

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Юсупова Мастурахон Кахрамонжоновна*Андижанский техникум общественного здравоохранения имени Абу Али Ибн Сины,
Преподаватель*

Ревматоидный артрит (РА) - это хроническое воспалительное заболевание суставов неизвестной этиологии, которое имеет разнообразное клиническое течение и характеризуется прогрессирующей деструкцией синовиальных суставов, сопровождающееся деградацией хряща и кости, с возможным распространением вне костно-мышечной системы (кожный васкулит, вторичный синдром Шегрена, амилоидоз и др.).

Пик начала заболеваемости ревматоидным артритом приходится между 45 и 65 годами. Женщины подвержены этой болезни в 2-3 раза чаще, чем мужчины. Если своевременно не записаться на прием к врачу-ревматологу, то уже в первые 10 лет после начала заболевания можно стать полностью нетрудоспособным. Как показывает практика, более 40% пациентов получают инвалидность в первые 10 лет течения заболевания на фоне отсутствия грамотной терапии.

Иммунная система человека вырабатывает антитела (белки), которые борются с вирусами и бактериями, а также чужеродными веществами. При ревматоидном артрите происходит продуцирование антител против здоровых клеток и тканей организма. Их называют аутоантителами. Возникает воспалительный процесс внутри сустава, при котором синовиальная оболочка утолщается и становится более плотной (паннус), а сам сустав припухает. По мере роста «панусса» происходит деформация суставного хряща, что приводит к ослаблению связок, сухожилий и мышц, а в самых запущенных случаях к лизису (растворению) головок костей. На этом фоне кости, формирующие сустав, начинают деформироваться и разрушаться.

При тяжелых формах ревматоидного артрита на фоне неконтролируемого воспалительного процесса дистальные отделы костей начинают сближаться друг с другом и частично соединяются, вызывая так называемый анкилоз. Сустав теряет свою функцию, формируются стойкие деформации (их называют «лебединой шеей» и «бутоньеркой»), а также заметно ухудшается функциональная способность человека, влияющая на качество его жизни.

К основным причинам возникновения ревматоидного артрита можно отнести наследственную предрасположенность, а также наличие хронических инфекций в организме в стадии обострения (как вирусной, так и бактериальной этиологии). Спровоцировать болезнь могут различные окружающие факторы: стресс, интоксикация, гиперинсоляция (воздействие солнечных лучей),

переохлаждение, тяжелые инфекционные процессы, введение различных адьювантов (фильтров, установка силиконовых имплантов) и т.д.

Ревматоидный артрит наиболее часто протекает с симметричными артритами мелких суставов - чаще всего страдают суставы стоп и кистей. Также возможно поражение и крупных суставов. У пациента возникают боли, припухлость, отечность, покраснение, локальное повышение температуры и нарушение функций. Утром появляется ощущение скованности, а в течение дня - усталость, недомогание, а порой и повышение температуры тела до субфебрильных значений.

При ревматоидном артрите возможно повреждение внутренних органов человека (в диагнозе будет указано в разделе системные проявления) - почек, печени, селезенки, легких и плевры, кожи, периферической и центральной нервной системы. Самым благоприятным системным проявлением, не влияющим на функцию органов, являются ревматоидные узелки. Они могут локализоваться под кожей на разгибательных поверхностях суставов, а иногда даже в легких. Такая патология затрагивает примерно 25% от всех больных ревматоидным артритом, в особенности тех пациентов, у которых не достигается низкая активность или ремиссия ревматоидного артрита.

Еще одно наиболее частое проявление, которое выявляется примерно у трети пациентов с ревматоидным артритом, связано с поражением слизистых оболочек, чаще всего ротовой полости или глаз. Данное состояние именуется синдромом Шегрена. При выявлении у пациента иммунологических маркеров или наличии характерных изменений по биопсии малой слюнной железы, вместо синдрома, будет диагностирована болезнь Шегрена.

У пациентов с ревматоидным артритом возможно поражение сердца - перикардит (воспаление сердечной сумки). По имеющимся данным литературы в целом у всех людей с ревматоидным артритом вероятность возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы в 2 раза выше, чем у человека без данной болезни.

Наиболее частыми вариантами поражения системы кроветворения при ревматоидном артрите являются анемия хронического воспаления (около 25% случаев). Данный тип анемии характеризуется прогрессированием на фоне воспалительного процесса. Лечение такой анемии отдельно от ревматоидного артрита малоэффективно, потому что без купирования воспалительного процесса и подбора патогенетической терапии ревматоидного артрита анемия будет сохраняться вне зависимости от приема железа, фолиевой кислоты и переливаний крови.

Диагноз ревматоидного артрита может заподозрить как сам пациент, так и врач любой специальности, однако наверняка поставить данное заболевание и назначить корректную терапию может только врач-ревматолог. Основанием для постановки данного диагноза является комбинация нескольких из следующих характерных симптомов:

- наличие утренней скованности у пациента (на протяжении более 1 часа);

- отечность и припухлость суставов на протяжении более 6 недель;
- результаты лабораторных исследований: ускорение СОЭ, повышение титра С-реактивного белка, ревматоидного фактора, антител к циклическому цитрулиновому пептиду;
- результаты УЗИ и МРТ суставов (в случаях, когда эти исследования необходимы на ранних стадиях заболевания);
- рентгенография суставов.

Памятка пациенту: что взять на визит к врачу-ревматологу?

На первом приеме у ревматолога могут потребоваться данных предшествующих исследований.

- В особенности важно предоставить результаты оценок СОЭ и СРБ.
- Для первичной диагностики ревматоидного артрита необходимы результаты скорости оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора (РФ) и антител к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП).
- Для уточнения наличия противопоказаний для назначения терапии ревматоидного артрита необходимы результаты клинического анализа крови с развернутой лейкоцитарной формулой, биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, мочевина), общего анализа мочи.
- Также на прием предпочтительно взять результаты рентгенографии и сами рентгенограммы (снимки на любых видах носителей кроме бумажного) кистей и стоп, а также данные МРТ и УЗИ суставов, если они ранее выполнялись.

Если Вы не знаете какие исследования наверняка могут потребоваться ревматологу, то лучше взять то, что есть, чем столкнуться с проблемой, что исследования уже были выполнены, а их результаты лежат дома.

Обязательно сообщайте ревматологу о своих хронических заболеваниях, а также о терапии, которую вы получаете на регулярной основе. Если вы не помните какие препараты вы регулярно принимаете, то лучше выписать их названия и дозировки перед приходом к ревматологу, чтобы время приема было максимально эффективно потрачено на обсуждение вашего заболевания и возможности его лечения.

Врачи нашего ревматологического центра в Петербурге всегда готовы провести комплексную оценку предоставленных данных, так как некоторые сопутствующие заболевания напрямую влияют на возможность назначения той или иной терапии ревматоидного артрита.

Всем пациентам с подтвержденным диагнозом ревматоидный артрит необходимо регулярно наблюдать у лечиться ревматолога. Наиболее благоприятно течение заболевания у пациентов, которым был поставлен диагноз и назначена патогенетическая терапия в первые 6 месяцев от начала суставного синдрома. Задержка терапии на 12 и более месяцев значительно снижает вероятность благоприятного прогноза данного заболевания.

Лечение ревматоидного артрита происходит с назначением базисных противовоспалительных препаратов. К ним относятся: метотрексат («золотой стандарт» - препарат первой линии, имеющий наибольшую эффективность у большинства пациентов), сульфасалазин, лефлуномид). В редких случаях могут быть назначены гидроксихлорохин, азатиоприн и другие. Каждый из препаратов имеет свои показания и противопоказания, в чем индивидуально разберется специалист при их назначении. Препараты помогают купировать симптомы болезни (убрать боль, скованность и припухание), а также предотвратить структурное прогрессирование и как следствие деформации костей и потерю функции. Такая терапия положительно влияет на качество жизни человека и прогноз заболевания. Еще раз отметим, что любой противоревматический препарат можно принимать только по назначению врача-ревматолога.

Терапия базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) - довольно долгий процесс, например, некоторые пациенты принимают их пожизненно. Основная задача – это достижение и поддержание ремиссии, сохранение качества жизни и предотвращение формирования стойких деформаций суставов. В редких случаях на короткий период в варианте bridge-терапии (согласно клиническим рекомендациям не более 2 недель приема) могут быть назначены глюокортикоидные препараты (ГКС). Они обладают мощным и быстрым противовоспалительным эффектом, однако они только снимают симптомы, но не лечат само заболевание (иммунная система остаётся такой же агрессивной). Не менее важным является тот факт, что у ГКС существует огромное количество побочных эффектов (медикаментозный синдром Иценко-Кушинга, системный остеопороз, язвенная болезнь, ожирение, дестабилизация артериальной гипертензии, стероидная катаракта, сахарный диабет и другие).

В редких особо тяжелых случаях ранее проводились пульс-терапии, однако согласно имеющимся данным, эффект от данной терапии не долгосочтен, а основной целью лечения является назначение терапии, которое не имеет отсроченных побочных явлений, а также сможет гарантировать стойкий эффект.

Цель терапии при впервые выявленном ревматоидном артрите: оценить активность заболевания, подобрать базисную противовоспалительную терапию в зависимости от имеющихся данных инструментального и лабораторного обследования, сопутствующих заболеваний.

Оценка эффективности терапии при впервые выявленном ревматоидном артрите проводится не ранее, чем через 3 месяца от начала любой терапии БПВП (иммунной системе нужно время на стабилизацию). Пациент может почувствовать эффект намного раньше, но окончательный эффект от терапии можно оценить только через 3 месяца.

В случае непереносимости или неэффективности БПВП ревматолог может принять решение о назначении генно-инженерных биологических препаратов

(ГИБП). Эффективность такой терапии, а также её длительность также определяется врачом.

Разработка новых молекул ведется многими фармацевтическими компаниями с целью расширения доступа к генно-инженерной биологической терапии. Более того, ГИБП могут постепенно терять свою эффективность, в связи с чем пациентам требуется смена терапии. Чем больше препаратов есть в доступе у врачей-ревматологов, тем выше шанс подбора оптимальной терапии для пациентов с ревматоидным артритом.

Цель терапии у пациентов с длительно текущим ревматоидным артритом: оценить активность заболевания, оценить эффективность базисной противовоспалительной терапии, сменить терапию в случае неэффективности ранее проводимой терапии в зависимости от имеющихся данных инструментального и лабораторного обследования, сопутствующих заболеваний.

В ситуации если терапия эффективна, у пациента нет жалоб, а результаты анализов воспалительной активности (СОЭ и СРБ) в норме, врач-ревматолог может принять решение о коррекции (снижении) дозировки БПВП.

NB: концентрация (титр) анализов ревматоидного фактора (РФ) и антител к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП) не является маркером активности заболевания! Повышение или снижение показателей не говорит о положительной или отрицательной динамике. На основании результатов этих обследований решение о коррекции терапии не принимаются.

Оценка эффективности терапии при длительно текущем ревматоидном артрите проводится 1 раз в 3 месяца на фоне любой терапии БПВП. В случае возникновения обострения суставного синдрома необходимо внепланово обратиться к врачу.

Помимо медикаментозного лечения ревматоидного артрита пациент должен выполнять комплекс определенных физических упражнений (ЛФК): сперва под присмотром инструктора, а затем самостоятельно дома. Также ему могут быть назначены физиотерапевтические процедуры и массаж, чтобы снять остаточные симптомы. Проведение физиотерапевтического лечения не рекомендуется в период обострения, так как может только усилить имеющиеся симптомы. Стоит отметить, что физиотерапия и ЛФК не лечит заболевание (не влияет на агрессию иммунной системы), а только снижает интенсивность имеющихся симптомов.

В случаях, когда избежать деформации суставов не удалось, пациенту может быть предложено оперативное вмешательство, направленное на восстановление функций пораженных суставов. К ряду таких манипуляций относятся синовэктомия, эндопротезирование, реконструктивные операции на костях, связках и сухожилиях.

Литература:

1. Игнатьев В. К. Ревматоидный артрит. — Петрозаводск, 1997 (в соавторстве)
2. Клиническая ревматология (руководство для врачей) / (ред.) чл.-корр. РАМН проф. В. И. Мазуров. — 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: ООО "Издательство ФОЛИАНТ", 2005. — 520 с. — ISBN 5-93929-127-9.
3. Детские болезни. Баранов А. А. // 2002.