

Ранні діагностика, патогенетично обгрунтоване лікування РЗ є важливими медичними проблемами, особливо зважаючи на те, що етіологія більшості РЗ не встановлена, попри значний прогрес у дослідженні їх патогенезу. Останнім часом суттєво змінилася структура РЗ, про що свідчать дані статистики, численні публікації з цього приводу [3–5].

### Матеріали та методи дослідження

Нами вивчено структуру РЗ у м. Одесі за даними міського ревматологічного центру ім. акад. М. О. Ясиновського, на базі якого працює кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії, за 18 років — з 1983 по 2001 рр. Діагноз РЗ встановлювався на підставі

сучасних стандартів діагностики, глибокого обстеження, яке містило біохімічні, імунологічні, серологічні, інструментальні методи (ЕХО-КГ, ультразвукова денситометрія, рентгенологічні та ін.).

### Результати дослідження та їх обговорення

Проаналізовано більш ніж 7000 історій хвороб. Встановлено значні зміни у структурі РЗ за 18 років (рис. 1). Так, зменшилася загальна кількість хворих на ревматизм (Р) на 30,8 % (53 % у 1983 р., 22,2 % — у 2001 р.) і хворих на РА — на 5,2 % (відповідно 23,6 і 18,4 %). Серед хворих на Р переважають форми з латентним, в'ялим перебігом. Кількість хворих з гострою ревматичною гарячкою серед загальної кількості пацієнтів з Р становила відповідно 2,8; 1,6; 0,5 % (тобто відзначалося зменшення частоти), а у 2003 р. не було зареєстровано жодного випадку. Збільшилася приблизно у 2,4 разу кількість хворих на остеоартроз (ОА) та остеохондроз (ОХ) (10 і 24,8 %) (див. рис. 1). Серед останніх зросла кількість пацієнтів з тяжкими ураженнями великих суглобів.

На рис. 2 подано динаміку частоти госпіталізації хворих на реактивні артрити (РеА),

хворобу Бехтерева (ХБ), псоріатичну артропатію (ПА) протягом 18 років. Відзначається значне збільшення (більше ніж у 4 рази) частоти госпіталізації хворих на РеА (2,7 і 11,2 %); ХБ (у 3,5 разу — 1,2 і 4,3 %); ПА (у 2 рази — 0,6 і 1,2 %).

Суттєво змінилася частота госпіталізації хворих на СЗСТ у цілому та за окремими нозолоформами (системний червоний вовчак (СЧВ), системна склеродермія (ССД), СВ, дерматополіміозит (ДПМ)). Так, збільшилася частота госпіталізації хворих на СЗСТ (4,2 і 5,9 %), при цьому у 1987–1988 рр. було відзначено зменшення частоти СЗСТ (2,4 %). Аналогічна ситуація зареєстрована щодо СЧВ — зменшення частоти госпіталізації у 1987–1991 рр. з подальшим збільшенням до 2001 р. Зросла кількість госпіталізованих хворих на ССД (0,6 і 0,9 %), і особливо (у 7 разів) на СВ (0,1 і 0,7 %), ДПМ — у 6 разів (0,1 і 0,6 %). Серед хворих на СЗСТ, особливо СЧВ і ДПМ, траплялися вкрай тяжкі форми захворювання, які потребували застосування пульс-терапії. Відзначено збільшення частоти рідкісних РЗ — хвороби Бехчета, Шегрена, системного хондриту, фасціїту.

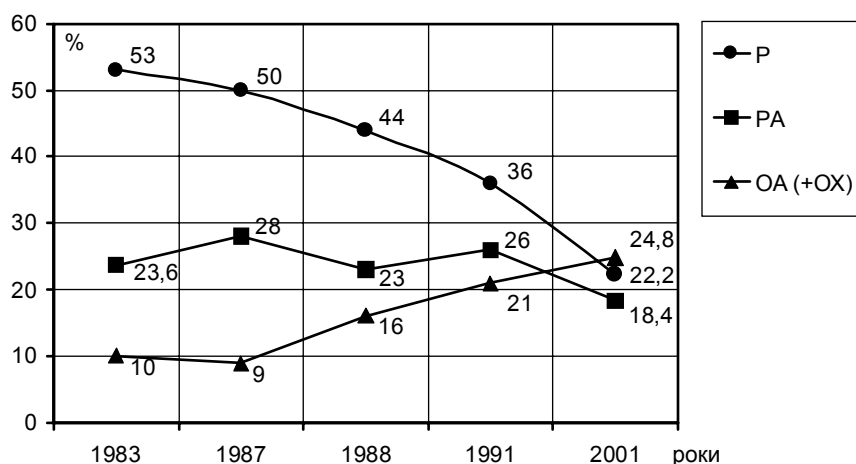


Рис. 1. Динаміка частоти госпіталізації хворих на ревматизм, ревматоїдний артрит, остеоартроз



## Висновки

Таким чином, структура РЗ у м. Одесі за 18 років змінилася. Найбільш поширеними у 2001 р. є ревматизм (22,2 %), остеоартроз і остеохондроз (24,8 %), ревматоїдний артрит (18,4 %), реактивний артрит (11,2 %). Відзначено зростання найбільш тяжкої групи РЗ — СЗСТ (на 1,7 %). Зареєстровані зміни свідчать про необхідність ранньої діагностики РЗ, вивчення можливих етіологічних факторів, подальшого удосконалення етапного лікування.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Насонова В. А., Фоломеева О. М. Медико-социальное значение XIII класса болезней для населения России // Науч.-практ. ревматология. — 2001. — № 1. — С. 7-11.
2. Коваленко В. М., Шуба Н. М. Ревматичні хвороби суглобів: меди-

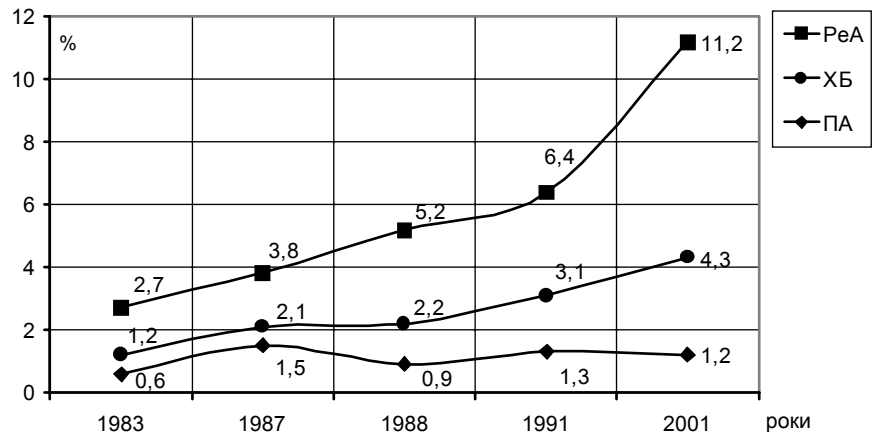


Рис. 2. Динаміка частоти госпіталізації хворих на реактивні артрити, хворобу Бехтерева, псоріатичну артропатію

ко-соціальні проблеми в Україні та шляхи їх вирішення // Укр. ревматол. журнал. — 2003. — № 3. — С. 3-7.

3. Шуба Н. М. Ревматичні хвороби: реальні можливості модифікації їх клінічного перебігу // Матер. укр. ревматол. школи. — К., 2003. — 232 с.

4. Итоги работы городского ревматологического центра г. Киева за 20 лет / Е. М. Амосова, С. Х. Тер-Вартанян, О. Б. Ярёмченко та ін.

// Укр. ревматол. журнал (додаток): Матер. III Нац. конгр. ревматологів України. — Дніпропетровськ, 2001. — С. 70.

5. Ревматичні хвороби в Україні: сучасний стан проблеми і надання медичної допомоги та шляхи покращання / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, Н. М. Шуба та ін. // Аналітично-статистичний довідник. — К., 2002. — 42 с.

