

Ревматоидный артрит

Доцент кафедры внутренних болезней и фтизиатрии,
к.м.н. Н.А. Суховей

Определение ревматоидного артрита (РА)

РА – иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов, приводящее к ранней инвалидности и сокращению продолжительности жизни пациентов.

Эпидемиология РА

- ✓ Распространённость РА среди взрослого населения составляет **0,5–2%** (среди женщин 65 лет около 5%).
- ✓ Соотношение женщин к мужчинам — **3:1**.
- ✓ Поражаются все возрастные группы, включая детей и лиц пожилого возраста.
- ✓ Пик начала заболевания — **40–55 лет**.

Этиология РА неизвестна

Обсуждается триггерная роль:

- инфекционных (вирус Эпштейна-Барр, парвовирус В19, суперантигены и стрессовые белки бактерий),
- эндогенных (РФ, цитруллинированные белки и пептиды) факторов,
- экзогенных (курение, компоненты минеральных масел, угольная пыль).

Этиология и патогенез РА

- Генетическая предрасположенность:
 - риск развития РА у монозиготных близнецов составляет 15%;
 - Носительство HLA-DRB1*0401 (общий эпитоп) выявляют у 50-61% больных РА.
- Обсуждается роль гормональных факторов, таких как продукция половых гормонов, поскольку эстрогены обладают иммуностимулирующим эффектом, в том числе в отношении В-клеточной активности, в то время как андрогены – иммуносупрессивным.
- Потенциальные этиологические факторы, взаимодействуя с генетической предрасположенностью, принимают опосредованное участие в развитии РА.
- Суть патологического процесса при РА – системное аутоиммунное воспаление, которое с максимальной интенсивностью затрагивает синовиальную оболочку.

Особенности клиники РА

- Для РА характерно разнообразие вариантов начала заболевания.
- В большинстве случаев заболевание начинается с полиартрита, реже с моно-и олигоартрита.
- Иногда проявления артрита могут быть выражены умеренно, а преобладают:
 - артралгии, утренняя скованность в суставах,
 - ухудшение общего состояния, слабость, похудание, субфебрильная температура,
 - лимфаденопатия, которые могут предшествовать клинически выраженному поражению суставов.

Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза рекомендуется у всех пациентов с подозрением на РА уточнить:

- продолжительность симптомов артрита,
- длительность утренней скованности,
- наличие суточного ритма боли в суставах,
- стойкость признаков поражения суставов

Клинически выраженному поражению суставов может предшествовать продромальный период длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев. В этот период пациента могут беспокоить повышенная утомляемость, похудание, артралгии, субфебрильная температура тела.

Начало заболевания характеризуется разнообразием, условно выделяют следующие варианты дебюта РА:

- Симметричный полиартрит с постепенным (в течение нескольких месяцев) нарастанием боли и скованности, преимущественно в мелких суставах кистей (в половине случаев).
- Острый полиартрит с преимущественным поражением суставов кистей и стоп, выраженной утренней скованностью (обычно сопровождается ранним появлением РФ в крови).
- Моно-олигоартрит коленных или плечевых суставов с последующим быстрым вовлечением в процесс мелких суставов кистей и стоп.
- Острый моноартрит крупных суставов, напоминающий септический или микрокристаллический артрит.
- Острый олиго- или полиартрит с системными явлениями (фебрильная лихорадка, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия). Чаще наблюдается у молодых пациентов (напоминает болезнь Стилла у взрослых).

Начало заболевания характеризуется разнообразием, условно выделяют следующие варианты дебюта РА:

- «Палиндромный ревматизм»: множественные рецидивирующие атаки острого симметричного полиартрита суставов кистей, реже — коленных и локтевых суставов, длящихся несколько часов или дней и заканчивающихся полным выздоровлением.
- Рецидивирующий бурсит и теносиновит, особенно часто лучезапястных суставов.
- Острый полиартрит у пожилых: множественные поражения мелких и крупных суставов, выраженные боли, диффузный отёк и ограничение подвижности суставов. Получил название «RS3PE синдром» (Remitting Seronegative symmetric synovitis with Pitting Edema — ремитирующий серонегативный симметричный синовит с «подушкообразным» отёком)
- Генерализованная миалгия, скованность, депрессия, двухсторонний синдром запястного канала, похудание. Обычно наблюдают в пожилом возрасте. Напоминает ревматическую полимиалгию. Характерные клинические признаки РА развиваются позднее

- 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 НДА «недифференцированный периферический артрит»

Недифференцированный периферический артрит

- Это воспалительное поражение одного или нескольких суставов, которое не может быть отнесено (на данный момент) к какой-либо определенной нозологической форме, то есть не соответствующее классификационным критериям РА или какого-либо другого заболевания.
- У около 1/3 больных НПА развивается РА в течение 1 года наблюдения.

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.



Наиболее типичные проявления в дебюте заболевания:

- Боль (при пальпации и движении) и припухлость (связана с выпотом в полость сустава) поражённых суставов
- Усиление боли в суставах в ранние утренние часы;
- Положительный тест «поперечного сжатия» кисти;
- Ослабление силы сжатия кисти (пациенту трудно или невозможно сжать руку в кулак);
- Утренняя скованность в суставах ≥ 30 мин (длительность зависит от выраженности синовита);
- Атрофия межкостных (червеобразных) мышц (наблюдается своеобразное похудание тыла кисти).

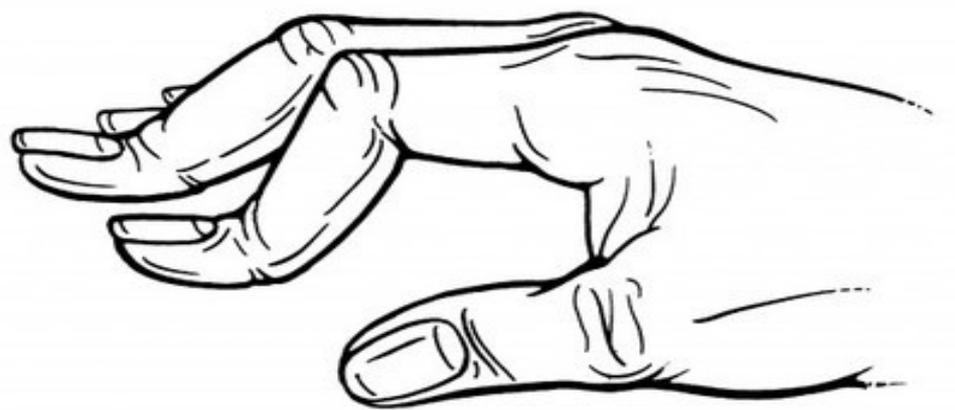
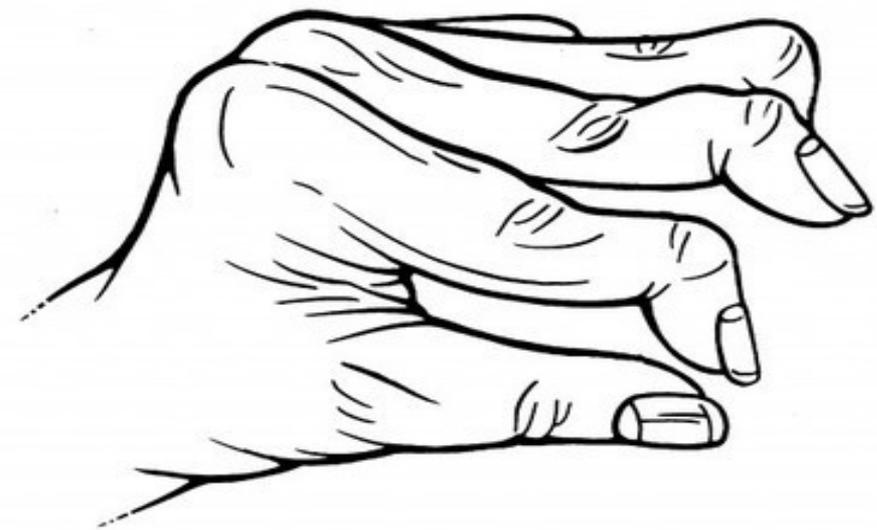
Наиболее характерные проявления в развёрнутой и финальной стадиях заболевания:

Кисти:

- локтевая («ульнарная») девиация кисти с отклонением пальцев в сторону локтевой кости («плавник моржа»), обычно развивающаяся через 1–5 лет от начала болезни;
- поражение пальцев кистей по типу «бутоньерки» (сгибание в ПМФС и переразгибание дистальных межфаланговых суставов) или «шеи лебедя» (сгибательная контрактура ПФС, переразгибание ПМФС и сгибание дистальных межфаланговых суставов);
- деформация кисти по типу «лорнетки» (сложная сгибательная контрактура пальцев с множественными подвывихами);
- Зобразная деформация большого пальца (подвывих в межфаланговых суставах);
- анкилозы запястно-пястных суставов;

Ревматоидный артрит (последняя стадия)











Наиболее характерные проявления в развёрнутой и финальной стадиях заболевания

Локтевые суставы:

- ограничение сгибания и разгибания с образованием контрактуры в положении полусгибания и полупронации;

Коленные суставы:

- сгибательная/разгибательная или комбинированные варианты контрактуры, варусная или вальгусная деформация;

Наиболее характерные проявления в развёрнутой и финальной стадиях заболевания

Стопы:

- опускание переднего свода;
- подвывихи головок плюснефаланговых суставов с формированием молоткообразной деформации пальцев;
- латеральная девиация; деформация большого пальца (hallux valgus);
- появление «натоптышей» и некрозов кожи над суставами;

Шейный отдел позвоночника:

- подвывихи в области атлантаксиального сустава, изредка осложняющиеся компрессией спинного мозга или позвоночной артерии;

Наиболее характерные проявления в развёрнутой и финальной стадиях заболевания

Перстневидно-черпаловидный сустав:

- огрубение голоса, одышка, дисфагия, рецидивирующий бронхит;

Височно-нижнечелюстной сустав:

- ограничение открывания рта;

Связочный аппарат и синовиальные сумки:

- тендосиновит в области лучезапястного сустава и кисти;
- бурсит, чаще в области локтевого сустава;
- синовиальная киста на задней стороне коленного сустава (киста Бейкера).

Внесуставные проявления

- 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
- Частота ВП не зависит от пола и возраста больных.
- В целом такие больные имеют высокий уровень РФ, антитела к АЦЦП

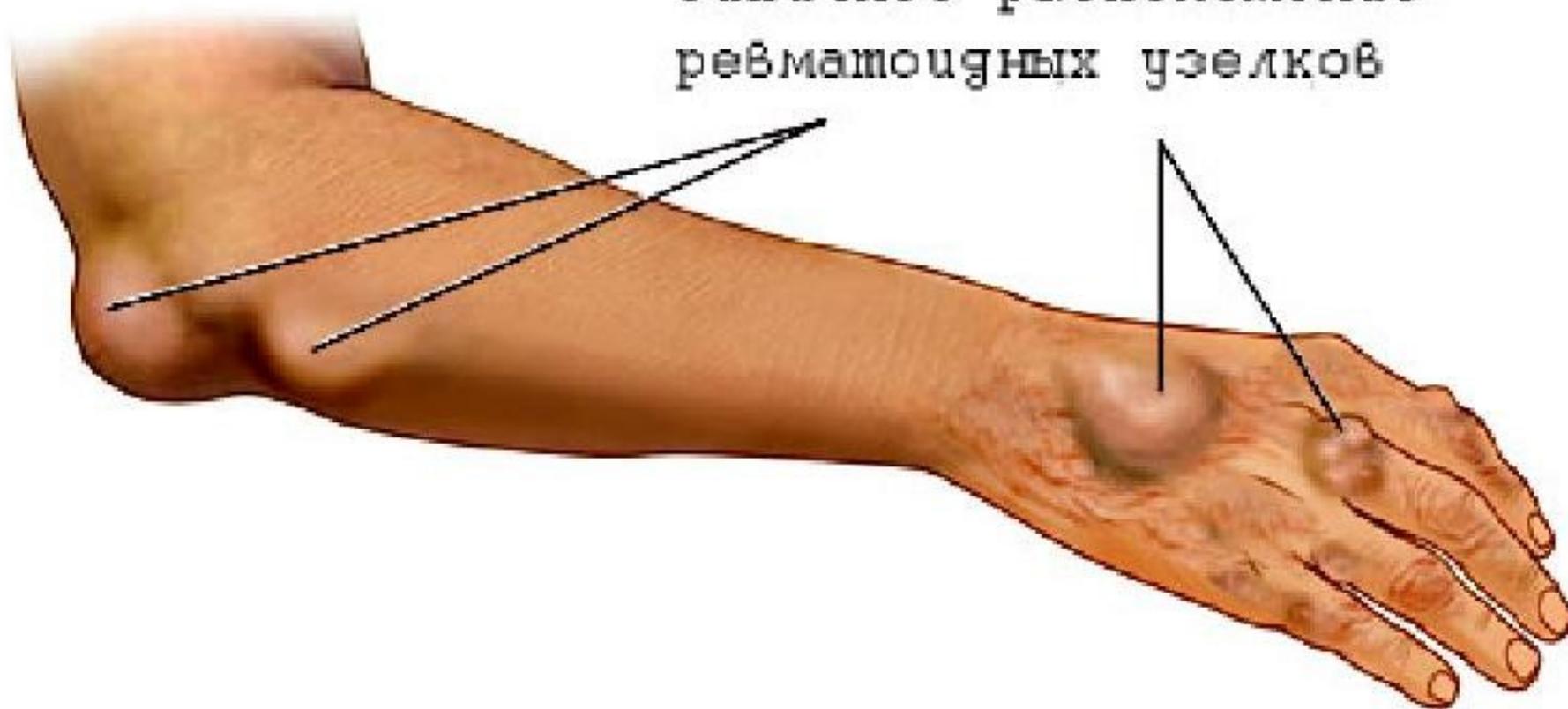
Ревматоидные узелки

Характерными признаками являются

- плотная консистенция,
- безболезненность,
- отсутствие изменений кожи над ними и спаянности с подлежащими тканями,
- локализация в области локтей (наружная поверхность локтевого отростка), сухожилий кисти

Ревматоидные узелки

Типичное расположение
ревматоидных узелков





Кожный ревматоидный васкулит

- Дигитальный артериит.
- Некротизирующий васкулит.
- Ладонные и подошвенные капилляриты.
- Геморрагический васкулит.
- Сетчатое ливедо. Характерна неравномерная синюшная окраска кожи за счет сетчатого или древовидного рисунка просвечивающих кровеносных сосудов.

Сердечно-сосудистая система:

- перикардит,
- васкулит,
- гранулематозное поражение клапанов сердца (очень редко),
- раннее развитие атеросклероза
- Миокардит, патология микроциркуляторного русла и васкулит коронарных артерий – основные причины развития хронической сердечной недостаточности при РА.

Дыхательная система

- плеврит,
- интерстициальное заболевание лёгких (ИПЛ),
- облитерирующий бронхиолит,
- ревматоидные узелки в лёгких (синдром Каплана).

Нервная система:

- компрессионная нейропатия,
- симметричная сенсорно-моторная нейропатия,
- множественный мононеврит (васкулит), шейный миелит.

Глаза:

- сухой кератоконъюнктивит,
- эписклерит,
- склерит,
- склеромаляция,
- периферическая язвенная кератопатия.

Почки:

- васкулит, нефрит (редко).

Синдром Шегрена:

- ксеростомия,
- ксерофтальмия.

При физикальном осмотре необходимо обращать внимание

- на гиперемию краев век,
- инъекцию конъюнктивы,
- скопление отделяемого в виде комочков в углах глаз;
- увеличение околоушных и/или поднижнечелюстных слюнных желез;
- отсутствие свободной слюны,
- сухость языка,
- наличие множественного пришеечного кариеса.

Синдром Фелти

- особая клиническая форма длительно протекающего серопозитивного РА.
- 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.
- Развивается только у 1% больных серопозитивным РА, как правило, спустя 10 лет от начала заболевания.
- Заболевание чаще встречается у женщин (соотношение женщин и мужчин 3:1) старше 40–50 лет.

Болезнь Стилла взрослых

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

При наличии классической клинической картины, особенно при типичном поражении кисти, диагноз РА не представляет затруднений.

Проблемы ранней диагностики РА состоят в следующем:

- ✓ классическая клиническая картина наблюдается, как правило, у пациентов с длительно текущим РА, а в начале болезни целый ряд типичных клинических (например, ульнарная девиация пальцев кисти и ревматоидные узелки), иммунологических (ревматоидный фактор) и рентгенологических (костные эрозии) симптомов могут отсутствовать;
- ✓ для дебюта РА характерна выраженная гетерогенность симптоматики;
- ✓ при РА нет по-настоящему патогномоничных симптомов;

В связи с тем, что диагноз РА должен быть верифицирован специалистом-ревматологом, ключевым фактором при ранней диагностике является как можно более раннее направление больного к ревматологу.

Для врачей общей практики рекомендуется применение **Критериев клинического подозрения на РА EULAR** с целью отбора пациентов на консультацию ревматолога (в модификации):

- достоверно определяемая при осмотре припухлость хотя бы одного периферического сустава
- положительный симптом «бокового сжатия» кистей и/или стоп
- утренняя скованность длительностью 30 минут и более.

Для верификации диагноза рекомендуется применение Классификационных критериев ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 г. (American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Rheumatoid arthritis classification criteria).

Для того чтобы поставить диагноз РА по новым критериям, врач должен выполнить три условия:

- определить наличие у больного хотя бы одного припухшего сустава по данным физикального осмотра.
- исключить другие заболевания, которые могут сопровождаться воспалительными изменениями суставов.
- набрать **как минимум 6 баллов из 10 возможных по 4 позициям**, описывающим особенности картины болезни у данного пациента (таблица 1).

Таблица 1. Классификационные критерии РА ACR/EULAR 2010г

	Баллы
А. Клинические признаки поражения суставов (припухлость и/или болезненность при объективном исследовании) (0-5 баллов)	
-1 крупный сустав	0
-2-10 крупных суставов	1
- 1-3 мелких сустава (крупные суставы не учитываются)	2
- 4-10 мелких суставов (крупные суставы не учитываются)	3
- >10 суставов (как минимум 1 мелкий сустав)	5
В. Тесты на РФ и АЦЦП (0-3 балла, требуется как минимум 1 тест)	
-Отрицательны	0
- Слабо позитивны для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы, но не более, чем в 3 раза)	2
- Высоко позитивны для РФ или АЦЦП (более чем в 3 раза превышают верхнюю границу нормы)	3
С. Острофазовые показатели (0-1 балл, требуется как минимум 1 тест)	
-Нормальные значения СОЭ и СРБ	0
-Повышение СОЭ или СРБ	1
Д. Длительность синовита (0-1 балл)	
< 6 недель	0
≥6 недель	1

Лабораторные и инструментальные исследования:

- -общий анализ крови
- -общий анализ мочи
- -биохимическое исследование крови (концентрация СРБ, уровень общего белка и белковых фракций, печеночных ферментов, электролитов, креатинина)
- -иммунологическое исследование крови (титр IgM-РФ, титр анти-ЦЦП антител)
- -исследование синовиальной жидкости
- -анализ кала на скрытую кровь
- -рентгенограмма кистей и стоп, включая лучезапястные и голеностопные суставы

Классификация РА (пленум АРР, 2007)

1. Основной диагноз

- Серопозитивный ревматоидный артрит (M05.8)
- Серонегативный ревматоидный артрит (M06.0)
- Особые клинические формы:
 - синдром Фелти (M05.0)
 - болезнь Стилла взрослых (M06.1)
- Вероятный ревматоидный артрит (M05.9, M06.4, M06.9)

Серопозитивность и серонегативность определяется по тесту на ревматоидный фактор, который должен быть проведен с использованием достоверного количественного или полуколичественного теста (латекс-тест, иммуноферментный метод, иммунонефелометрический метод).

Классификация РА (пленум АРР, 2007)

2. Клиническая стадия

- очень ранняя стадия (<6 мес.)
- ранняя стадия (от 6 мес. до 1 года)
- развернутая стадия (> 1 года с типичными симптомами РА)
- поздняя стадия (длительность болезни 2 года и более + выраженная деструкции мелких (III-IV рентгенологическая стадия) и крупных суставов, наличие осложнений)

Классификация РА (пленум АРР, 2007)

3. Степень активности болезни

- 0=ремиссия ($DAS28 < 2,6$)
- I=низкая ($2,6 < DAS28 < 3,2$)
- II=средняя ($DAS28 = 3,2-5,1$)
- III=высокая ($DAS28 > 5,1$)

Формула для вычисления DAS28:

$$DAS28 = 0,56\sqrt{ЧБС} + 0,28\sqrt{ЧПС} + 0,70\lnСОЭ + 0,014ООСЗ$$

- где ЧБС – число болезненных суставов,
- ЧПС – число припухших суставов из следующих 28: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястнофаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные,
- СОЭ – скорость оседания эритроцитов по методу Вестергрена,
- ООСЗ – общая оценка больным состояния здоровья в мм по 100 миллиметровой визуальной аналоговой шкале

Классификация РА (пленум АРР, 2007)

4. Внесуставные (системные) признаки

- Ревматоидные узелки
- Кожный васкулит (язвенно-некротический васкулит, инфаркты ногтевого ложа, дигитальный артериит, ливедо-ангиит)
- Нейропатия (моно- и поли-)
- Плеврит, перикардит (сухой, выпотной)
- Сухой синдром
- Поражение глаз (склерит, эписклерит, васкулит сетчатки)

Классификация РА (пленум АРР, 2007)

5. Инструментальная характеристика

- Наличие или отсутствие эрозий (рентгенограмма, МРТ, УЗИ): неэрозивный, эрозивный
- Рентгенологическая стадия (по Штейнброкеру):
 - I - околосуставной остеопороз;
 - II - I+сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии (1-4);
 - III – II+множественные эрозии (5 и более)
+вывихи или подвывихи в суставах;
 - IV – III+костный анкилоз.



ПОРАЖЕНИЕ КИСТЕЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ (II СТАДИЯ): ОСТЕОПОРОЗ (а),
СУЗЕНИЕ СУСТАВНЫХ ЦЕДЕЙ ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЛКОФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ (б).

Классификация РА (пленум АРР, 2007)

6. Дополнительная иммунологическая характеристика (антитела к циклическому цитрулинированному пептиду):

- АЦЦП-позитивный
- АЦЦП-негативный

Классификация РА (пленум АРР, 2007)

7. Функциональный класс (ФК):

I – сохранены возможности самообслуживания, занятия непрофессиональной и профессиональной деятельностью;

II – сохранены возможности самообслуживания и занятия профессиональной деятельностью, ограничены возможности занятия непрофессиональной деятельностью;

III – сохранены возможности самообслуживания, ограничены возможности занятия непрофессиональной и профессиональной деятельностью;

IV - ограничены возможности самообслуживания, занятия непрофессиональной и профессиональной деятельностью

Описание характеристик для определения функционального класса:

- *Самообслуживание*: одевание, принятие пищи, уход за собой и т.д.
- *Непрофессиональная деятельность*: элементы отдыха, досуга, занятия спортом и др. с учетом пола и возраста.
- *Профессиональная деятельность*: работа, учеба, ведение домашнего хозяйства (для домработников) с учетом пола и возраста.

Классификация РА (пленум АРР, 2007)

8. Осложнения

- вторичный системный амилоидоз
- вторичный артроз
- остеопороз (системный)
- остеонекроз
- туннельные синдромы (синдром карпального канала, синдромы сдавления локтевого, большеберцового нервов)
- подвывих в атлanto-аксиальном суставе
- атеросклероз

Примеры формулировки клинических диагнозов:

- Ревматоидный артрит серопозитивный (M05.8), развернутая стадия, активность II, эрозивный (рентгенологическая стадия II), с системными проявлениями (ревматоидные узелки), АЦЦП (-), ФК II.
- Ревматоидный артрит серонегативный (M06.0), ранняя стадия, активность III, неэрозивный (рентгенологическая стадия I), АЦЦП (+), ФК I.
- Ревматоидный артрит серопозитивный (M05.8), поздняя стадия, эрозивный (рентгенологическая стадия III), активность II, с системными проявлениями (ревматоидные узелки, дигитальный артериит), АЦЦП (? – не исследовано), ФК III, осложнения – синдром карпального канала справа, вторичный амилоидоз с поражением почек.

Цели лечения РА

- подавление симптомов артрита и внесуставных проявлений;
- предотвращение или замедление прогрессирования деструкции, нарушения функции и деформации суставов (патогенетическая терапия);
- сохранение (улучшение) качества жизни больных;
- достижение клинической ремиссии заболевания;
- снижение риска развития коморбидных заболеваний;
- увеличение продолжительности жизни больных.

Кто лечит РА?

- Лечение пациентов с РА должно проводиться врачами-ревматологами (в виде исключения врач общей практики, но при консультативной поддержке врача-ревматолога) с привлечением специалистов других медицинских специальностей (ортопеды, физиотерапевты, кардиологи, невропатологи, психологи и др.)

Медикаментозное лечение РА

Симптоматическая терапия (устранение боли и скованности):

- - «стандартные» НПВП (ЦОГ-2 ингибиторы);
- - Глюкокортикостероиды (per os, пульс-терапия, в/с);

«Базисные» противовоспалительные препараты:

- -производные 4-аминохинолинового ряда
(гидроксихлорохин);
- -цитостатики (метотрексат, лефлуномид,
азатиоприн, циклофосфамид, циклоспорин А);
- -сульфасалазин;
- -генно-инженерные биологические препараты .

НПВП

- Для уменьшения болей в суставах применяют НПВП, которые оказывают хороший симптоматический (анальгетический) эффект, но не влияют на прогрессирование деструкции суставов, прогноз заболевания и могут вызывать тяжелые нежелательные реакции (НР) со стороны желудочно-кишечного тракта и кардиоваскулярной системы (А).
- Для снижения риска НР применение НПВП при РА должно быть максимально ограничено.

Глюкокортикостероиды

- Лечение ГК (низкие/средние дозы) рекомендуются в комбинации с БПВП в качестве компонента комбинированной терапии РА, для купирования обострения до развития эффекта БПВП (bridge-терапия) или в виде монотерапии при неэффективности (или невозможности) назначения БПВП и ГИБП;
- Прием ГК сопровождается развитием побочных эффектов, требующих тщательного мониторинга.
- Применение ГК при РА должно быть ограничено строгими показаниями и осуществляться ревматологами.

Доказательная концепция о необходимости ранней терапии РА базисными противовоспалительными препаратами

- проявления болезни тяжелее, чем побочные эффекты базисной противовоспалительной терапии;
- болезнь приводит к нарушению функции суставов, их структурному повреждению, утрате трудоспособности, преждевременной летальности;
- спонтанные ремиссии наблюдаются крайне редко;
- деструкция суставов развивается очень быстро (в течение первых лет болезни) и необратима.

Терапия БПВП должна проводиться всем без исключения пациентам с РА и назначаться как можно раньше (в пределах 3-6 мес. от момента развития симптомов болезни)

Терапия БПВП

- В процессе лечения следует тщательно контролировать эффективность терапии (каждые 1-3 месяца), «подбирать» схему лечения в зависимости от активности заболевания;
- Действие БПВП и ГИБП на прогрессирование деструкции суставов следует оценивать каждые 6-12 месяцев при раннем РА и каждые 12 месяцев при развернутом РА.

Терапия БПВП

- При выборе терапии БПВП и ГИБП необходимо учитывать длительность заболевания (< 6 мес. – ранняя стадия; > 6 мес. – развернутая стадия) и наличие факторов неблагоприятного прогноза (ревматоидные узелки, васкулит, синдром Фелти, положительные результаты определения РФ и АЦЦП, а также увеличение СОЭ и СРБ).

Лечение стандартными БПВП

- Метотрексат (МТ) – препарат «первой линии» лечения РА.
- При наличии противопоказаний (или плохой переносимости) для назначения МТ, следует назначить лефлуномид, сульфасалазин.
- Лечение МТ следует начинать с дозы 10-15 мг/неделю с увеличением по 5 мг каждые 2-4 недели до 20-30 мг/неделю в зависимости от эффективности и переносимости .
- При недостаточной эффективности и переносимости перорального МТ, целесообразно назначение парентеральной (подкожной) формы препарата .
- На фоне лечения МТ обязателен прием не менее 5 мг фолиевой кислоты в неделю.

Нежелательные реакции

- В начале лечения или при увеличении дозы МТ, определение АЛТ/АСТ, креатинина, общий анализ крови необходимо проводить каждые 1-1,5 месяца до достижения стабильной дозы МТ, затем – каждые 3 месяца;
- Лечение МТ следует прервать при повышении концентрации АЛТ/АСТ > 3 верхней границы нормы (ВГН);
- Возобновить лечение в более низкой дозе после нормализации показателей.
- При стойком увеличении уровня АСТ/АЛТ > 3 ВГН, следует скорректировать дозу МТ;
- При сохранении увеличения уровня АСТ/АЛТ > 3 ВГН после отмены МТ, следует провести соответствующие диагностические процедуры.

Применение ГИБП

Для лечения РА используются генно-инженерные биологические препараты - ГИБП , к которым относятся

- ингибиторы ФНО- α (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, цертолизумаба пегол, голимумаб,
- анти- В клеточный препарат – ритуксимаб,
- блокатор ко-стимуляции Т – лимфоцитов – абатацепт
- блокатор рецепторов интерлейкина 6 – тоцилизумаб

Применение ГИБП

- Применение ГИБП рекомендуется при недостаточной эффективности (умеренная/высокая активность заболевания), монотерапии МТ или комбинированной терапии МТ и другими БПВП, которые должны применяться в адекватных дозах в течение ≥ 3 -х месяцев. Препаратами выбора являются ингибиторы ФНО- α , которые обладают сходной эффективностью и токсичностью.

Диагноз РА

Метотрексат

Кратковременно
кортикостероиды

противопоказания
к метотрексату

Лефлуномид
Сульфасалазин

Нет эффекта
через 3-6 мес

неблагоприятный
прогноз

благоприятный
прогноз

+ биологический препарат:
ингибитор ТНФ
Абатацепт
Тоцилизумаб
Ритуксимаб*

+ второй препарат:
Лефлунамид
Сульфасалазин
Метотрексат
± кортикостероиды

Немедикаментозные методы лечения РА

- ЛФК
- физиотерапия
- ортопедические пособия

Самостоятельного значения не имеют; используются в комплексном лечении с БПВП.

Наблюдение у ревматолога:

- не реже одного раза в 3 мес, особенно в начале лечения;
- оценка эффективности и переносимости БПВП;
- выполнение лабораторных исследований в полном объеме;
- рентгенограмма суставов 1 раз в год.

Прогноз

При тяжелом РА прогноз столь же неблагоприятен, как при ИБС, инсульте, СД, лимфогранулематозе.

3-5-летняя выживаемость при васкулите составляет 28-40%

В конце XX в. утрачивали трудоспособность 50% больных в первые 10 лет болезни и 80% - в первые 15 лет.

Продолжительность жизни больных РА на 5-10 лет меньше по сравнению с популяцией.

Современное активное лечение РА на ранней стадии позволяет достичь ремиссии у 40-50% больных и довести ожидаемую продолжительность жизни до популяционного уровня.