

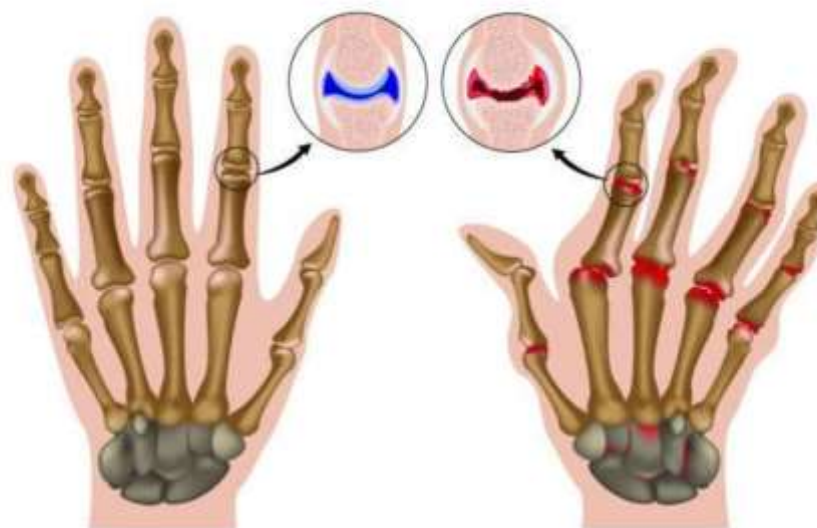
Ревматоидный артрит

Врач ревматолог: Омарова Молдир

Бакытбековна

Определение

- ▶ Ревматоидный артрит - это аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным поражением внутренних органов.



Здоровый сустав

Ревматоидный артрит

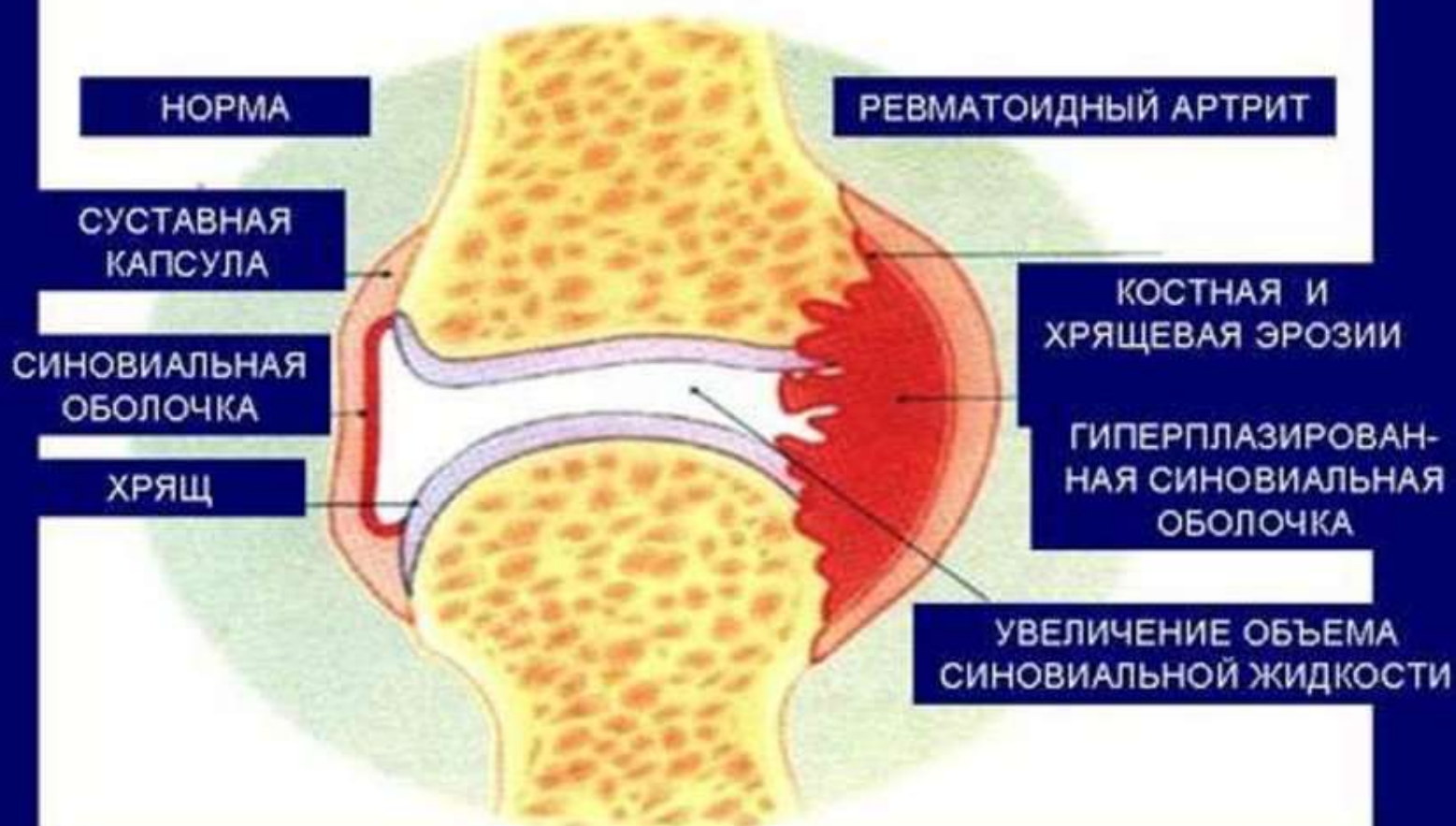
ПАТОГЕНЕЗ

В основе патогенеза РА лежит развитие иммунопатологических реакций.



ПАТОГЕНЕЗ РА НА СУСТАВНОМ УРОВНЕ

The effects of RA on a joint



Классификация

1. Основной диагноз

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

2. Клиническая стадия

- ▶ Очень ранняя стадия: длительность болезни <6 мес.
- ▶ Ранняя стадия: длительность болезни 6 мес—1 год.
- ▶ Развёрнутая стадия: длительность болезни >1 года при наличии типичной симптоматики ревматоидного артрита.
- ▶ Поздняя стадия: длительность болезни 2 года и более + выраженная деструкция мелких (III—IV рентгенологическая стадия) и крупных суставов, наличие осложнений.

3. Степень активности болезни

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

Стадии ревматоидного артрита

Здоровый сустав



1. Синовит



2. Паннус



3. Волокнистый анкилоз



4. Костный анкилоз



4. Внесуставные (системные) признаки

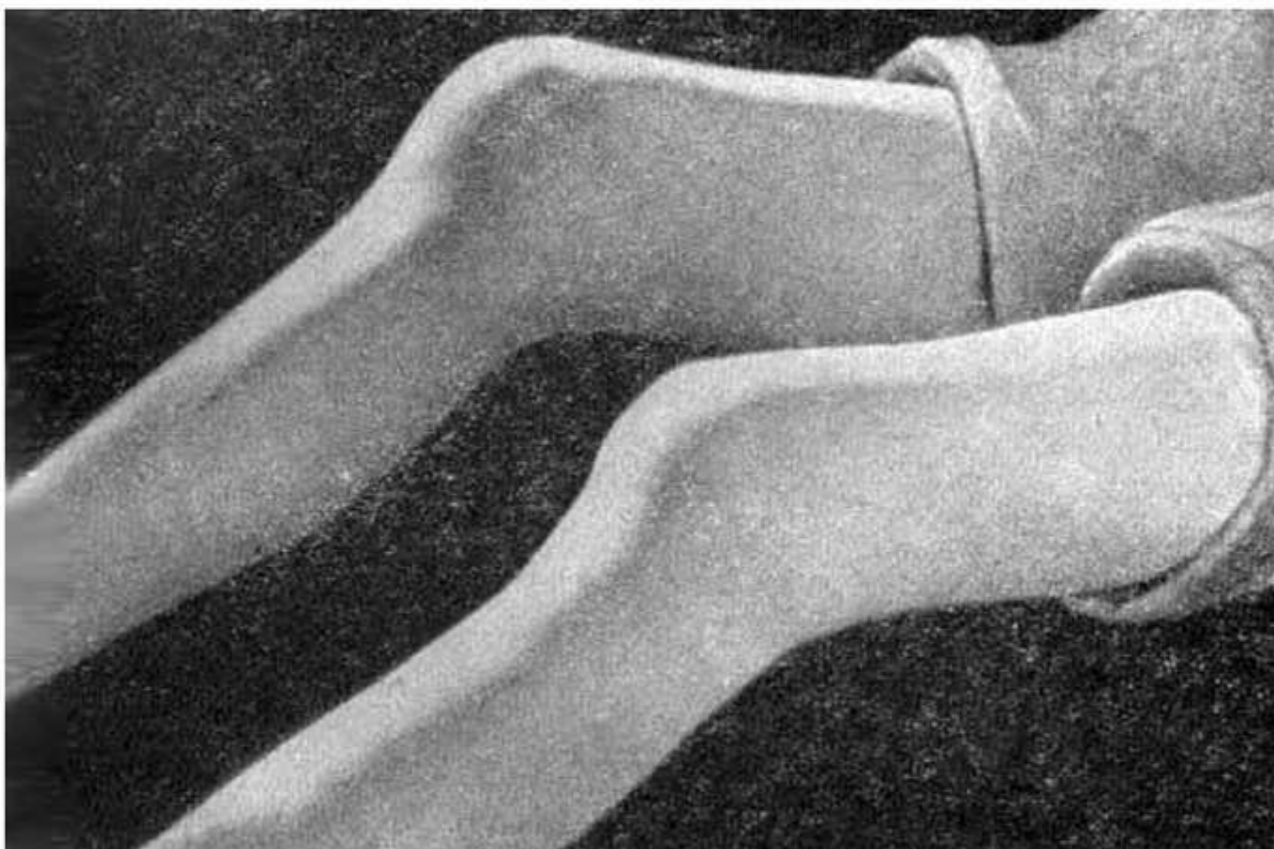
- ▶ Ревматоидные узелки.
- ▶ Кожный васкулит (язвенно-некротический васкулит, инфаркты ногтевого ложа, дигитальный артериит, ливедо-ангиит).
- ▶ Нейропатия (мононеврит, полинейропатия).
- ▶ Плеврит (сухой, выпотной), перикардит (сухой, выпотной).
- ▶ Сухой синдром.
- ▶ Поражение глаз (склерит, эписклерит,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

Ревматоидные узелки



Мышечные атрофии

Раньше всего развивается амиотрофия мышц кистей.



5. Инструментальная характеристика

- ▶ Наличие или отсутствие эрозий [по данным рентгенографии, магнитно-резонансной томографии (МРТ), ультразвукового исследования (УЗИ)]:
 - ▶ неэрозивный;
 - ▶ эрозивный.
- ▶ Рентгенологическая стадия (по Штейнброкеру):
 - ▶ I — околосуставный остеопороз;
 - ▶ II — остеопороз + сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии;
 - ▶ III — признаки предыдущей стадии + множественные эрозии + подвывихи в суставах;
 - ▶ IV — признаки предыдущей стадии + костный анкилоз.

Рентгенография кистей и стоп



6. Дополнительная иммунологическая характеристика — антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (анти-ЦЦП)

- ▶ Анти-ЦЦП — присутствуют (+).
- ▶ Анти-ЦЦП — отсутствуют (-).

7. Функциональный класс (ФК)

- ▶ I — полностью сохранены возможности самообслуживания, занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью.
- ▶ II — сохранены возможности самообслуживания, занятием непрофессиональной деятельностью, ограничены возможности занятием профессиональной деятельностью.
- ▶ III — сохранены возможности самообслуживания, ограничены возможности занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью.
- ▶ IV — ограничены возможности самообслуживания, занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью.

8. Осложнения.

- ▶ Вторичный системный амилоидоз.
- ▶ Вторичный артроз.
- ▶ Остеопороз (системный).
- ▶ Остеонекроз.
- ▶ Туннельные синдромы (синдром карпального канала, синдромы сдавления локтевого, большеберцового нервов).
- ▶ Подвывих в атланто-аксиальном суставе, в т.ч. с миелопатией, нестабильность шейного отдела позвоночника.
- ▶ Атеросклероз.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Начало заболевания чаще всего подострое. Постепенно появляется стойкая полиартралгия или артрит чаще всего мелких суставов кистей и стоп, иногда одновременно повышается температура и ускоряется СОЭ. Боли в суставах усиливаются при движении. Боли носят типичный «воспалительный характер» - наиболее интенсивны во второй половине ночи и утром, в течение дня уменьшаются, к вечеру незначительны.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Возникает симптом «тугих перчаток» или симптом «корсета». Боли и утренняя скованность ведут к ограничению подвижности в суставах. Ранней локализацией артрита являются II и III пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые суставы, реже плюсне-фаланговые. На втором месте – коленные и лучезапястные, реже локтевые и голеностопные. Остальные суставы в дебюте заболевания поражаются гораздо реже.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Развитие фиброзных изменений в суставных тканях, приводит к деформации суставов, сморщиванию капсулы, связок, сухожилий, разрушению суставных поверхностей, появлению подвывихов и мышечных контрактур, особенно пальцев кистей, локтевых и коленных суставов. Одновременно развиваются атрофия близлежащих мышц и трофические изменения кожи.

Диагностика РА



Лабораторные тесты:

- ▶ □ общий анализ крови,
- ▶ □ общий анализ мочи;
- ▶ □ микрореакция
- ▶ □ анализ кала на скрытую кровь;
- ▶ □ активность печеночных ферментов (АЛТ, АСТ), □ содержания креатинина, мочевины, общего белка, глюкозы, билирубина, холестерина;
- ▶ □ содержание С-реактивного белка (С-РБ), ревматоидного фактора,
- ▶ □ антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП);
- ▶ □ при первичном установлении диагноза - ИФА на ЗППП (хламидии, гонорею, трихомонады),
- ▶ при положительном результате требуется предварительная санация очага инфекции до госпитализации.

Инструментальное обследование

- ▶ : □ рентгенография ОГК;
- ▶ ЭКГ.
- ▶ □ рентгенография кистей рук - ежегодно,
- ▶ □ рентгенография костей таза (выявление асептического некроза головки бедренной кости) и остальных суставов - по показаниям;
- ▶ □ ФГДС;
- ▶ □ УЗИ органов брюшной полости.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий (по показаниям):

- ▶ □ маркёры вируса гепатита В, С и ВИЧ;
- ▶ □ суточная протеинурия;
- ▶ □ ЭХО-КГ;
- ▶ □ биопсия на амилоидоз;
- ▶ □ КТ грудного сегмента

Лечения. Цели лечения РА:

- ▶ □ уменьшение выраженности симптомов артрита и внесуставных проявлений
- ▶ □ предотвращение деструкции, нарушений функции и деформации суставов
- ▶ □ сохранение (улучшение) качества жизни, достижение ремиссии
- ▶ □ увеличение продолжительности жизни (до популяционного уровня).

Базисная терапия

- ▶ • Метотрексат (Методжент)- золотой стандарт
- ▶ назначают 1 раз в неделю (перорально или парентерально-подкожно. в/м); Эффективность и токсичность оценивают примерно через 4 нед; при нормальной переносимости дозу метотрексата увеличивают на 2,5-5 мг в неделю. Клиническая эффективность метотрексата имеет зависимость от дозы в диапазоне от 7,5 до 25 мг/нед.
- ▶ Лефлуномид (Лефно) 10 и 20 мг/сут
- ▶ Сульфасалазин от 500 до 2000мг/сут
- ▶ Плаквенил 200-400мг/сут
- ▶ Азатиоприн 50-100мг/сут (при наличии системных проявлений)
- ▶ Биологическая терапия ГИБП_ Голимумаб. Тоцилизумаб- в случаях резистентного к другим видам базисной терапии заболевания

Глюкокортикоиды

- В лечении РА используется несколько схем глюкокортикоидной терапии, которые должны иметь четкие показания.
- 1. Низкие дозы ГК (<10 мг/сут.) назначают при низкой активности ревматоидного артрита, как добавление к «базисной» терапии.
- 2. Пульс-терапия ГК.
- 3. Локальная (внутрисуставная) терапия ГК.

Низкие дозы ГК

- Возможно кратковременное(до 1-1,5 месяцев) использование средних доз(20-40 мг/сут.) при выраженном обострении заболевания, развитии висцеральных поражений либо осложнений «базисной» терапии:
- подавляет прогрессирование деструкции суставов, особенно при раннем РА;
- снижает активность РА, пока не получен эффект от «базисных» препаратов;
- показаны при неэффективности НПВП и «базисных» препаратов, либо при противопоказаниях к их назначению.

Пульс-терапия ГК

- Используется доза преднизолона(или метилпреднизолона) от 300 мг до 1000-1500 мг/ в/в:
- позволяет достигнуть быстрого(в течение суток), но кратковременного (3-12нед.) подавления активности воспаления, резистентного к предшествующей терапии.
- абсолютным показанием для проведения пульс-терапии является развитие ревматоидного васкулита.

Локальная (внутрисуставная) терапия ГК

- Бетаметазон(дипроспан): сусп.д/ин. 1,4мг/мл в/суст. 0,5-4мг/3недели
- Триамцинолон(кеналог): сусп. Д./ин. 10, 40мг/мл в/суст. 2,5-15мг/ 3 недели.
- Показаны при моно-(олиго) артрите в дебюте РА либо при обострении.

Немедикаментозное лечение:

- ▶ • Избегать факторов, которые потенциально могут провоцировать обострение болезни (интеркуррентные инфекции, стресс и др.).
- ▶ • Отказ от курения и приёма алкоголя ♦ курение может играть роль в развитии и прогрессировании РА ♦
- ▶ • Поддержание идеальной массы тела. •
- ▶ Сбалансированная диета, включающая продукты с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот (рыбий жир, оливковое масло и др.), фрукты, овощи ♦ потенциально подавляет воспаление ♦ снижает риск кардиоваскулярных осложнений. • Обучение пациентов (изменение стереотипа двигательной активности и др.) •
- ▶ Лечебная физкультура (1-2 раза в неделю) •
- ▶ Физиотерапия: тепловые или холодовые процедуры, ультразвук, лазеротерапия (при умеренной активности РА)
- ▶ • Ортопедическое пособие (профилактика и коррекция типичных деформаций суставов и нестабильности шейного отдела позвоночника, шины для запястья, корсет для шеи, стельки, ортопедическая обувь) •
- ▶ Санаторно-курортное лечение показано только больным в стадии ремиссии
- ▶ . • На протяжении болезни необходимы активная профилактика и лечение сопутствующих заболеваний.

▶ СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!