

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

ОРЫНДАҒАН: ҮДЕРБАЙ А.А

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

- Ревматоидный артрит (РА) - хроническое системное иммуновоспалительное заболевание соединительной ткани, характеризующееся прогрессирующим эрозивно-деструктивным соединительной ткани с прогрессирующим поражением преимущественно периферических суставов, приводящим к их деформации и нарушению функций.

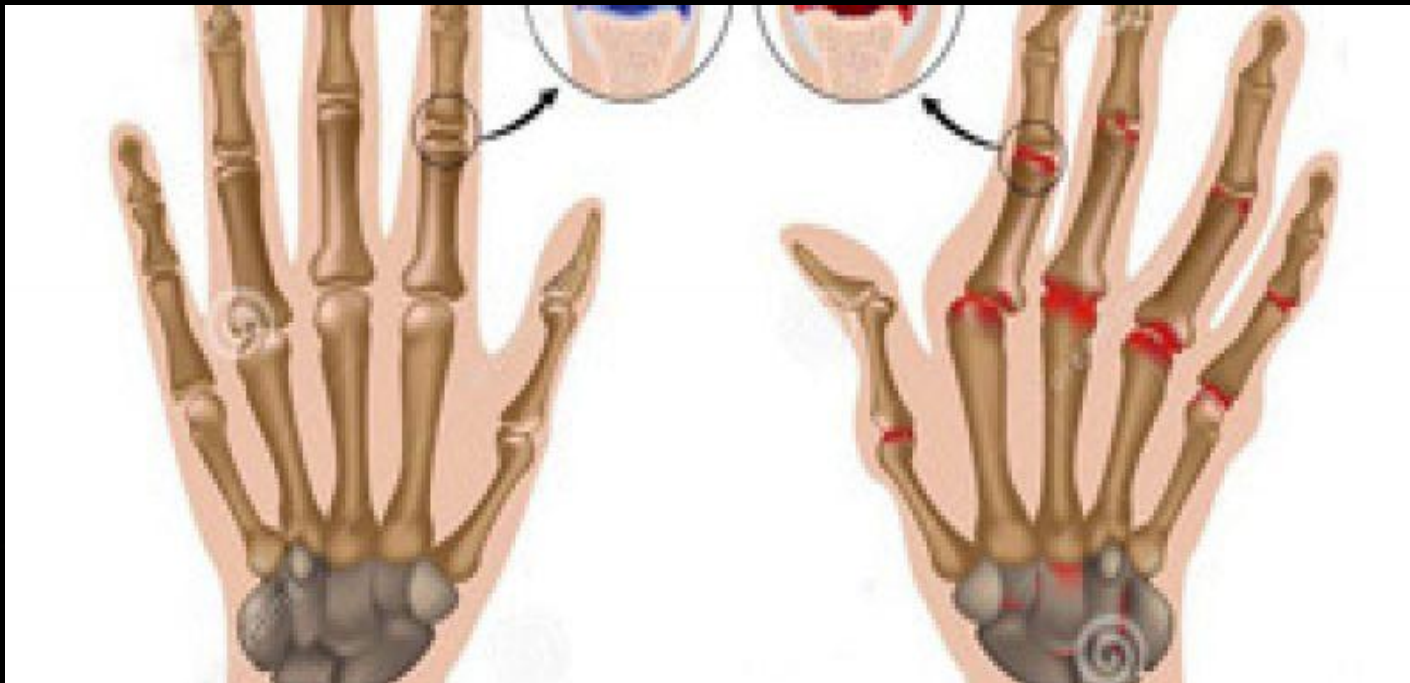
ЭТИОЛОГИЯ .

Выделяют 3 основных фактора:

1. Генетическая предрасположенность.
2. Инфекционный фактор:
 - парамиксовирусы, гепатовирусы, герпесвирусы, ретровирусы.
3. Пусковой фактор
 - переохлаждение, интоксикации, мутагенные медикаменты, стрессы.

ПАТОГЕНЕЗ.

- В синовиальной оболочке: Ig G связывается с Fc-фрагментом, образуя иммунный комплекс, который активирует комплемент и хемотаксис нейтрофилов. Эти комплексы реагируют с моноцитами и макрофагами, активируя синтез простагландинов и интерлейкин-1, которые стимулируют выброс клетками синовиальной оболочки коллагеназы, усиливая повреждение ткани.
- Иммунные комплексы, циркулирующие в крови, с ревматоидным фактором оседают на базальной мембране сосудов, в клетках и тканях, фиксируют активированный комплемент и вызывают воспаление, прежде всего в сосудах микроциркуляторного русла (васкулит).

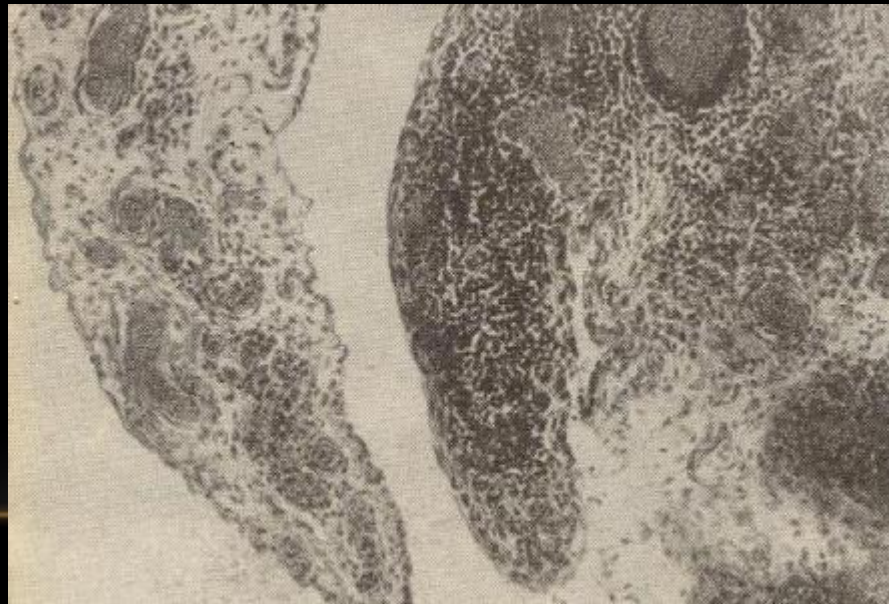


Наиболее важным ранним морфологическим проявлением РА является синовит, в развитии которого выделяют 3 стадии:

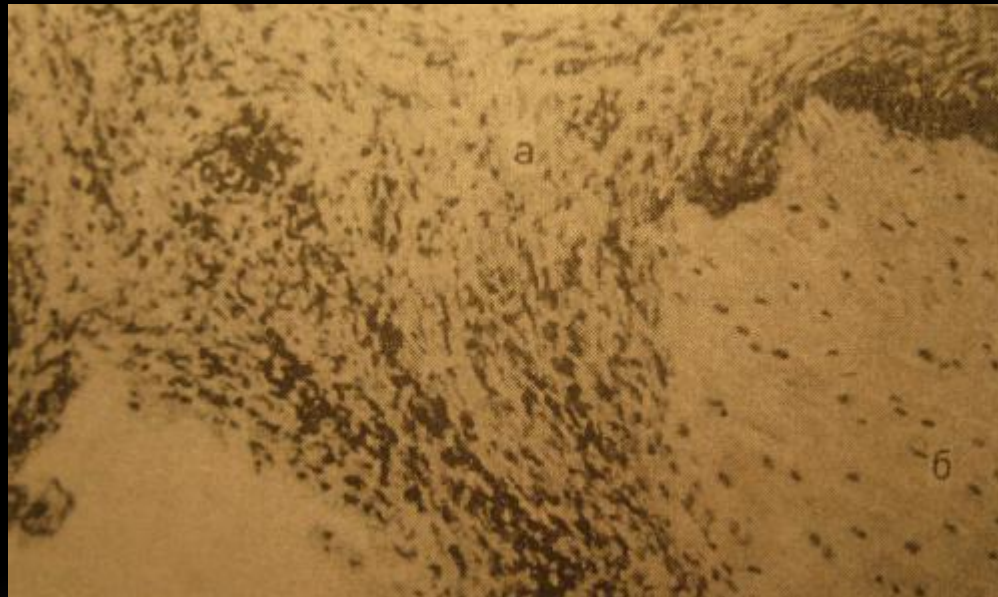


I стадия – синовиальная оболочка набухает, становится полнокровной, мутной, суставной хрящ сохраняется. Ворсинки отекают, в строме – участки мукоидного и фибриноидного набухания вплоть до некроза ворсинок которые в полости сустава образуют рисовые тельца. Сосуды микроциркуляторного русла полнокровны окружены макрофагами, лимфоцитами, нейтрофилами, плазматическими клетками в цитоплазме которых обнаруживается ревматоидный фактор. В стенках фибриноидно-измененных артериол находят иммуноглобулины, в некоторых ворсинках определяется пролиферация синовиоцитов. В синовиальной жидкости увеличивается количество нейтрофилов с ревматоидным фактором (рагоциты), что сопровождается активацией ферментов лизосом, которые выделяют медиаторы воспаления и способствуют его прогрессированию.

II стадия – часть ворсинок сохраняется и разрастается, строма их инфильтрирована лимфоцитами и плазматическими клетками. В некоторых утолщенных ворсинах формируется лимфоидное накопление в виде фоликулов, в плазматических клетках которых обнаружен ревматоидный фактор. Среди ворсин встречаются участки грануляционной ткани, богатой сосудами и построены с нейтрофилов, плазматических клеток, лимфоцитов и макрофагов. Грануляционная ткань разрушает и замещает ворсины, нарастает на поверхность хряща в виде паннуса и попадает в него через небольшие трещины. Гиалиновый хрящ под воздействием грануляции постепенно истончается, расплавляется. Костная часть эпифиза оголяется. Этот процесс ярко выражен в мелких суставах кистей рук и стоп. Межфаланговые пястно-пальцевые суставы легко подвергаются вывиху и подвывиху с типичным отклонением пальцев наружу (вид плавников моржа).



III стадия – характеризуется развитием фиброзно-костного анкилоза. Наличие разных фаз созревание грануляционной ткани в полости сустава (от свежих до рубцов) и масс фибриноида говорит о том, что процесс сохраняет свою активность. В дальнейшем происходит пролиферация суставной капсулы. Деструкция суставных поверхностей, вызывая полную их деформацию, наравне с пролиферацией околосуставных тканей, ведет к облитерации полости сустава и развитию анкилозов.



РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ



Ревматоидный артрит
(последняя
стадия)

Деформация
большого
пальца

Отклонение
фаланг в локтевую
сторону

S-образная деформация



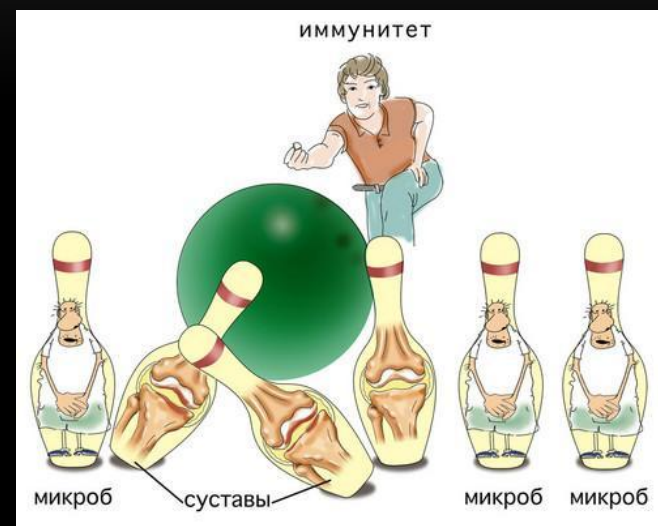
Начало болезни характеризуется множественным поражением суставов при наиболее частой локализации его в средних межфаланговых и пястно-фаланговых суставах кистей.

- **Ревматоидный артрит (РА)** — хроническое системное иммуновоспалительное заболевание соединительной ткани, характеризующееся прогрессирующим эрозивно-деструктивным поражением преимущественно периферических суставов, приводящим к их деформации и нарушению функций.

- **Классификация по МКБ 10:**

- **M05 Серопозитивный ревматоидный артрит**
(Артрит ревматоидный,)

- M05.0 Синдром фелти
(Синдром Фелти,)
- M05.1 Ревматоидная болезнь легкого (j99.0)
(Пневмокониоз ревматоидный,)
- M05.2 Ревматоидный васкулит
- M05.3 Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем
- M05.8 Другие серопозитивные ревматоидные артриты
- M05.9 Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

- Распространенность составляет 0,5-1,8%; 80% всех случаев РА приходится на возраст 35-50 лет. Соотношение мужчин и женщин среди больных составляет 1:4. Болевой синдром, хроническое прогрессирующее течение и нарушение функций опорно-двигательного аппарата обуславливают ограничение способности к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности, других категорий жизнедеятельности, социальную недостаточность и инвалидизацию больных. При этом у 33% больных отмечается ограничение способности к передвижению I-II степени и 10% — III степени.



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Имеется генетическая предрасположенность: в семьях больных РА возникает в 2 раза чаще, чем в контрольных группах; среди родственников первой степени родства заболевание отмечается в 3,5-5,1% случаев. Около 30% монозиготных близнецов являются конкордантными по отношению к РА. У больных РА чаще определяют HLA-антигены DR4-Маркер серопозитивного артрита с более тяжелым течением преимущественно у молодых женщин, а также DR1, DR3, DW4, B8. Чаще болеют женщины, носители антигена гистосовместимости HLA-B27 D/DR4. В генезе тканевых поражений важная роль принадлежит высокомолекулярным иммунным комплексам, которые называют ревматоидным фактором (РФ) (в качестве антигена – Ig G, а в качестве антитела – Ig M, Ig G, Ig A). Ревматоидный фактор продуцируется как в синовиальной оболочке, так и в лимфатических узлах. Генетическая предрасположенность может реализоваться под влиянием «факторов риска» — переохлаждения, респираторных вирусных инфекций, стресса, неблагоприятных профессиональных, жилищно-бытовых факторов, хронической травматизации суставов. Роль стрептококка, стафилококка как причины РА не подтверждена, однако санация хронических очагов инфекции, устраняющая постоянную антигенную стимуляцию, приводит к снижению активности воспалительного процесса. Рассматривается гипотеза о роли вируса Эпштейна-Барра, поражающего В-лимфоциты и нарушающего синтез иммуноглобулинов.

В основе патогенеза лежит развитие в синовиальной оболочке суставов иммунопатологических реакций. Дисбаланс Т и В лимфоцитов, дефицит Т-лимфоцитов-супрессоров обуславливают неконтролируемый синтез аутоантител-ревматоидного фактора (РФ) к Fc фрагменту Ig G. Внутри сустава происходит активация комплемента, формируются иммунные комплексы, которые фиксируются на синовиальной оболочке. Возникает синовит, деструкция хрящей и костных структур суставов. Поражение различных внутренних органов обуславливает системные проявления РА.



КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

- Критерии диагностики : 1) утренняя скованность суставов не менее 1 час., существующая в течение 6 нед.; 2) артрит трех или большего количества суставов — припухлость периартикулярных мягких тканей или наличие жидкости в полости сустава, определяемое врачом по крайней мере в трех суставах; 3) артрит суставов кисти — припухлость хотя бы одной группы следующих суставов: проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых или лучезапястных; 4) симметричный артрит — билатеральное поражение проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых или плюсне-фаланговых суставов; 5) ревматоидные узелки — подкожные узлы, определяемые врачом, на разгибательной поверхности предплечья вблизи локтевого сустава или в области других суставов; 6) положительный РФ — наличие в сыворотке крови РФ, определяемого любым методом, позволяющим его выявить менее чем у 5% здоровых лиц в популяции; 7) рентгенологические изменения — наличие типичных для РА, изменений в лучезапястных суставах и суставах кисти. Диагноз РА ставится при наличии 4 из 7 критериев, при этом критерии 1-4 должны присутствовать у больного не менее 6 нед.
- Актуальная терапия направлена на устранение синдрома острого воспаления, включает нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и базисная терапия. Профилактика остеопороза, лечебная физкультура, направленная на поддержание максимальной подвижности суставов и сохранение мышечной массы. Физиотерапевтические процедуры .

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ



Ревматоидный артрит
(последняя
стадия)

Деформация
большого
пальца

Отклонение
фаланг в локтевую
сторону

S-образная деформация





КЛАССИФИКАЦИЯ.

Клинико-анатомическая форма:

- РА (поли-, олиго-, моноартрит); РА с системными проявлениями, т.е. поражением ретикулоэндотелиальной системы, серозных оболочек, легких, сердца, сосудов, глаз, почек, нервной системы, амилоидоз органов, особые синдромы — псевдосептический, Фелти; РА в сочетании с деформирующим артрозом, диффузными болезнями соединительной ткани, ревматизмом; ювенильный артрит.

Клинико-иммунологическая форма:

- серопозитивный и серонегативный.

Стадии:

- Очень ранняя (<6 мес), ранняя (6 мес-1 год), развернутая (>1 года, типичные симптомы), поздняя (>2 лет, выраженная деструкция, осложнения).

Характер течения:

- мало прогрессирующее (доброкачественное), медленно прогрессирующее (классическое), быстро прогрессирующее.

Фаза и степень активности:

- ремиссия; активная фаза: минимальная (I), средняя (II), высокая (III).

Рентгенологическая стадия:

- I: Околосуставной остеопороз.
II: + сужение суставной щели, единичные эрозии.
III: + множественные эрозии, подвывихи суставов.
IV: + костные анкилозы

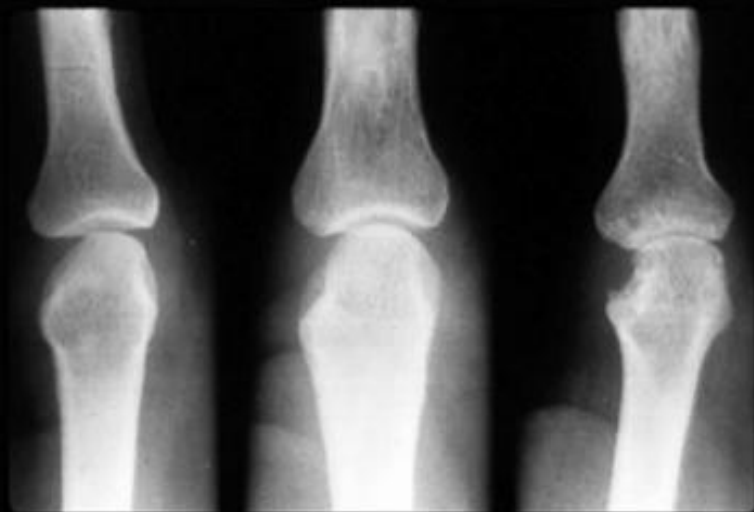


Функциональная недостаточность

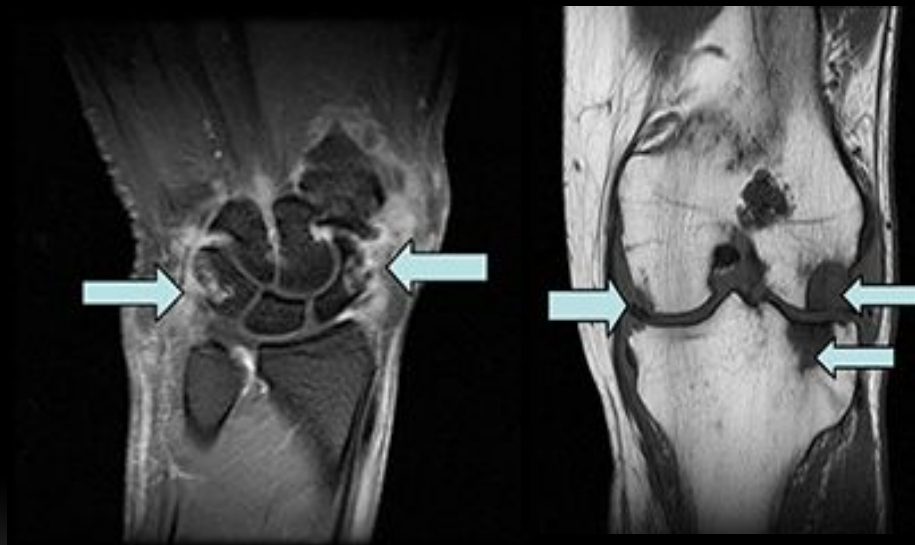
- I степень: сохранена профессиональная деятельность.
II степень: ограничена профессиональная деятельность.
III степень: ограничены непрофессиональная и профессиональная деятельность.
IV степень: органичено самообслуживание.



Рентгенография межфалангового артрита

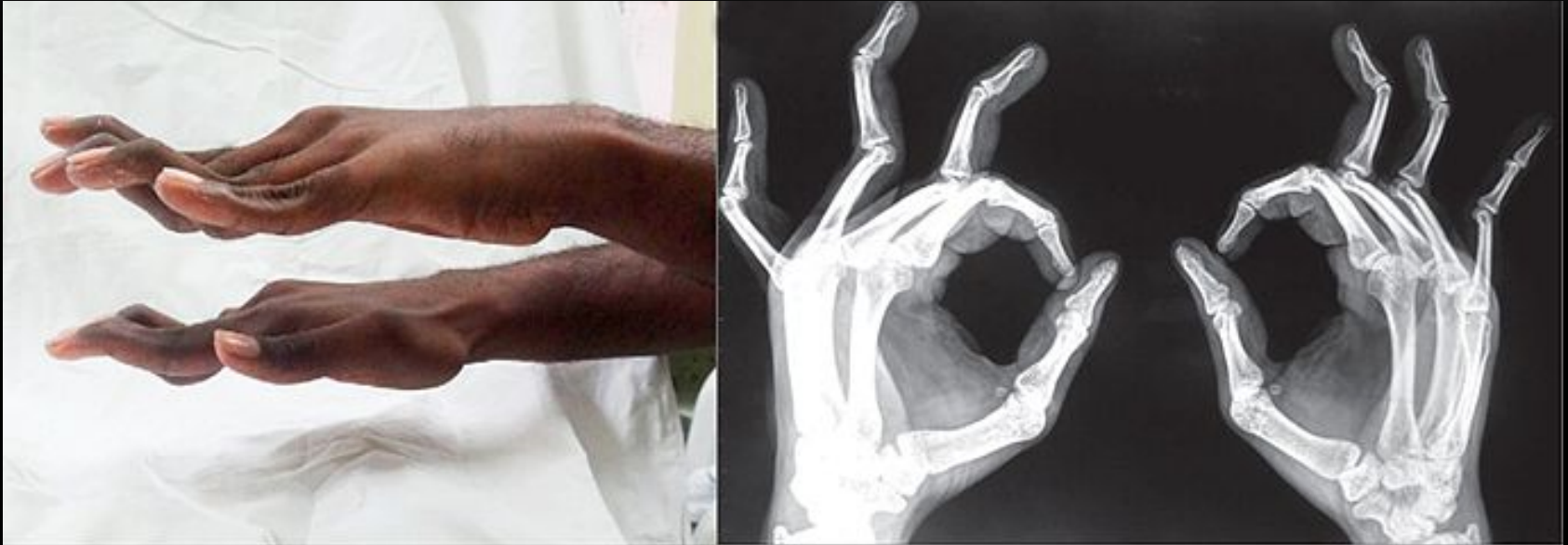


Магнитнорезонансное изображение воспаления запястья и коленного сустава



Артропатия Жакку

Деформация суставов кистей рук без местного воспаления и эрозий, СОЭ 68 мм/ч, СРБ 120 мг/л.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (ACR/EULAR, 2010)

| Категории | Характеристика | Баллы |
|--|--|----------|
| А. Поражение суставов* | 1 большой сустав. | 0 |
| | 2-10 больших суставов. | 1 |
| | 1-3 малых суставов. | 2 |
| | 4-10 малых суставов. | 3 |
| | >10 суставов (хотя бы 1 малый сустав). | 5 |
| В. Серологический тест | Отрицательные РФ и АЦП. | 0 |
| | Слабо+ тесты на РФ или АЦП. | 2 |
| | Высоко+ тесты на РФ или АЦП. | 3 |
| С. Маркеры острой фазы воспаления | Нормальный С-реактивный белок и СОЭ. | 0 |
| | Аномальные С-реактивный белок и СОЭ. | 1 |
| Д. Длительность симптомов | < 6 недель. | 0 |
| | >=6 недель. | 1 |
| Наличие 6 из 10 баллов указывает на определенный ревматоидный артрит. | | |

Примечание: АЦП - антитела к цитруллированному пептиду, РФ - ревматоидный фактор, СОЭ - скорость оседания эритроцитов.

1. Критерии используются у пациентов с синовитом (припуханием) хотя бы одного сустава, который не объяснить другими болезнями, например СКВ, подагрой или псориазом.
2. Большие суставы - плечевые, локтевые, тазобедренные, коленные, голеностопные. Малые суставы - пястнофаланговые, проксимальные межфаланговые, 2-5 плюснефаланговые, межфаланговый большого пальца, запястные.
3. * - исключая дистальные межфаланговые, первый запястнопястный, первый плюснефаланговый.
4. Слабо+ тесты - 3-кратное повышение от нормального уровня и ниже. Высоко+ тесты - более чем в 3 раза выше от нормального уровня.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНОГО МОГУТ ОЦЕНИВАТЬСЯ В
СООТВЕТСТВИИ С
РЕКОМЕНДАЦИЯМИ АМЕРИКАНСКОЙ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (АРА):
I-IV
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (ФК).

- Критерии диагностики : 1) утренняя скованность суставов не менее 1 час., существующая в течение 6 нед.; 2) артрит трех или большего количества суставов — припухлость периартикулярных мягких тканей или наличие жидкости в полости сустава, определяемое врачом по крайней мере в трех суставах; 3) артрит суставов кисти — припухлость хотя бы одной группы следующих суставов: проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых или лучезапястных; 4) симметричный артрит — билатеральное поражение проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых или плюсне-фаланговых суставов; 5) ревматоидные узелки — подкожные узлы, определяемые врачом, на разгибательной поверхности предплечья вблизи локтевого сустава или в области других суставов; 6) положительный РФ — наличие в сыворотке крови РФ, определяемого любым методом, позволяющим его выявить менее чем у 5% здоровых лиц в популяции; 7) рентгенологические изменения — наличие типичных для РА, изменений в лучезапястных суставах и суставах кисти. Диагноз РА ставится при наличии 4 из 7 критериев, при этом критерии 1-4 должны присутствовать у больного не менее 6 нед.

ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ РА:

- **Мало прогрессирующее** — длительный анамнез, небольшие изменения суставов, метеотропность и сезонность обострений со слабо выраженной (1 степень) активностью. На протяжении длительного периода времени не нарастает деформация и не отмечается вовлечения в процесс новых суставов; сохраняется прежняя рентгенологическая стадия, функциональная недостаточность суставов и функциональный класс. **Медленно прогрессирующее** — отличается четкой сменой фаз обострения и ремиссии без явного поражения внутренних органов. Постепенно в процесс вовлекается 1-2 новых сустава, нарастают деформация ранее пораженных суставов и рентгенологические изменения в пределах прежней стадии либо она увеличивается на одну степень.
- Функциональная недостаточность суставов и функциональный класс длительно сохраняются, либо постепенно повышаются на одну степень. **Быстро прогрессирующее** — отличается высокой активностью процесса, с развитием в течение одного года тяжелого артрита и висцеритов преимущественно у лиц молодого возраста. Происходит вовлечение в процесс трех и более новых суставов, выраженное нарастание деформации ранее пораженных суставов; увеличение рентгенологической стадии на две степени, увеличение функциональной недостаточности суставов и функционального класса на одну-две степени.

РАЗЛИЧАЮТ ЛЕГКУЮ, СРЕДНЮЮ И ТЯЖЕЛУЮ ФОРМУ РА.

- **Легкая:** суставная форма, мало или медленно прогрессирующее течение в фазе длительной ремиссии, отсутствие болевого синдрома и экссу-дагивных изменений в суставах, лабораторные показатели активности не превышают 1 ст., рентгенологически I или II ст., нарушение функции суставов I ст., ФК 1-й.
- **Средняя:** полиартикулярность поражения, частые или длительные обострения. II ст. активности, неполные ремиссии, серопозитивный, рентгенологически II-III ст., нарушение функции суставов II ст., ФК II-III.
- **Тяжелая:** суставные или суставная-висцеральная формы быстро прогрессирующего течения, либо классического течения с частыми и длительными обострениями II или III ст. активности, неполные и нестойкие ремиссии, III-IV рентгенологическая стадия, нарушение функции суставов III-IV ст. с развитием в них анкилозов и фиксации в функционально невыгодном положении; тяжелые малообратимые расстройства функции внутренних органов, центральной нервной системы; кахексия, ФК III-IV.

ПОКАЗАТЕЛИ РЕМИССИИ И СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ.

- **Ремиссия:**
- 1) продолжительность утренней скованности движений менее 30 мин;
2) удовлетворительное общее самочувствие больного;
3) отсутствие болей в суставах при активных и пассивных движениях;
4) отсутствие синовита;
- 5) отсутствие воспалительных изменений околосуставных мягких тканей и сухожильных влагалищ;
- 6) СОЭ не более 30 мм/час для женщин и не более 20 мм/час для мужчин. При этом 4 или более критериев должны сохраняться в течение двух месяцев и более. Активность определяется с учетом продолжительности утренней скованности, повышения температуры в области сустава, наличия экссудативных изменений, лейкоцитоза, повышения СОЭ, сиаловых кислот, СРБ, а2 и у-глобулинов, фибриногена.
- 1-я степень активности:
утренняя скованность 30 мин, СОЭ 16-20 мм/час, а2-глобулины до 12%, у-глобулины 20-23%, СРБ +.
- 2-я степень активности:
утренняя скованность до полудня, СОЭ 20-40 мм/час, а2-глобулины 12-15%, у-глобулины 25-30%, СРБ ++;
- 3-я степень активности:
скованность в суставах в течение суток, СОЭ более 40мм/час, а2-глобулины свыше 15%, у-глобулины свыше 30%, СРБ +++.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ СУСТАВОВ



- **1 степень** — для плечевого и тазобедренного ограничение амплитуды движения не превышает $20-30^\circ$; для локтевого, лучезапястного, коленного, голеностопного амплитуда сохраняется в пределах не менее 50° от функционально выгодного положения, для кисти в пределах $110-170^\circ$. **II степень** — для плечевого и тазобедренного амплитуда движений не превышает 50° , для локтевого, лучезапястного, коленного, голеностопного — уменьшается до $45-20^\circ$. **III степень**: сохранение амплитуды движений в пределах 15° , либо неподвижность суставов, анкилоз в функционально выгодном положении. **IV степень**: суставы фиксированы в функционально невыгодном (подтянутом) положении.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНОГО (ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КЛАССЫ — ФК)

- **I ФК** —

возможность выполнения всех повседневных обязанностей полностью, без посторонней помощи. **II ФК** — адекватная нормальная активность, невзирая на затруднения вследствие дискомфорта или ограниченной подвижности в одном или более суставах. **III ФК** — невозможность выполнения малого числа или ни одной из обычных обязанностей и самообслуживания. **IV ФК** — значительная или полная нетрудоспособность, прикованность к постели или коляске, малое или полное отсутствие самообслуживания.

Осложнения:

- вторичный амилоидоз — нефротический синдром; синдром мальабсорбции; остеопенический синдром — локальный и системный остеопороз; гематологические осложнения — цитопенический синдром, гипо-аплазия костного мозга; развитие неходжкинских лимфом, миеломной болезни, миелодиспластического синдрома; ревматоидный кардит; диффузный фиброзирующий альвеолит; двусторонний склерит.

ПРОГНОЗ

- К **благоприятным** признакам относится острое начало РА, возраст больных до 40 лет, мужской пол, продолжительность болезни менее 1 года; к **неблагоприятным** — постепенное начало, раннее поражение крупных суставов и появление костных узур, отсутствие или короткие периоды ремиссий, выявление РФ в сыворотке крови в течение первого года заболевания, высокие титры РФ, носительство антигенов HLA DR/DW4.
- Дифференциальный диагноз проводится с артритом при диффузных болезнях соединительной ткани, туберкулезе, саркоидозе, псориазе, болезни Бехтерева; гипертрофической остеоартропатией, деформирующим остеоартрозом, синдромом Рейтера, травматическим артритом.

ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА.

- Ревматоидный артрит с системными проявлениями (лихорадка, лимфаденопатия, анемия, гломеруло нефрит), серопозитивный, быстро прогрессирующее течение, активность II ст. рентгенологически — III ст. нарушение функции суставов II ст. ФК III.
- *Основной Ds:* Ревматоидный артрит, серопозитивный, развернутая стадия, активность II, эрозивный (R стадия II), с системными проявлениями (ревматоидные узелки), АЦЦП (-), ФН II степени.
Осложнение: Амилоидоз почек, ХБП III. **МКБ M05.8**
- *Основной Ds:* Вероятный ревматоидный артрит, серонегативный, ранняя стадия, активность II, неэрозивный (R стадия I), ФН I степени. **МКБ M06.9**

ЛЕЧЕНИЕ.

- Противовоспалительные препараты:
 - стероидная терапия
 - нестероидная терапия
- Иммуноактивная терапия.
- Анальгезирующая терапия.
- Борьба с инфекцией (урогенитальной, кишечной)
 - с целью устранения провоцирующих болезнь факторов.
- Психотерапия
- Мероприятия по восстановлению нарушений функции локомоторного аппарата: лфк, физиотерапия,

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

- Актуальная терапия направлена на устранение синдрома острого воспаления, включает нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и используется при медленно прогрессирующем течении с минимальной и умеренной активностью, преимущественно суставной форме. Базисная терапия применяется при быстро прогрессирующем течении, суставно-висцеральной форме, высокой активности процесса, неэффективности НПВП. Глюкокортикоиды назначаются при РА с высокой степенью активности и диагностированным васкулитом, при резко выраженных экссудативных проявлениях. Сдержанное отношение к стероидным гормонам связано с их отрицательным влиянием на кальциевый обмен и процессы костного ремоделирования. По специальным показаниям используются хирургические методы лечения — синовэктомия, ортопедические операции.

Подавление воспаления

- НПВП: диклофенак, напроксен, нимесулид.
- Кортикостероиды системно: преднизолон, метилпреднизолон.
- Кортикостероиды внутрисуставно: бетаметазон.

Модифицирующие болезнь препараты

- Соли золота: ауранофин, тауредон.
- Аминохинолины: гидроксихлорохин, хлорохин.
- Салазопрепараты: сульфасалазин.
- Цитостатики: метотрексат, азатиоприн, лефлуномид.
- Ингибиторы тумор-некротизирующего фактора: адалимумаб, инфликсимаб, этанерсепт.
- Ингибиторы интерлейкина-1: анакинра.
- Другие препараты: абатацепт, ритуксима, циклоспорин.

ВЫБОР БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА



| инфликсимаб | адалимумаб | метотрексат | сульфасалазин | метилпреднизолон |
|--|--------------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------|
| 3-5 мг/кг в/в через 2, 6, 8 нед. | 40 мг 1 раз в 2 недели п/к. | 7,5 мг 1 раз в нед. | 250-500 мг 4 раза. | 10-40 мг 1 раз. |

- Важным моментом в лечении ревматоидного артрита является профилактика остеопороза — восстановление нарушенного кальциевого баланса в направлении повышения всасывания его в кишечнике и уменьшения выведения из организма. Необходимым компонентом в комплексе противоостеопоротических мероприятий является диета с повышенным содержанием кальция. Источниками кальция являются молочные продукты (особенно твёрдый сыр, содержащий от 600 до 1000 мг кальция на 100 г продукта, а также плавленый сыр; в меньшей степени творог, молоко, сметана), миндаль, лесные и грецкие орехи и т. д., а также препараты кальция в сочетании с витамином D или его активными метаболитами.
- Важное значение в лечении имеет лечебная физкультура, направленная на поддержание максимальной подвижности суставов и сохранение мышечной массы.
- Физиотерапевтические процедуры (электрофорез нестероидных противовоспалительных средств, фонофорез гидрокортизона, аппликации димексида) и санаторно-курортное лечение имеют вспомогательное значение и применяются лишь при небольшой выраженности артрита.

ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ

- Трудоспособными признаются больные с легкой формой РА, работающие в доступных видах и условиях труда.

Временная утрата трудоспособности, обострение заболевания, усиление суставного болевого синдрома, развитие висцеральных проявлений, нарастание степени нарушений функции суставов и внутренних органов. При медленно прогрессирующем течении и активности 1-й степени сроки ВУТ до 30-35 дн., II-III степени до 2-3 мес., включая стационарное лечение; быстро прогрессирующем течении, суставно-висцеральной форме до 3-3,5 мес. После операции артропластики крупных суставов 3-4 мес., синовэктомии 2-3 мес.

- Противопоказанные виды и условия труда: работа, связанная с тяжелым и средней тяжести физическим напряжением, перегрузкой пораженных суставов, выполнением точных и мелких, требующих особой координации, движений, ходьбой или длительным пребыванием на ногах; предписанным темпом, вынужденным однообразным положением тела; пребыванием на высоте, обслуживанием движущихся механизмов, воздействием вибрации, высокой и низкой температуры производственной среды, аллергенов и профвредностей. повышенной влажности.



КРИТЕРИИ ИНВАЛИДНОСТИ:

для оценки ОЖД необходимо установить форму и характер течения заболевания, частоту и длительность обострений, степень активности, полноту ремиссии, локализацию, выраженность и рентгенологическую стадию поражения суставов, тяжесть висцеропатий, качество медицинской помощи и эффективность лечения, социальные факторы.

Стойкие и выраженные нарушения функций суставов и внутренних органов, сохраняющиеся после проведенной адекватной терапии на фоне поддерживающих доз противовоспалительных и базисных средств, ограничивают способность к передвижению, самообслуживанию, трудовой деятельности, обуславливают социальную недостаточность и нуждаемость в социальной защите и помощи.

III группа инвалидности определяется больным легкой и средней тяжести РА, с ограничением способности к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности I ст., работающим в противопоказанных видах и условиях труда, нуждающимся в рациональном трудовом устройстве, уменьшении объема выполняемой работы либо переводе на работу по другой профессии более низкой квалификации.

II группа инвалидности определяется больным средней и тяжелой формой РА, с ограничением способности к самообслуживанию, передвижению и трудовой деятельности II ст. В период относительной ремиссии в отдельных случаях больные могут выполнять профессиональный труд на дому или в специально созданных условиях.

I группа инвалидности определяется больным тяжелой формой РА, с ограничением способности к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности III ст. Больные в подобных случаях зависят в повседневной деятельности от помощи других лиц через короткие промежутки времени либо в постоянном постороннем уходе.

Причина инвалидности: наиболее частой является «общее заболевание»; при соответствующих анамнестических данных, документально подтвержденных, может быть установлена «инвалидность с детства».

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

- Санация хронических очагов инфекции, рациональный режим труда в благоприятных производственных условиях, удовлетворительные жилищно-бытовые условия; раннее выявление болезни, адекватное лечение в стационарных и амбулаторных условиях, диспансеризация; профотбор, профподбор, профориентация, проф-консультирование и обучение больных молодого возраста доступной профессии, рекомендации по трудоустройству в конкретных доступных видах и условиях труда; специальное оборудование рабочих мест; составление индивидуальной программы реабилитации и контроль за ее выполнением.
- 20% выздоравливает без каких-либо остаточных повреждений суставов, 20% выздоравливает при минимальных изменениях в суставах, у 50% болезнь переходит в хроническую с периодическим, различным по скорости течением и изменением сустава, и лишь у 10% больных наступают тяжелые функциональные нарушения.
- Средняя продолжительность жизни у больных ревматоидным артритом на 3-7 лет меньше