

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., профессор Демко И. В.

Проверил: к.м.н., доцент Павлова Н.Ю.

РЕФЕРАТ

Принципы диагностика и лечения ревматоидного артрита

Выполнил:

ординатор 2 года обучения

специальности «ОВП»

Курова Марина Витальевна

Красноярск, 2024

Содержание

АКТУАЛЬНОСТЬ.....	3
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.....	4
ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ.....	4
ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ.....	5
ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.....	5
ОСОБЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ	
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА.....	6
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ.....	8
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ.....	9
ЛЕЧЕНИЕ.....	9
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	9
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	13
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	13

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ревматоидный артрит (РА) - иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание, характеризующееся прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов, развитие которого определяется сложным взаимодействием факторов внешней среды и генетической предрасположенности, ведущих к глобальным нарушениям в системе гуморального и клеточного иммунитета. Гетерогенность патогенетических механизмов РА находит свое отражение в существовании широкого спектра фенотипов и эндотипов заболевания, что позволяет рассматривать его не как «одну болезнь», а как клинико-иммунологический синдром.

При отсутствии эффективной терапии продолжительность жизни у больных РА ниже на 3 года у женщин и на 7 лет у мужчин, в первую очередь за счет высокого риска развития коморбидных заболеваний - кардиоваскулярной патологии, остеопороза, тяжелых инфекций, интерстициального заболевания легких, онкологических заболеваний. У многих пациентов с РА жизненный прогноз столь же неблагоприятен, как и при лимфогранулематозе, сахарном диабете 2-го типа, трехсосудистом поражении коронарных артерий и инсульте. РА вызывает стойкую потерю нетрудоспособности у половины пациентов в течение первых 3-5 лет от начала болезни, а через 20 лет треть пациентов **становятся полными инвалидами.**

РА является частым и одним из наиболее тяжелых иммуновоспалительных заболеваний человека, что определяет большое медицинское и социально-экономическое значение этой патологии. *Распространённость РА среди взрослого населения в разных географических зонах мира колеблется от 0,5 до 2%.* По данным официальной статистики, в 2017 году в России зарегистрировано более 300 тысяч пациентов с РА, в то время как по данным Российского эпидемиологического исследования РА страдает около 0,6% от общей популяции. Соотношение женщин к мужчинам — 3:1. Заболевание встречается во всех возрастных группах, но пик заболеваемости приходится на наиболее трудоспособный возраст - 40-55 лет. РА вызывает стойкую потерю трудоспособности у половины пациентов в течение первых 3-5 лет от начала болезни и приводит к существенному сокращению продолжительности их жизни, как за счет высокой частоты коморбидных заболеваний, в первую очередь инфекционных осложнений, так и характерных для РА внесуставных (системные) проявлений (ВП) и осложнений, связанных с системным иммуновоспалительным процессом - ревматоидный васкулит, АА, амилоидоз и др.

Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Серопозитивный ревматоидный артрит (M05)

M05.0 Синдром Фелти

M05.1 - Ревматоидная болезнь легкого (199.0)

M05.2 - Ревматоидный васкулит

M05.3 - Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем

M05.8 - Другие серопозитивные ревматоидные артриты

M05.9 - Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный

Другие ревматоидные артриты (M06)

M06.0 - Серонегативный ревматоидный артрит

M06.1 - Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых

M06.2 - Ревматоидный бурсит

M06.3 - Ревматоидный узелок

M06.4 - Воспалительная полиартропатия

M06.8 - Другие уточненные ревматоидные артриты

M06.9 - Ревматоидный артрит неуточненный

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Примерно в половине случаев заболевание начинается с постепенного (в течение месяцев) нарастания *болей и скованности преимущественно в мелких суставах кистей и стоп*. В дебюте заболевания клинические проявления бывают выражены умеренно и часто носят субъективный характер. Только у некоторых больных с очень активным течением заболевания выявляют классические признаки воспаления суставов, такие как **повышение температуры кожи над суставами и их отек (чаще коленных, реже — проксимальных межфаланговых и запястья)**. Иногда заболевание дебютирует как **острый моноартрит** крупных суставов, напоминающий септический или микрокристаллический артрит.

Болезнь может начинаться с *рецидивирующих бурситов и тендосиновитов*, особенно часто локализующихся в области лучезапястных суставов, приводя к развитию синдрома запястного канала.

У лиц пожилого возраста начало заболевания может проявиться в виде острого полиартрита мелких и крупных суставов с генерализованной полиартралгией или симптомов, напоминающих ревматическую полимиалгию.

Для большинства пациентов *характерно симметричное поражение суставов кистей* (проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых и лучезапястных), а также плюснефаланговых суставов.

Наиболее частый и характерный признак воспаления синовиальной оболочки суставов при РА — утренняя скованность. Ее длительность обычно тесно связана с выраженностью синовита и составляет не менее 1 ч.

Наиболее частыми системными (эксраартикулярными) проявления РА являются конституциональные симптомы (особенно депрессия), сердечно-сосудистые осложнения, связанные с артериальной гипертензией и атеросклеротическим поражением сосудов, интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ), ревматоидные узелки, лимфаденопатия, остеопороз, синдром Шегрена, которые ассоциируется с развитием тяжелого серопозитивного по РФ и АЦБ РА.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

Приложение Г 1. Классификационные критерии РА (ACR/EULAR[19])

Критерий	Баллы
А. Клинические признаки поражения суставов (припухлость и/или болезненность при объективном исследовании) (0-5 баллов)	0
- 1 крупный сустав	1
- 2-10 крупных суставов	2
- 1-3 мелких сустава (крупные суставы не учитываются)	3
- 4-10 мелких суставов (крупные суставы не учитываются)	4
- >10 суставов (как минимум 1 мелкий сустав)	5
В. Результаты лабораторных методов определения РФ и АЦЦП (0-3 балла, требуется положительный результат как минимум 1 метода)	0
- Отрицательные	0
- Слабо положительные для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы, но не более, чем в 3 раза)	1
- Высоко положительные для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы более чем в 3 раза)	2
С. Результаты лабораторных методов определения «острофазовых» показателей (0-1 балл, требуется положительный результат как минимум 1 метода)	0
• Нормальные значения СОЭ и СРБ	0
• Повышение СОЭ или СРБ	1
Д. Длительность артрита (0-1 балл)	0
<6 недель	0
>6 недель	1

Для того чтобы поставить диагноз РА необходимо выполнить три условия:

1. Определить наличие у пациента хотя бы одного припухшего сустава по данным физикального осмотра.
2. Исключить другие заболевания, которые могут сопровождаться воспалительными изменениями суставов.
3. Набрать как минимум 6 баллов из 10 возможных по 4 позициям, описывающим особенности картины болезни у данного пациента.

Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза рекомендуется у всех пациентов с подозрением на РА уточнять продолжительность симптомов артрита, длительность утренней скованности, наличие суточного ритма боли в суставах, стойкость признаков поражения суставов.

- наиболее ярким признаком воспаления суставов при РА является утренняя скованность, длительность которой обычно коррелирует с выраженностью синовита и составляет не менее 1 часа;

- у значительной части пациентов РА дебютирует с нехарактерных клинических проявлений, в связи с чем, диагноз по существующим критериям не может быть установлен при первичном обследовании. Такое состояние обычно классифицируется как недифференцированный артрит (НДА). Среди пациентов с НДА в течение 1 года наблюдения не менее 30% развивает типичный РА.

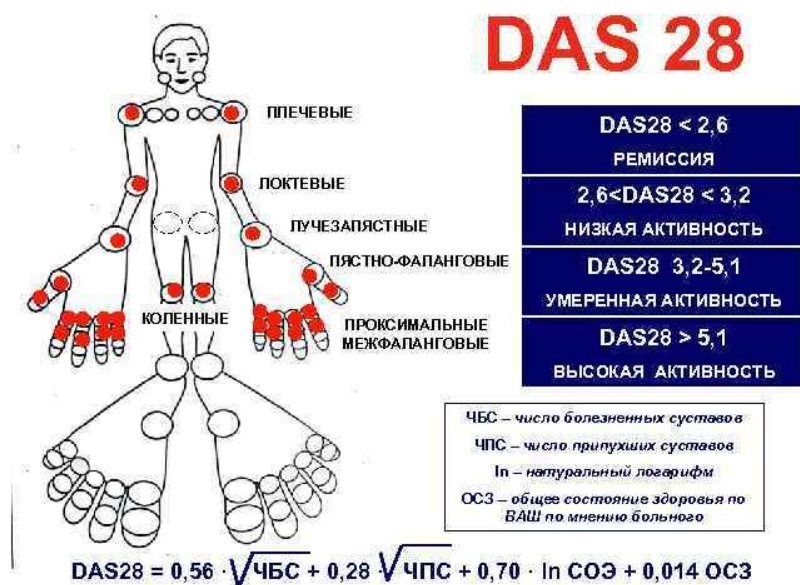
Физикальное обследование

При проведении физикального обследования суставов у всех пациентов с НДА или РА рекомендуется оценивать:

- Припухлость суставов и локальную гипертермию кожи
 - Болезненность суставов при пальпации и движении
 - Объем активных и пассивных движений в суставах
 - Наличие деформаций суставов за счет пролиферации тканей, подвывихов и контрактур
- Характерным для РА считается **симметричное полиартикулярное воспаление ПФС и ПМФС кистей, лучезапястных суставов**. В ряде случаев поначалу превалирует поражение ПЛФС или крупных суставов

При проведении физикального обследования у всех пациентов с подозрением на РА и установленным диагнозом РА рекомендуется оценивать наличие и выраженность ВП. ВП встречаются почти у 50% больных РА.

К ВП РА относят: ревматоидные узелки, васкулит, плеврит, перикардит, нейропатию, поражение глаз, почек, синдром Шегрена, ИЗЛ. Развитие ВП считают фактором риска неблагоприятного прогноза в связи с увеличением показателя смертности



Особые клинические формы

Синдром Фелти — очень редкая (1%) клиническая форма длительно протекающего серопозитивного РА, чаще встречается у женщин (соотношение женщин и мужчин 3:1) старше 40—50 лет. Симптомокомплекс включает стойкую гранулоцитопению ($<2000/\text{мм}^3$), спленомегалию, гепатомегалию, тяжёлое поражение суставов, внесуставные проявления (васкулит, нейропатия, лёгочный фиброз, синдром Шёгрена), гиперпигментацию кожи нижних конечностей, сопровождается высоким риском инфекционных осложнений.

Болезнь Стилла взрослых - заболевание, характеризующееся рецидивирующей фебрильной лихорадкой, артритом, нейтрофильным лейкоцитозом, макулопапулёзной сыпью, высокой лабораторной активностью, серонегативностью по РФ и АЦЦП.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Положительные результаты определения *IgM РФ и АЦЦП* в сыворотке крови входят в число классификационных критериев РА;

- определение содержания РФ в крови в высоких титрах служит для прогнозирования быстро прогрессирующего деструктивного поражения суставов и развития внесуставных проявлений при РА;

- определение АЦЦП имеет большое значение для диагностики раннего РА, серонегативного (по РФ) РА, дифференциальной диагностики РА с другими заболеваниями, прогнозирования тяжелого эрозивного поражения суставов и риска кардиоваскулярных осложнений;

Общий (клинический) анализ крови развернутый и исследование уровня СРБ в сыворотке крови количественным методом рекомендуется всем пациентам с НДА и РА с целью проведения дифференциальной диагностики с невоспалительными заболеваниями суставов и оценки активности воспаления. Повышение СОЭ и концентрации СРБ отражает локальный и системный воспалительный процесс при РА.

Исследование синовиальной жидкости для пациентов с РА характерно снижение вязкости синовиальной жидкости, рыхлые муциновые сгустки, зернистый осадок, цитоз ($3,0-75,0 \times 10^9/\text{л}$), преобладание полиморфно-ядерных нейтрофилов (до 85%), повышение уровня общего белка (30-60 мг/л), увеличение уровня глюкозы (1,0-2,0 ммоль/л), уровня СРБ и РФ.

Определение содержания **антинуклеарных антител к Sm-антигену (антител к Ro/SS-A и La/SS-B)** целесообразно для диагностики первичного или вторичного синдрома Шегрена

Приложение Г2. Определение активности РА

Приложение Г2.1 Индекс DAS28

Название на русском языке: индекс активности РА, включающий 28 суставов

Оригинальное название (если есть): DAS28 (Desease activity score)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией) [21].

Тип: уравнение

Назначение: оценка активности РА

Содержание: $DAS28 = (0,56 \text{ (ЧБС)}) + (0,28 \text{ (ЧПС)}) + (0,70 \ln(\text{СОЭ})) + (0,014 \text{ООСЗ})$

где ЧБС – число болезненных суставов, ЧПС – число припухших суставов из следующих 28: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные, которые поражаются при РА в первую очередь и хорошо доступны для объективного исследования.

СОЭ – скорость оседания эритроцитов по методу Вестергрена,

ООСЗ – общая оценка пациентом состояния здоровья в мм по 100 миллиметровой визуальной аналоговой шкале

Ключ (интерпретация):

- Ремиссия – $DAS28 < 2.6$
- Низкая активность - $2,6 \leq DAS28 \leq 3,2$
- Умеренная активность – $3,2 < DAS28 \leq 5,1$
- Высокая активность – $DAS28 > 5.1$

Общепризнанный метод оценки эффективности терапии РА основан на оценке исходного индекса DAS28 и динамики этого показателя на фоне терапии (критерии EULAR)

Конечное значение DAS28	Уменьшение DAS28		
	>1.2	0.6<1.2	<0.6
<3.2	Хороший эффект	Удовлетворительный эффект	Нет эффекта
3.2-5.1	Удовлетворительный эффект	Удовлетворительный эффект	Нет эффекта
>5.1	Удовлетворительный эффект	Нет эффекта	Нет эффекта

Приложение Г2.2 Индекс CDAI

Название на русском языке: клинический индекс активности болезни

Оригинальное название (если есть): CDAI (Clinical Disease Activity Index)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией) [21].

Тип: уравнение

Назначение: оценка активности РА

Содержание: $CDAI = ЧПС + ЧБС + ООАВ + ООЗБ$, где ЧБС – число болезненных суставов, ЧПС – число припухших суставов, ООАВ – общая оценка активности врачом по ВАШ (см), ООЗБ – общая оценка заболевания больным по ВАШ (см)

Ключ (интерпретация):

- Ремиссия: ≤ 2.8
- Низкая активность: 2.8 – 10
- Умеренная активность: 10 - 22
- Высокая активность: > 22

Оценка эффективности терапии по индексу CDAI:

- Удовлетворительный эффект - снижение CDAI на 7 баллов
- Хороший эффект - снижение CDAI на 15 баллов

Инструментальные методы диагностики

Рентгенография кистей и рентгенография плюсны и фаланг пальцев стопы рекомендуется проводить исходно при установлении диагноза и далее всем пациентам с развернутой стадией РА каждые 12 месяцев с целью оценки прогрессирования деструкции суставов, с поздней стадией РА рекомендуется назначать при наличии клинических показаний

При подозрении на остеонекроз, септический артрит, перелом, новообразование рекомендуется проведение *рентгенографии плечевого сустава, рентгенография локтевого сустава, рентгенография таза, рентгенография коленного сустава, рентгенография голеностопного сустава.*

Прицельную рентгенографию органов грудной клетки рекомендуется проводить всем пациентам с РА с целью выявления ревматоидного поражения органов дыхания и сопутствующих заболеваний лёгких при первичном обследовании

Компьютерная томография (КТ) органов грудной полости с целью уточнения характера изменений (интерстициальное или очагового (ревматоидные узлы) поражение лёгких) и проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями *МРТ суставов кистей* для выявления синовита с целью подтверждения диагноза в сложных клинических ситуациях.

- изменения, выявляемые с помощью МРТ (синовит, теносиновит, остеоит и эрозии костной ткани), позволяют прогнозировать прогрессирование деструкции суставов.

УЗИ суставов кистей и стоп с использованием УЗИ (энергетический доплер) рекомендуется назначать как дополнительный метод мониторинга активности заболевания и эффективности проводимой терапии

Дополнительные методы диагностики

ФГДС для пациентов получающим НПВП и/или ГК, наличии анемии с целью исключения эрозивно-язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки

ЭхоКГ рекомендуется проводить пациентам с РА при подозрении на перикардит, миокардит легочную артериальную гипертензию, поражения сердца, связанных с атеросклерозом

Рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и шейки бедра рекомендуется всем пациентам с РА каждые 12 месяцев при наличии следующих показаний:

- возраст старше 50 лет для женщин и 60 лет для мужчин;
- ранняя менопауза у женщин
- высокая активность заболевания (стойкое увеличение СРВ более 20 мг/л);
- рентгенологическая стадия Ш-1У по Штейнбрökerу или значение индекса НАР более 1,25;
- масса тела менее 60 кг;
- прием ГК (более 3х месяцев в дозе более 5 мг/сут).

ЛЕЧЕНИЕ

Целью лечения является достижение стойкой клинической ремиссии или (альтернативная цель) как минимум стойко низкой активности болезни, что обеспечивает стабилизацию функциональных возможностей пациента, сохранение качества жизни и трудоспособности.

Современная стратегия лечения РА строится по принципам **«Лечения до достижения цели»** (“*Treat to target*”) и подразумевает активное назначение противовоспалительной терапии с момента установления диагноза, частый (как минимум каждые 3 мес. до достижения ремиссии, каждые 6 мес. после достижения ремиссии) и объективный (с применением количественных методов) контроль над состоянием пациента, изменение схемы лечения при отсутствии достаточного ответа на терапию вплоть до достижения целей лечения, после чего постоянное динамическое наблюдение

Принципы лечения

1. Как только больному устанавливается диагноз РА, ему сразу должно быть назначено лечение синтетическим БПВП.

2. Цель лечения – как можно более быстрое достижение ремиссии или низкой активности болезни у каждого пациента. Если эта цель не достигается, необходим подбор терапии путем ее частого мониторинга (каждые 1–3 мес.).

3. Метотрексат должен быть частью первой стратегической схемы лечения у больных активным РА.
4. В случае противопоказаний к назначению метотрексата (или его непереносимости) следующие БПВП должны обсуждаться в качестве (первой) стратегии лечения: сульфасалазин, лефлуномид и соли золота (инъекции).
5. Для больных, ранее не получавших БПВП, рекомендуется монотерапия, а не комбинированная терапия синтетическими БПВП.
6. ГК могут быть полезны в качестве первоначального метода терапии (кратковременного) в комбинации с синтетическим БПВП.
7. Если после первоначального назначения БПВП цель терапии не достигнута, то при наличии факторов неблагоприятного прогноза (положительные тесты на ревматоидный фактор и антицитруллиновые антитела, раннее появление эрозий, быстрое прогрессирование, высокая активность болезни) должно быть обсуждено добавление ГИБП, а при отсутствии факторов неблагоприятного прогноза – переключение на другой синтетический БПВП.
8. Больным, недостаточно отвечающим на метотрексат и/или другие синтетические БПВП, должны быть назначены ГИБП. Текущая практика состоит в назначении ингибитора ФНО- α , который должен комбинироваться с метотрексатом.
9. При неудаче (неэффективности или непереносимости) терапии первым ингибитором ФНО пациенту должен быть назначен второй ингибитор ФНО, абатацепт, ритуксимаб или тоцилизумаб.
10. При рефрактерном тяжелом РА либо при наличии противопоказаний к ГИБП или указанным ранее синтетическим БПВП может обсуждаться назначение следующих препаратов в монотерапии или комбинации с вышеуказанными средствами: азатиоприн, циклоспорин А, циклофосфамид.
11. Стратегии интенсивного лечения должны применяться у каждого пациента, в первую очередь у больных с неблагоприятными прогностическими факторами.
12. Если у больного стойкая ремиссия, то доза ГК должна быть снижена, возможно обсуждение снижения дозы ГИБП, особенно если эта терапия комбинируется с синтетическим БПВП.
13. В случае длительной устойчивой ремиссии может быть обсуждено осторожное титрование дозы БПВП как общее решение врача и пациента.
14. У пациентов, имеющих факторы неблагоприятного прогноза и ранее не получавших БПВП, может быть обсуждено назначение метотрексата в комбинации с ГИБП (в качестве первой схемы лечения).
15. При подборе терапии, кроме активности болезни, должны учитываться такие факторы, как прогрессирование рентгенологических изменений, сопутствующие заболевания и соображения безопасности лечения.

В клинических рекомендациях EULAR по лечению РА делается акцент на максимально раннее начало терапии сильнодействующими медикаментозными средствами, такими как метотрексат и ГИБП. При этом для пациентов, имеющих серьезный прогноз, признается возможным использование комбинации метотрексата и ГИБП в качестве первой схемы патогенетической терапии.

Медикаментозная терапия является главным методом лечения ревматоидного артрита. Это единственный способ, позволяющий затормозить развитие воспалительного процесса и сохранить подвижность в суставах. Все другие методики лечения – физиотерапия, диета, лечебная физкультура – вспомогательные и без медикаментозного лечения не способны существенно повлиять на течение болезни.

Основная цель лечения – замедлить и, возможно, остановить прогрессирование болезни, сохранить функцию суставов и улучшить качество жизни пациента. Для этого необходимо подавить воспалительный процесс, снять боль, предупредить обострения и осложнения. При условии ранней диагностики и раннего начала медикаментозной терапии современными противоревматическими препаратами более чем у 50% пациентов удается добиться клинической ремиссии, то есть состояния, когда активное воспаление в суставах отсутствует, а пациент чувствует себя практически здоровым. В то же время ревматоидный артрит – хроническое заболевание, склонное к обострениям, поэтому для поддержания достигнутого успеха требуется длительная терапия поддерживающими дозами лекарств, а вопрос о возможности полного излечения до сих пор остается открытым.

Основные лекарства для лечения РА – базисные противовоспалительные препараты. К ним относят большое число разнообразных по химической структуре и фармакологическим свойствам лекарственных средств, таких как, метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин и т.д. Их объединяет способность в большей или меньшей степени и за счет различных механизмов подавлять воспаление и/или патологическую активацию системы иммунитета.

Наиболее активный базисный противовоспалительный препарат – метотрексат, с него обычно начинается терапия ревматоидного артрита. Генно-инженерные биологические препараты, как правило, добавляются к метотрексату при недостаточной эффективности. Лечебное действие метотрексата** развивается медленно (за 1,5-2 месяца и дольше), но зато является очень стойким. Максимальное улучшение достигается обычно к шестому месяцу лечения, хороший клинический эффект наблюдается у 60-70% пациентов. Для улучшения переносимости лечения или более быстрого достижения эффекта рекомендуется применение подкожной лекарственной формы метотрексата. На фоне лечения метотрексатом обязателен прием фолиевой кислоты не менее 5 мг в неделю, не ранее чем через сутки после приема метотрексата.

При наличии противопоказаний для применения метотрексата или плохой переносимости лечения, возможно назначение лефлуномида или сульфасалазина.

Современным методом лечения ревматоидного артрита является применение так генно-инженерных биологических препаратов и *таргетных синтетических базисных противовоспалительных препаратов*. Генно-инженерные биологические препараты (не путать с биологически активными добавками) – это белковые молекулы, получаемые с использованием сложнейших биотехнологий, которые избирательно подавляют активность веществ (медиаторов), участвующие в развитии хронического воспаления. В России для лечения ревматоидного артрита зарегистрировано несколько генно-инженерных биологических препаратов: инфликсимаб**, адалимумаб**, этанерцепт**, голимумаб**, цертолизумаба пэгол, абатацепт**, тоцилизумаб**, ритуксимаб**. ГИБП применяются в виде подкожных инъекций или внутривенных вливаний. В настоящее время все шире применяются таргетные синтетические базисные противовоспалительные

препараты, ингибирующие активность Янус киназы (тофацитиниб, барицитиниб, упадацитиниб), которые назначаются в виде таблеток, но по действию они близки к генно-инженерным биологическим препаратам.

Быстрый противовоспалительный эффект могут давать **глюкокортикоидные гормоны**. Обычно такие препараты (преднизолон или метилпреднизолон) назначают при высокой активности болезни в низких дозах (не более 2 таблеток в день), с последующим снижением дозы до 1 или менее таблеток, или полностью отменяют при достижении эффекта. Существует мнение о том, что глюкокортикоидная гормональная терапия опасна, но оно в целом не обосновано. В то же время глюкокортикоидные гормоны требуют очень грамотного обращения (например, нельзя быстро отменять препарат), поэтому решение о назначении гормональной терапии принимается индивидуально у каждого пациента. При очень высокой активности болезни может применяться пульс-терапия (введение высокой дозы гормонов внутривенно) для снятия обострения.

Нестероидные противовоспалительные препараты представляют собой важный компонент лечения ревматоидного артрита. Наиболее часто применяются диклофенак, нимесулид, мелоксикам, кетопрофен, целекоксиб для уменьшения боли и скованности в суставах. НПВП назначаются на раннем этапе болезни, когда эффект от лечения базисными противовоспалительными препаратами еще не успел развиваться и необходимо контролировать симптомы, чтобы дать пациенту возможность двигаться, работать, обслуживать себя. После того, как достигнуто полноценное улучшение на фоне терапии базисными противовоспалительными препаратами, НПВП многим пациентам отменяют. В то же время значительное число пациентов, особенно с тяжелой стадией ревматоидного артрита, вынуждены продолжать лечение НПВП длительно из-за постоянной боли.

Препарат	Рекомендации по применению	Стандартные дозировки	Обычные сроки развития клинического эффекта	Примечания
Препараты первого ряда				
Метотрексат	Активный ревматоидный артрит, любые формы	7,5–25 мг в неделю	6–12 нед	Рекомендуется сочетать с фолиевой кислотой 1–5 мг/сут
Лефлуномид	Активный ревматоидный артрит, любые формы	20 мг/сут	4–8 нед	Может применяться начальная «ударная» доза 100 мг/сут в течение 3 дней
Сульфасалазин	Ревматоидный артрит с умеренной активностью, преимущественно без системных проявлений	1–2 г/сут	8–12 нед	Назначаются с постепенным повышением дозы по 0,5 г в неделю до 2 г/сут
Препараты второго ряда				
Гидрохлорохин	Ревматоидный артрит с низкой активностью	200–400 мг/сут	3–6 мес	Сейчас редко применяется для монотерапии
Соли золота для парентерального применения	Ревматоидный артрит без системных проявлений	50 мг в неделю	3–6 мес	Препараты недоступны в России
Азатиоприн	Активный ревматоидный артрит	50–150 мг/сут	8–12 нед	Препараты недоступны в России
Циклоспорин А	Активный ревматоидный артрит	3–5 мг/кг/сут	4–6 нед	Требует контроля функции почек
Циклофосфамид	Ревматоидный артрит с системными проявлениями	50–100 мг/сут внутрь; 500–1000 мг в неделю в/в	4–8 нед	Применяется преимущественно парентерально при васкулите
Хлорамбуцил	Ревматоидный артрит с системными проявлениями	4–10 мг/сут	6–8 нед	Применяется редко в связи с гематологическими осложнениями
D-пеницилламин	Ревматоидный артрит без системных проявлений	150–1000 мг/сут	3–6 мес	Высокая частота нежелательных реакций

Заключение

Ревматоидный артрит наиболее сложное и тяжелое заболевание суставов, отличающееся многообразием клинических проявлений. В связи с этим необходимо знать симптомы, лабораторные и инструментальные признаки болезни, что поможет оценить значение различных диагностических признаков и начать лечение.

Следует отметить, что лечение больных РА до настоящего времени представляет сложную задачу. Хроническое прогрессирующее, нередко инвалидизирующее течение заболевания создает множество социальных и психологических проблем, выключает больного человека из трудовой общественной деятельности. Поэтому в настоящее время нельзя, рассматривая вопросы лечения больных РА, отрывать их от вопросов реабилитации. Считаю, что наравне с методами медицинской реабилитации (фармакотерапия, ЛФК, физиотерапия, курортные факторы, хирургическое лечение и т.д.), очень важны психологические аспекты реабилитации. Отмечено, что больным РА свойственны: высокий уровень тревоги, частые депрессивные реакции, чувство неудовлетворенности своим положением в обществе, семье оценка будущего в пессимистических тонах. По мнению К. Темпска-Цирановича и соавт., особенно остро эта проблема стоит для молодых женщин. Болезнь накладывает свой отпечаток на личность больного, заостряет некоторые характерологические черты, делающие больного несколько обособленным, неуживчивым, что ведет, как правило, к конфликтным ситуациям в быту, на работе. В задачу психологической реабилитации входит коррекция этих нежелательных личностных тенденций. Задача весьма сложная и не менее важная, чем другие аспекты реабилитации. Безусловно, она посильна лишь врачу, который способен разбираться в психологии больного и имеет навыки психокоррекционной работы. Наиболее оптимальным здесь является содружественная работа ревматолога и психолога. Кроме того существуют социальные и трудовые аспекты реабилитации.

Как видно, проблема реабилитации больных РА — проблема комплексная; в решении ее большая роль принадлежит не только медикам-ревматологам, хирургам, физиотерапевтам и др., но и трудотерапевтам, психологам, социологам и т.д., усилия которых должны быть сконцентрированы в реабилитационных центрах. Отсутствие подобных центров не дает права ревматологу не уделять внимания различным немедицинским аспектам реабилитации, в которых ревматолог может и должен проявлять достаточную компетенцию.

Список используемой литературы

1. Клинические рекомендации МЗ РФ «Ревматоидный артрит», 2024
2. Ревматология: национальное руководство. / Под ред. Е.Л. Насонова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 720 с.
3. Каратеев, Д. Е. Ревматоидный артрит / Д. Е. Каратеев. Москва, 2020. 59 с.
4. Насонов Е.Л., Мазуров В.И., Каратеев Д.Е. и др. Проект рекомендаций по лечению ревматоидного артрита Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» (часть 1). Научно-практ. ревматология. 2019;54(5):477–493.
5. Регистрационное удостоверение П N015225/03 (дата регистрации 07.10.2008, дата переоформления 10.08.2018) лекарственного препарата Метотрекат-Эбеве (метотрекат), раствор для инъекций, 10 мг/мл, Эбеве Фарма Гес.м.б.Х. Нфг. КГ