

**ГОУ ВПО «Сургутский Государственный университет»
Медицинский институт
Лечебный факультет
Кафедра общей врачебной практики**

**Заведующая кафедрой - доцент, к.м.н.
Корнеева Елена Викторовна**

Суставной синдром

Заболевания опорно-двигательного аппарата

Приблизительно **30%** населения имеют симптомы артрита и/или боли в спине.

Примерно **1** на **5-10** первичных амбулаторных обращений составляют **больные** с костно-мышечными нарушениями.

При признаках суставного синдрома выделены
3 группы заболеваний:

собственно
заболевания
суставов

системные
васкулиты

диффузные заболевания
соединительной ткани, когда наряду с
суставными проявлениями имеются
признаки полисистемного поражения

Основной жалобой больных является боль в суставе.

При артралгии первым этапом в диагностике должно быть выявление сопутствующего артрита.

Признаки воспаления
сустава отсутствуют

Выявление признаков
воспаления

Отек суставной области
и напряжение мягких тканей

Признаками артрита
являются:

- Отек
- Повышение температуры
- Покраснение
- Болезненность
- нарушение функции

один сустав

моноартрит

2-3 сустава

олигоартрит

**Более 3
суставов**

полиартрит

Классификация

1. Травмы:

- острый травматический синовит;
- гемартроз;
- перелом;
- гемофилия;
- разрыв крестообразной связки коленного сустава.

2. Септический артрит.

3. Кристаллические артриты:

- подагра;
- псевдоподагра;
- моноартрит плечевого сустава у пожилых лиц.

4. Некоторые полисуставные заболевания, при которых иногда наблюдается поражение одного сустава:

- РА;
- ювенильный РА;
- вирусный артрит;
- артрит при саркоидозе;
- синдром Рейтера;
- псориатический артрит;
- артрит при патологии кишечника;
- болезнь Уиппла.

Запомните!

Основные причины боли в единственном суставе - травмы, инфекция, отложение кристаллов солей (мочевая кислота, пирофосфат кальция и др.).

Хорошее правило - расценивать каждый острый моноартрит как инфекционный.

Хронический моносуставной артрит определяют как комплекс симптомов поражения одного сустава, сохраняющийся более 6 нед.

Причины.

воспалительные

- микобактериальная инфекция;
- грибковая инфекция;
- артрит Лайма;
- моноуставная форма РА;
- серонегативные спондилоартропатии;
- артрит при саркоидозе;
- синовит, вызванный инородным телом.

невоспалительные

- остеоартроз;
- внутрисуставные повреждения;
- асептический некроз кости;
- пигментный виллезнодулярный синовит;
- синовиальный хондроматоз;
- синовиома.

В некоторых случаях диагноз можно поставить на основании каких-то специфических признаков, например кожные бляшки при псориатическом артрите или симметричное поражение мелких суставов кистей с утренней скованностью более 1 ч при РА.

Надо учитывать остроту начала заболевания, выраженность воспалительного процесса, возраст и пол больного.

Особое внимание надо обращать на наличие или отсутствие системных симптомов!

Поражение кожи и слизистых - эритема в виде бабочки, кольцевидная эритема, многоформная экссудативная эритема, пурпура васкулитного типа, крапивница. Узелки (ревматические, геберденовские), подагрические тофусы, ксантомы.

Поражение глаз - ирит, иридоциклит, увеит, конъюнктивит, эписклерит, склерит. ё

Поражение легких - пневмония, плеврит.

Поражение мочевыделительной системы -
гломерулонефрит, гломерулит, амилоидоз, «истинно
склеродермическая почка, уретрит, простатит.

Поражение ЖКТ - дисфагия, абдоминальные кризы,
гепатолиенальный синдром.

Ревматоидный артрит

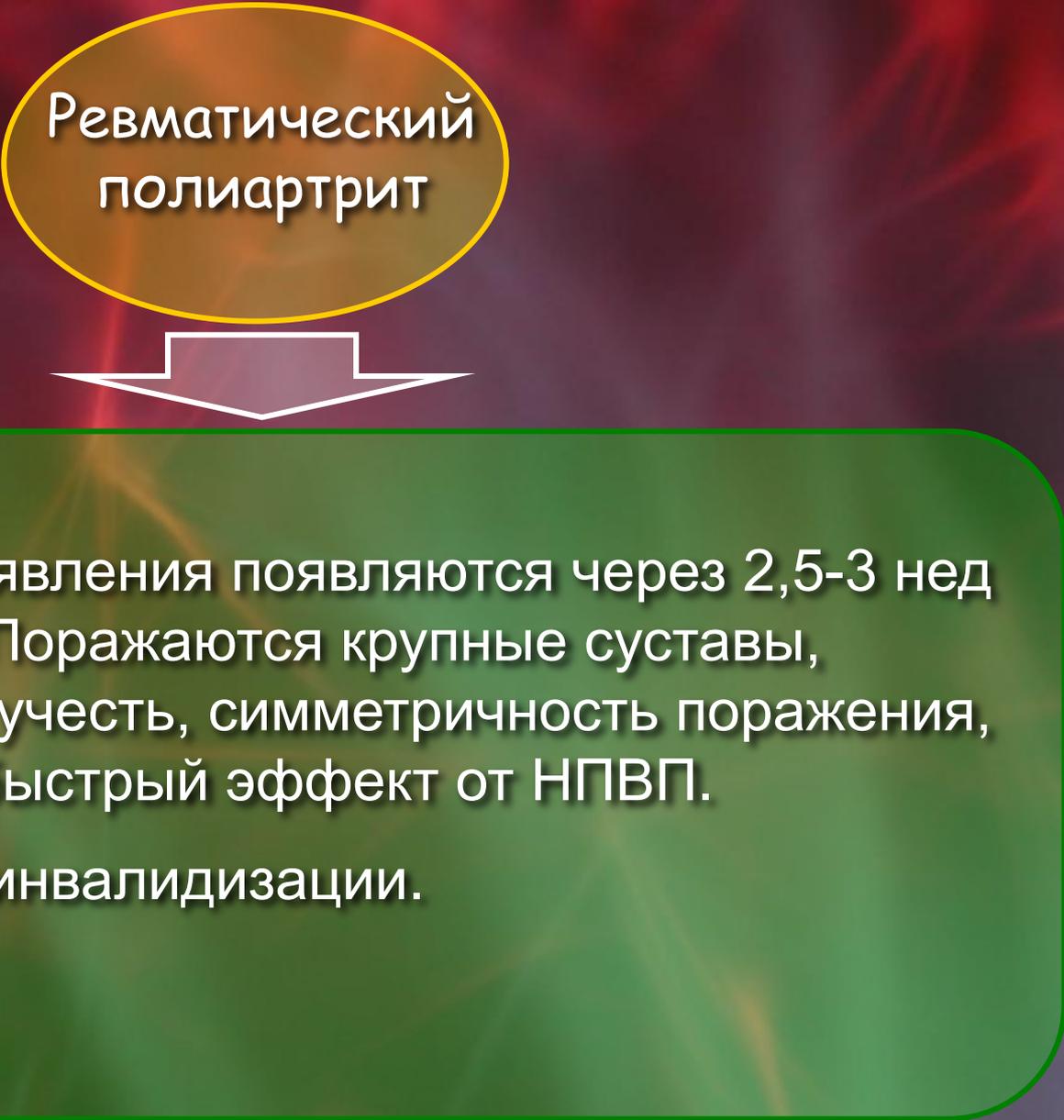


Утренняя скованность в суставах более 1 ч. Полиартрит.

Поражаются мелкие суставы кистей и стоп - пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые.

В период обострения и по мере прогрессирования заболевания выраженная деформация суставов.

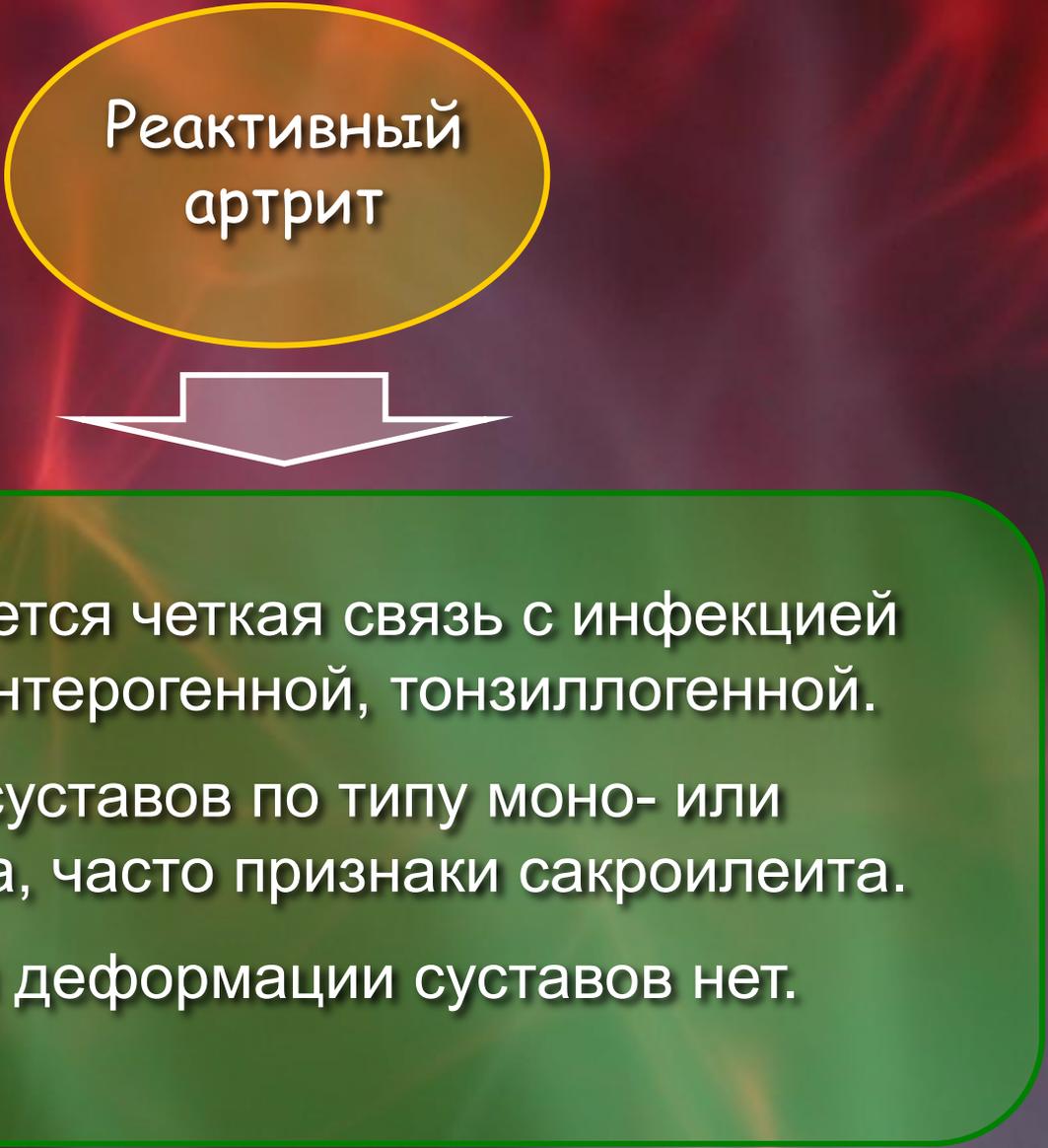
Ревматический полиартрит



Суставные проявления появляются через 2,5-3 нед после ангины. Поражаются крупные суставы, характерна летучесть, симметричность поражения, поразительно быстрый эффект от НПВП.

Нет суставной инвалидизации.

Реактивный артрит



Прослеживается четкая связь с инфекцией урогенной, энтерогенной, тонзиллогенной.

Поражение суставов по типу моно- или олигоартрита, часто признаки сакроилеита.

Выраженной деформации суставов нет.

Синдром Рейтера : Триада признаков

полиолигоартрит

КОНЪЮНКТИВИТ

уретрит

Анкилозирующий
спондило артрит

Прогрессирующее поражение позвоночника - спондилоартрит, могут поражаться крупные суставы.

Подагра

Рецидивирующие артриты, особенно поражение 1-го плюснефалангового сустава.

Псориаз

Поражение межфаланговых (в основном дистальных) суставов кистей, признаки сакроилеита.

Деформирующий
остеоартроз

Поражаются в основном крупные суставы, боли усиливаются при нагрузке.

Может быть выраженная деформация суставов.

Диагностика

1. Исследование синовиальной жидкости.
2. ОАК: лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.
3. Показатели острофазовой реакции - СРБ, фибриноген, сиаловые кислоты, протеинограмма.

Диагностика

4. Серологические тесты (определение РФ, ЛНЛ - диагностический маркер системных аутоиммунных ревматических заболеваний), антител к ДНК (подозрение на поражение почек при СКБ), антител к возбудителю болезни Лайма, АСЛ-О (ревматическая лихорадка), криоглобулинов (подозрение на криоглобулинемию), антинейтрофильных цитоплазматических антител (ЛИЦА), при подозрении на васкулит с поражением почек и легких, антифосфолипидных антител.

Диагностика

5. Рентгенологическое исследование суставов.

- при РА - краевые костные эрозии эпифизов;
- при псориатической артропатии - остеолиз дистальных фаланг пальцев;
- при деформирующем остеоартрозе - подхрящевой остеосклероз, остеофиты;
- при подагре - деструктивный артроз, «пробойники»;
- при болезни Бехтерева - сакроилеит, кальцификация связок позвоночника.

Диагностика

6. *Артроцентез* - позволяет исключить инфекционный процесс в суставе.

7. *Артроскопия* - прямое визуальное исследование полости сустава. Оно позволяет устанавливать воспалительные, травматические и дегенеративные поражения менисков, связочного аппарата, хряща, синовиальной оболочки.

Диагностика

8. КТ помогает диагностировать артрит сложных суставов (подвздошнокрестцового, грудинно-ключичного), опухоли кости, а также травмы.

9. *Магнитно-резонансное исследование* используется при диагностике внутрисуставной патологии коленного сустава, разрыве мышц, асептического некроза, грыж межпозвоночных дисков.

10. Сцинтиграфия показана при подозрении на болезнь Педжета.

Подагра

Практически полная механизация, изменение питания в пользу **«фаст-фуда»** (*fastfood* - «быстрая еда»), алкоголь, стрессы наложили отпечаток на структуру заболеваемости и место в ней такого сложного обменного нарушения, как подагра.

Подагрой страдают в основном **мужчины** старше **40 лет**.

Пропорция больных мужчин и женщин составляет **9: 1**.

Подагра - клинический синдром, характеризующийся воспалением суставов, связанным с образованием кристаллов мочевой кислоты (уратов) на фоне гиперурикемии.

Синовиальная жидкость, полученная у больных подагрой, обладает более высокой способностью индуцировать образование кристаллов уратов.

Важное значение имеет не только концентрация мочевой кислоты, но и ее колебания, как в сторону повышения, так и снижения.

Причины развития подагры:

- прием алкоголя;
- употребление пищи, богатой пуриновыми основаниями;
- физическая нагрузка;
- травма;
- хирургическое вмешательство;
- кровотечения;
- различные острые процессы в организме, включая инфекционные заболевания;
- прием некоторых лекарственных препаратов;
- лучевая терапия.

Стадии развития подагры:

- Подагрический артрит.
- Тофусы (отложение кристаллов урата натрия в суставах, костной, хрящевой и мягких тканях).
- Подагрическая нефропатия.
- Нефролитиаз с образованием уратных камней.

Запомните!

В 50% случаев при первом подагрическом приступе страдает 1 плюснефаланговый сустав - классическое проявление подагры.

Клиника:

- внезапные нарастающие боли,
- покраснение,
- припухлость пораженного сустава,
- обездвиженность.
- Нелеченный подагрический артрит в первые атаки исчезает в течение нескольких дней.
- При ступы могут повторяться через разные промежутки времени - через несколько месяцев или даже лет.
- Между приступами больной обычно чувствует себя хорошо.
- Но с течением времени сокращается межприступный период, приступы становятся все более тяжелыми, затрагивают новые суставы.

Тофусы - это отложения кристаллов моноурата натрия.

Они развиваются в среднем через 6 лет после первого приступа, но у некоторых больных и раньше.

Размеры их бывают различными - от булавочной головки до небольшого яблока.

Отдельные тофусы сливаются, образуя большие конгломераты, они локализуются главным образом на ушных раковинах, в области суставов, чаще всего локтевых, а также коленных, на стопах (большой палец, тыл стопы, пятка), кистях - вокруг мелких суставов и на мякоти пальцев и, кроме того, в области пяточного сухожилия, сухожилий тыла кисти и других синовиальных сумок.

Наличие и характер тофусов определяют давность и тяжесть болезни, а также уровень гиперурикемии.

Развитие мочекаменной болезни и хронической уратной нефропатии являются частыми проявлениями хронической подагры и коррелирует с концентрацией мочевой кислоты в сыворотке крови и моче.

Общий анализ крови - во время острого подагрического артрита возможно значительное повышение СОЭ.

Биохимический анализ крови - определение креатинина, уровня мочевой кислоты.

Лабораторные изменения:

Исследование синовиальной жидкости: увеличение лейкоцитов, преимущественно нейтрофилов.

Наиболее важный метод диагностики - поляризационная микроскопия: обнаружение кристаллов урата натрия.

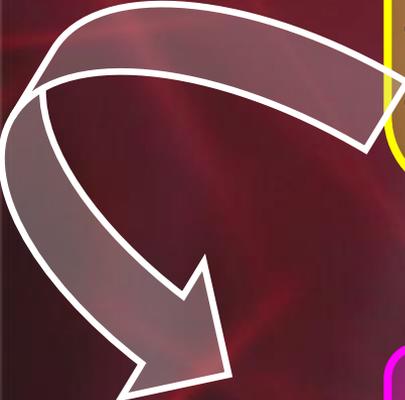
Подагра: острый артрит, 1-я атака.

Примеры формулировки диагноза:

Подагра: хронический артрит правого голеностопного, левого локтевого сустава, обострение. Ахиллобурсит.
ФН 1 СТ. Уролитиаз, хронический интерстициальный нефрит. **ХПН ОСТ.**

Дифференциальный
диагноз с:



- псевдоподагрой;
 - реактивным артритом;
 - палиндромным ревматизмом;
 - РА;
 - острой ревматической лихорадкой;
 - обострением остеоартроза.
- 

Прогноз благоприятный

В 20-50% случаев развивается уролитиаз, а причиной смерти 18-25% больных подагрой является почечная недостаточность.

Поддержание нормальной массы тела, потребление адекватного объема жидкости, покой и холод на область пораженного сустава, исключение приема лекарственных средств, повышающих уровень мочевой кислоты в сыворотке крови (в первую очередь диуретиков).

Из продуктов исключить любые алкогольные напитки (особенно пиво);

Ограничить: рыбу (икру, сельдь, сардины), ракообразные, мясо (телятину, свинину, баранину), овощи (горох, бобы, грибы, цветную капусту).

Можно употреблять: зерновые (каши, хлеб, отруби), все фрукты, жиры (масло, маргарин), кофе, овощи (картофель, салат, капусту, лук, морковь).

Лечение:

```
graph TD; A(Лечение:) --> B(НПВП); A --> C(ГК); A --> D(КОЛХИЦИН);
```

НПВП

ГК

КОЛХИЦИН

НПВП являются препаратами 1- го ряда.

диклофенак 25-50 мг 4 раза в сутки;

ибупрофен 800 мг 4 раза в сутки;

индометацин 25-50 мг 4 раза в сутки;

кетопрофен 75 мг 4 раза в сутки;

напроксен 500 мг 2 раза в сутки;

нимесулид 400 мг/сут.

Колхицин в настоящее время применяют реже, чем другие лекарственные средства, из-за медленного развития эффекта и высокой частоты осложнений (диарея). В основном при неэффективности НПВП или при наличии противопоказаний для НПВП.

Внутрь по 0,5-0,6 мг каждый час до купирования артрита (или появления побочных эффектов) или до достижения **максимально допустимой дозы 6 мг.**

Иногда по схеме: 1-й день - колхицин внутрь по 1 мг 3 раза в сутки после еды; 2-й день - колхицин внутрь по 1 мг утром и вечером; затем - колхицин внутрь по 1 г/сут.

Внутрисуставное введение ГК с обязательным предварительным промыванием сустава - чрезвычайно эффективный метод купирования острого подагрического артрита.

Системное назначение ГК не уступает по эффективности НПВП и колхицину и особенно оправдано при наличии противопоказаний для назначения этих лекарственных средств.

Преднизолон внутрь 0,5 мг/кг на первые сутки с последующим снижением дозы до 5 мг каждые последующие сутки;

триамцинолон ацетонид внутримышечно 60 мг, при необходимости повторить через 24 ч;

метилпреднизолон 50-150 мг внутривенно.

Аллопуринол внутрь по 50-100 мг/сут с титрованием до нормализации уровня уратов в сыворотке (« 6 мг% или 355 мкмоль/л); стандартная доза - 200-300 мг/сут, при необходимости - 600 мг/сут.

Абсолютные показания для назначения аллопуринола:

- ❑ частые атаки;
- ❑ клинические и рентгенологические признаки хронического подагрического артрита;
- ❑ образование тофусов в мягких тканях и субхондральной кости;
- ❑ сочетание подагры с почечной недостаточностью; нефролитиаз;
- ❑ увеличение уровня мочевой кислоты более 13 мг% у мужчин и более 10 мг% у женщин;
- ❑ суточная экскреция мочевой кислоты более 1100 мг; проведение цитотоксической или рентгенотерапии по поводу лимфопролиферативных опухолей.

Диспансеризация

Больные с подагрой нуждаются в **пожизненном диспансерном наблюдении**.

Периодичность врачебных осмотров зависит от вариантов течения болезни:

2 раза в год - при легком течении и
1 раз в 3 мес в случаях среднетяжелого и тяжелого течения.

Обследование: ОАК, исследование мочи по Нечипоренко, определение суточной урикозурии, содержание мочевой кислоты и креатинина в крови при каждом осмотре пациента.

Проведение УЗИ почек и рентгенографии суставов
- 1 раз в год.

Первичная

профилактика

Вторичная

показана лицам с
отягощенной по
подагре
наследственностью,
особенно при
сочетании АГ,
ожирения, тяги к
алкоголю.

направлена на
нормализацию уровня
мочевой кислоты в
сыворотке крови и его
постоянного поддержания,
устранение факторов,
способствующих
возникновению новых
подагрических приступов и
прогрессированию
заболевания.

Ревматоидный артрит

РА – это воспалительное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся симметричным хроническим эрозивным артритом (синовитом) периферических суставов и системным воспалительным поражением внутренних органов.

Распространенность

Женщины болеют в **3 раза чаще** мужчин.
Распространенность заболевания среди представителей разных рас одинакова, средний возраст начала заболевания - **35-45 лет**.

ЭТИОЛОГИЯ:

- экзогенные: вирусы (парвовирус В19, ретровирусы, вирус Эпштейн-Барра),
- бактериальные (микоплазма, микобактерии, кишечные бактерии), токсины;
- эндогенные: коллаген типа П, стрессорные белки и др.;
- неспецифические: травма, аллергены и др.

Патогенез



Основу патологического процесса при РА составляет синовит, развитие и прогрессирование которого связано с активацией CD4+ Т -лимфоцитов. Среди широкого спектра медиаторов, принимающих участие в иммунопатогенезе РА, большое значение передают «провоспалительным» цитокинам, таким как TNF, IL-1, IL-6.

Клинико-анатомическая характеристика:

1.1. РА: полиартрит, олигоартрит, моноартрит

1.2. РА с системными проявлениями: поражение РЭС, серозных оболочек, легких, сердца, сосудов, глаз, почек, нервной системы, амилоидоз органов

1.3. Псевдосептический синдром

1.4. РА в сочетании с деформирующим остеоартрозом, ревматизмом, диффузными болезнями соединительной ткани

1.5. Ювенильный РА (включая болезнь Стилла)

Иммунологическая характеристика:

2.1. Серопозитивный

2.2. Серонегативный

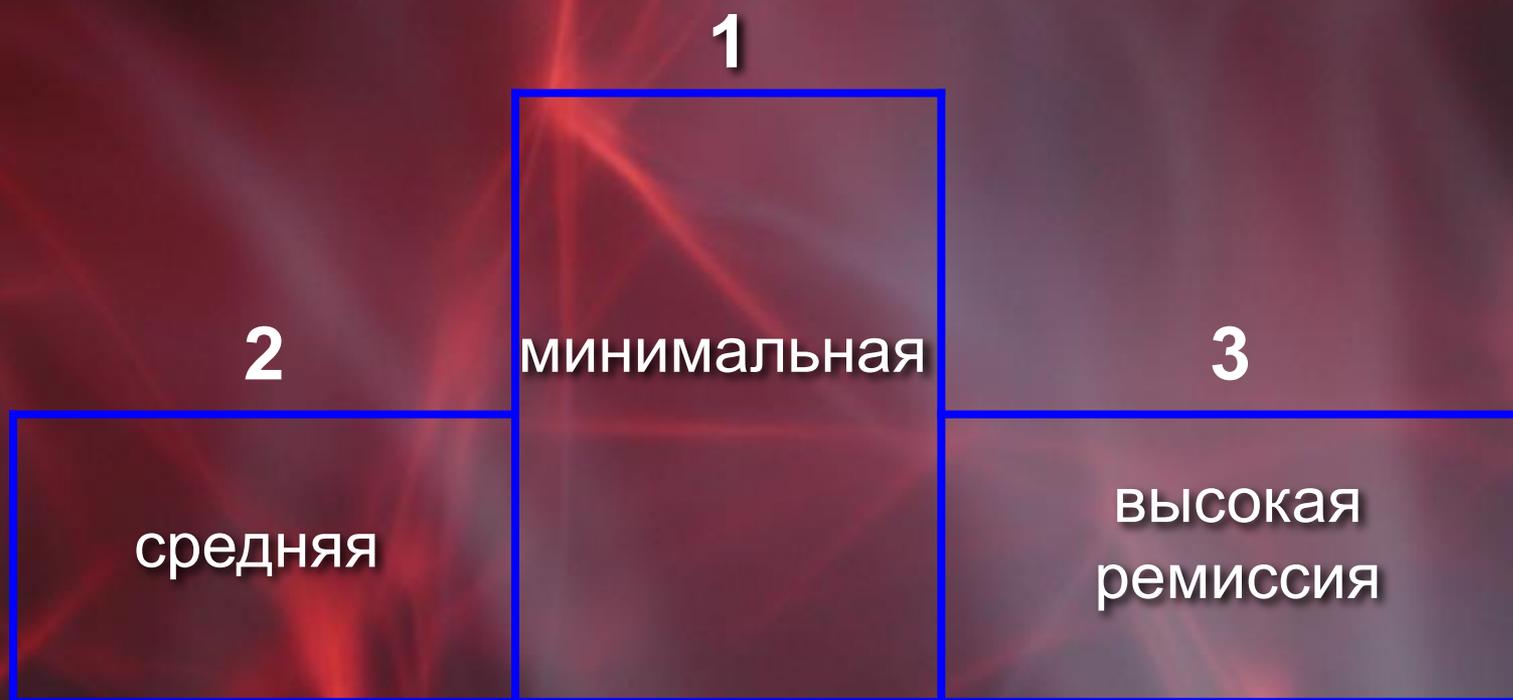
Течение болезни по клиническим данным:

3.1. Быстро прогрессирующее

3.2. Медленно прогрессирующее

3.3. Без заметного прогрессирования

Степень активности:



Рентгенологическая
стадия (РС):

**I - околоуставной
остеопороз**

**II - остеопороз, сужение
суставной щели (могут
быть единичные узур)**

**III - остеопороз, сужение
суставной щели**

**IV - то же и костные
анкилозы**

Функциональная недостаточность (ФН) опорно-двигательного аппарата:

○ - отсутствует

I - профессиональная трудоспособность сохранена

II - профессиональная трудоспособность утрачена

III - утрачена способность к самообслуживанию

Провоцирующими факторами могут быть инфекция, охлаждение, травма, физическое или нервное перенапряжение.

У многих пациентов развитию заболевания предшествуют грипп, ангина, обострение хронического тонзиллита.

Клиника

Начало заболевания чаще всего *подострое*.

Стойкая *полиартралгия* или *артрит* мелких суставов кистей.

Наибольшая *интенсивность болей* наблюдается во второй половине ночи и утром.

Боли сопровождаются ощущением общей или местной скованности.

Возникает симптом «тугих перчаток» или «симптом корсета», что часто затрудняет вставание с постели, одевание, причёсывание.

Характерной локализацией артрита является симметричное поражение пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, коленных, лучезапястных и других суставов.

«Суставы исключения» РА:

дистальные межфаланговые;
1 пястно-фаланговый;

проксимальный межфаланговый
сустав мизинца.

В период развернутой картины болезни у больных появляются общая слабость, астения, похудание, ухудшение сна и аппетита, субфебрильная температура тела.

Суставной процесс носит рецидивирующий и прогрессирующий характер.

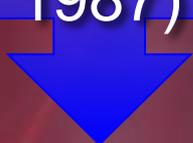
С каждым последующим обострением в процесс вовлекаются новые суставы.

Наряду с синовитом в патологический процесс вовлекается связочный аппарат, способствуя большей выраженности деформации и ухудшению подвижности.

Именно поражение сухожилий и снижение мышечной массы в области пораженных суставов способствуют формированию стойких деформаций:

- латеральное отклонение кисти
- «пуговичная петля» (сгибательная контрактура проксимальных и переразгибание дистальных межфаланговых суставов)
- «шея лебедя» (сгибательная контрактура дистальных и переразгибание проксимальных межфаланговых суставов)
- Визитная карточка РА, определяющая понятие, - «ревматоидная кисть».

Диагностические критерии РА (Американская ревматологическая ассоциация, 1987)



- ✓ Утренняя скованность (не менее 1 ч).
- ✓ Отечность (артрит) по меньшей мере в 3 суставных зонах.
- ✓ Отечность (артрит) хотя бы в одной из суставных зон (проксимальные межфаланговые (ПМФ), пястно-фаланговые (ПФ) или лучезапястные).
- ✓ Симметричность артрита.
- ✓ Подкожные узелки.
- ✓ РФ в сыворотке крови.
- ✓ Изменения на рентгенограммах кистей и лучезапястных суставов (эрозии или значительный суставной остеопороз)

Критерии с 1-4-й должны присутствовать не менее 6 нед.

Диагноз «РА» ставится при наличии не менее 4 критериев.

Чувствительность составляет 92%, а специфичность - 89%.

5 критериев выявляются при врачебном осмотре.

Лабораторные показатели

Определение IgM РФ (антитело к Fc-фрагменту IgG) обнаруживается в высоком титре у 80% больных, определяя особый вариант течения РА - серопозитивный, именно при котором часты системные проявления.

Острофазовые показатели воспаления (СОЭ, СРБ), которые коррелируют с выраженной активностью заболевания.

Уровень общего белка в сыворотке крови и γглобулинов, обнаружение анемии и тромбоцитоза.

Прогноз

Одна из причин неблагоприятного прогноза при РА - длительный период времени между началом болезни и поступлением пациента под наблюдение ревматолога, который может уточнить диагноз и назначить адекватное лечение.

Улучшение прогноза у пациентов с РА зависит от активного выявления этого заболевания на поликлиническом этапе врачами общей практики в амбулаторных условиях.

Алгоритм, предлагающий следующие показания для консультации ревматолога:

- ✓ наличие 3 и более воспаленных суставов;
- ✓ поражение пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов («+»-тест сжатия - болезненность при их поперечном сжатии с обеих сторон);
- ✓ утренняя скованность более 30 мин.

Ревматоидный артрит коленных суставов, серонегативный, I ст. активности, течение без заметного прогрессирования, РС I, ФН I.

Примеры формулировки диагноза:

Ревматоидный полиартрит с системными проявлениями: полисерозит, псевдосептический синдром, лимфаденопатия, серопозитивный, III ст. активности, быстро прогрессирующее течение, РС II, ФН III.

Дифференциальная диагностика

1. Артрит:

псориатический артрит;
энтеропатический артрит;
реактивный артрит;
анкилозирующий спондилоартрит;
полиартикулярная подагра;
псевдоподагра.

2. Системные заболевания соединитель ной ткани:

СКБ;
системная склеродермия;
первичный синдром Шегрена.

3. Системные васкулиты: гранулематоз Вегенера; пурпура Шенлейна- Геноха; ревматическая полимиалгия; саркоидоз; болезнь Бехтерева; остеоартроз; фибромиалгия.

4. Метаболические заболевания: остеомаляция; гиперпаратиреоз; гипотиреоз.

Инфекции:

- подострый бактериальный эндокардит;
-поствирусные артриты.

5. Другие заболевания: паранеопластический синдром; множественная миелома.

Смертность у больных РА выше, чем в общей популяции, от инфекций, поражения почек, ЖКТ, респираторных заболеваний.

Полагают, что одной из причин снижения продолжительности жизни является субклинически текущий васкулит, создающий предпосылки для раннего развития атеросклеротического поражения сосудов.

Лечение

Цели терапии:

- обучение больного, его родственников;
- обезболивание;
- уменьшение выраженности воспаления;
- защита суставных структур;
- борьба с системными проявлениями;
- поддержание функции сустава.

Обезболивание при РА:

- ✓ лекарственное (ненаркотические анальгетики, НПВП, местные средства, антидепрессанты, включая трициклические, наркотические анальгетики),
- ✓ нелекарственное (устройства, облегчающие передвижение, ортопедические аппараты (шины),
- ✓ Физиотерапия (трудотерапия, упражнения, аутоотренинг).

Медикаментозная
терапия РА

```
graph TD; A(Медикаментозная терапия РА) --> B(противовоспалительная); A --> C(базисная);
```

противовоспалительная

базисная

Противовоспалительное лечение

НПВП применяются

```
graph TD; A[НПВП применяются] --> B[локально]; A --> C[системно];
```

локально

системно

Локальное применение:

- ✓ 2,5% гель кетопрофена,
- ✓ 5% крем ибупрофена
- ✓ 1 % вводно-спиртовая жировая эмульсия диклофенака
диэтиамина - 10 см полоски крема на коленные суставы,
2-5 см - на суставы кистей, лучезапястные суставы.

Перорально:

неселективные
ингибиторы ЦОГ-1
и ЦОГ-2:

диклофенак натрия
100-150 мг в сутки,
напроксен 1000-1500 мг
в сутки, кетопрофен
300 мг в сутки;

селективные
ингибиторы ЦОГ-2:

мелоксикам 15 мг в
сутки однократно,
нимесулид по 200 мг
2 раза в день,
целекоксиб 200 мг
2 раза в сутки
во время еды.

ГСК применяются

```
graph TD; A[ГСК применяются] --> B[локально]; A --> C[системно];
```

локально

системно

Системное назначение:

Лечение низкими дозами (менее 10 мг/сут в перерасчете на преднизолон) - только в комбинации с базисными препаратами.

Средние/высокие дозы при тяжелых системных проявлениях с целью профилактики остеопороза на фоне лечения ГК обязателен прием препаратов кальция (1000-1500 мг) и витамина D (400-800 МЕ).

Внутрисуставное введение: триамцинолон по 10-40 мг в зависимости от размера сустава или дипроспан от 0,25 до 2 мл.

Базисная противовоспалительная терапия РА

позволяет замедлить рентгенологическое прогрессирование, снизить потребность в НПВП и ГКС, улучшить качество и продолжительность жизни.

Лечение «базисными» противоревматическими препаратами необходимо начинать как можно раньше, особенно у пациентов, у которых имеются следующие факторы риска:

- высокие титры РФ;
- выраженное увеличение СОЭ;
- поражение более 20 суставов;
- внесуставные проявления.

Ревматоидный артрит: лечение воспалительного
заболевания базисными препаратами

Медленно прогрессирующее заболевание

при отсутствии эффекта НПВП

гидроксихлорахин -
сульфасалазин - ауранофин
(очень редко)

на начальных стадиях
заболевания

метотрексат
- ленфлюномид
- внутримышечное введение
солей золота
- сульфасалазин
- азатиоприн
- D-пеницилламин (очень редко)

Больным, рефрактерным к
указанным препаратам

комбинацию базисных
препаратов
инфликсимаб
циклоспорин
циклофосфамид

Лекарственное средство	Время развития эффекта	Способ применения и общепринятая доза
Гидроксихлорахин	2-6 мес	200 мг/сут внутрь
Сульфасалазин	1-2 мес	По 1 г 2-3 раза в сутки внутрь
Метотрексат	1-2 мес	7,5-20 мг в неделю внутрь или внутримышечно
Ленфлюнамид	4-12 нед	10-20 мг/сут внутрь
Азатиоприн	2-3 мес	50-150 мг/сут внутрь
Пеницилламин	3-6 мес	250-750 мг/сут внутрь
Соединения золота: - кризанол - ауранофин	3-6 мес	25-50 мг каждые 2-4 нед внутримышечно по 3 мг 2 раза в сутки внутрь
Циклоспорин	2-4 мес	2,5-4 МГ/кг/сут внутрь

Более перспективным направлением лечения РА представляется комбинированная терапия «базисными» (метотрексат, лефлюнамид) и «биологическими» (инфликсикамб) лекарственными средствами.

Лефлюнамид является новым «базисным» противоревматическим препаратом, который был специально разработан для лечения РА.

Особенно он показан пациентам, «не отвечающим» на лечение метотрексатом или плохо его переносящим.

Химерные моноклональные антитела к TNF (инфликсимаб) являются «средством выбора» у пациентов, резистентных к терапии «базисными» препаратами, вызывают быструю положительную динамику основных клинических проявлений и лабораторных нарушений (СОЭ, СРБ), замедляют рентгенологическое повреждение суставов независимо от пола и возраста пациента.

Запомните!

Лечение базисными противовоспалительными препаратами и ГК назначает только ревматолог, и только он может корригировать лечение.

Экспертиза нетрудоспособности

медленно
прогрессирующее
течение I-II ст.

**Серопозитивный
РА:**

быстро
прогрессирующее
течение II-III ст.

активности 30-45 дней

активности 30-45 дней,
МСЭ

Экспертиза нетрудоспособности

медленно
прогрессирующее
течение I-II ст.

**Серонегативный
РА:**

быстро
прогрессирующее
течение II-III ст.

активности 30-45 дней

активности 60-100 дней,
МСЭ

При тяжелом РА больные признаются **инвалидами II группы**,
а при утрате способности к самообслуживанию - **инвалидами I группы**.

Диспансеризация

Амбулаторное наблюдение больных - врачи общей практики совместно с ревматологом.

Определение СОЭ и концентрации гемоглобина не реже **1 раза в 3 мес.**

Низкая концентрация гемоглобина в сочетании с повышенным СОЭ является **признаком** активности процесса и показанием к **консультации ревматолога.**

Диспансеризация

Определение РФ в динамике нецелесообразно, так как не отражает активности заболевания.

Рентгенография кистей и стоп примерно 1 раз в 12 мес.

Рентгенография таза с интервалом в 1 год у больных с признакам и поражения тазобедренных суставов.

Рентгенография шейного отдела позвоночника в положении сгибания и разгибания (при подозрении на атлантоосевой подвывих).

Остеоартроз

Остеоартроз (ОА), по международной классификации **остеоартрит**, - гетерогенная группа заболеваний различной этиологии, но со сходными биологическими, морфологическими и клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, периартикулярных мышц.

На него приходится до **80%** всей суставной патологии.

Распространенность ОЛ в разных регионах мира колеблется от 13,6 до 41,6% и значительно увеличивается с возрастом.

Заболевание коррелирует с возрастом, чаще развивается после 30-35 лет, а в возрасте 60 лет и старше встречается в 97%.

Заболевание чаще встречается у женщин.

Патогенез

Сложен и до конца не изучен.

В основе - дисбаланс между повреждающими и репарационными процессами в хряще, нестабильность этих процессов, приводящих к преобладанию деструкции хряща.

Но главное звено в патогенезе - деградация хряща, обусловленная активацией ряда биохимических процессов, а также провоспалительных цитокинов и металлопротеиназ.

Факторы риска:

```
graph TD; A(Факторы риска:) --> B(ожирение); A --> C(наследственные факторы); A --> D(возраст); A --> E(курение); A --> F(травма сустава в анамнезе);
```

ожирение

травма сустава в анамнезе

наследственные факторы

возраст

курение

Основные формы ОА

первичный
(идиопатический)

вторичный,
возникающий на
фоне различных
заболеваний

- локальный ОЛ (олиго- и моноартроз)
- генерализованный ОЛ
(с вовлечением пяти и более суставов).

Клиника

Заболевание начинается исподволь, малозаметно.

суставы ног, на которые приходится максимальная нагрузка: тазобедренные, коленные, голеностопные.

Вначале артралгия появляется при определенных условиях: долгое стояние, ходьба, подъем или спуск по лестнице.

Она быстро **проходит** в покое - так называемый «механический ритм» боли.

Характерен феномен «стартовых» болей. Когда больному с трудом даются только первые шаги. Так может **продолжаться годами**.

В дальнейшем артралгия приобретает упорный характер, может беспокоить больного по ночам и часто сопровождается утренней скованностью.

Самый большой клинический симптом ОА тазобедренного сустава (ОАТС) - боль при ходьбе.

Может локализоваться в паху, ягодице, по передней поверхности бедра, иррадиировать в коленный сустав или поясничную область, но может быть строго ограниченной областью сустава.

Второй симптом - скованность, которая появляется после любого неактивного состояния.

По мере **прогрессирования** - нарастающее укорочение пораженной конечности.

Хромота при ходьбе является дополнительным источником беспокойности больных и развития депрессии, усиливающей болевой синдром.

Возникновение бурситов в области большого вертела, которые осложняют болевой синдром и могут быть причиной ночных болей, невозможности спать на боку.

ОА кистей

Поражение дистальных межфаланговых суставов кисти.

Плотные, величиной с горошину, иногда болезненные при пальпации, обычно множественные узелки, чаще встречаются у женщин.

Они обусловлены костными краевыми остеофитами. Называют их «узелки Гебердена».

У **50% больных** с геберденовскими узелками отмечается аналогичное поражение проксимальных межфаланговых суставов - **узелки Бушара**.

Они располагаются на боковой поверхности сустава, отчего палец приобретает веретенообразную форму.

Результаты исследования синовиальной жидкости:

**высокая вязкость с
хорошо выраженным
симптомом «НИТИ»**

**жидкость прозрачная
желтого цвета**

**лейкоцитоз не
превышает
1000-2000 в 1 мл**

**нейтрофилов
менее 25%,**

**кристаллы и
возбудители инфекций
отсутствуют**

**выявление
сужения
суставной
щели.**

*Рентгенологическое
исследование:*

**субхондральный
склероз**

**краевые
остеофиты**

ОА первичный локальный:
правосторонний гонартроз, реактивный
синовит с малой активностью, ФН 1 ст.

Примеры формулировки
диагноза:

Последствия перелома шейки бедра справа.
Вторичный коксартроз, ФН I ст.

Течение и исход заболевания благоприятные.

Тем не менее во многих странах ОА занимает одно из первых мест среди причин, приводящих к инвалидности.

Смертность после операций по поводу ОА составляет 1%.

Лечение

Немедикаментозное:

- снижение избыточной массы тела; отдых пораженных суставов;
- упражнения, поддерживающие силу мышц; использование трости, костылей; наложение повязок;
- парафиновые ванночки для рук;
- шейный воротник;
- местные инъекции кортикостероидов;
- диатермия;
- местное применение раздражающих мазей;
- тепло и холод на суставы;
- стельки, уменьшающие нагрузку на суставы при ходьбе;
- гидротерапия.

Симптоматические лекарственные средства быстрого действия:

НПВП

Ведущий механизм, определяющий как активность, так и токсичность, связан с подавлением активности циклооксигеназы.

селективные
ингибиторы ЦОГ-1
(низкие дозы
ацетилсалициловой
кислоты);

селективные
ингибиторы
ЦОГ-2
(целекоксиб,
рофекоксиб).

НПВП можно разделить на 4 группы:

неселективные
ингибиторы ЦОГ
(диклофенак,
ибупрофен,
кетопрофен);

преимущественно
селективные
ингибиторы ЦОГ-2
(мелоксикам,
нимесулид);

НПВП следует назначать только в период усиления болей.

Диклофенак (75-150 мг в сутки) - является «золотым стандартом» в ревматологии.

Американской коллегией ревматологов
в качестве препаратов «первой линии»
для лечения ОА крупных суставов
рекомендуются ингибиторы ЦАГ-2:

- ✓ нимесулид (200 Мг/сут)
- ✓ мелоксикам (7,5 Мг/сут)
- ✓ целекоксиб (100-200 Мг/сут).

Симптоматические лекарственные средства медленного действия

Содержат естественные
компоненты суставного хряща:

хондроитин сульфат 750 мг 2 раза в сутки
- первые 3 нед, затем по 500 мг 2 раза в
сутки, длительность курса - 6 мес;

глюкозамин сульфат 1500 мг в сутки
однократно в течение 6 мес, повторными
курсами

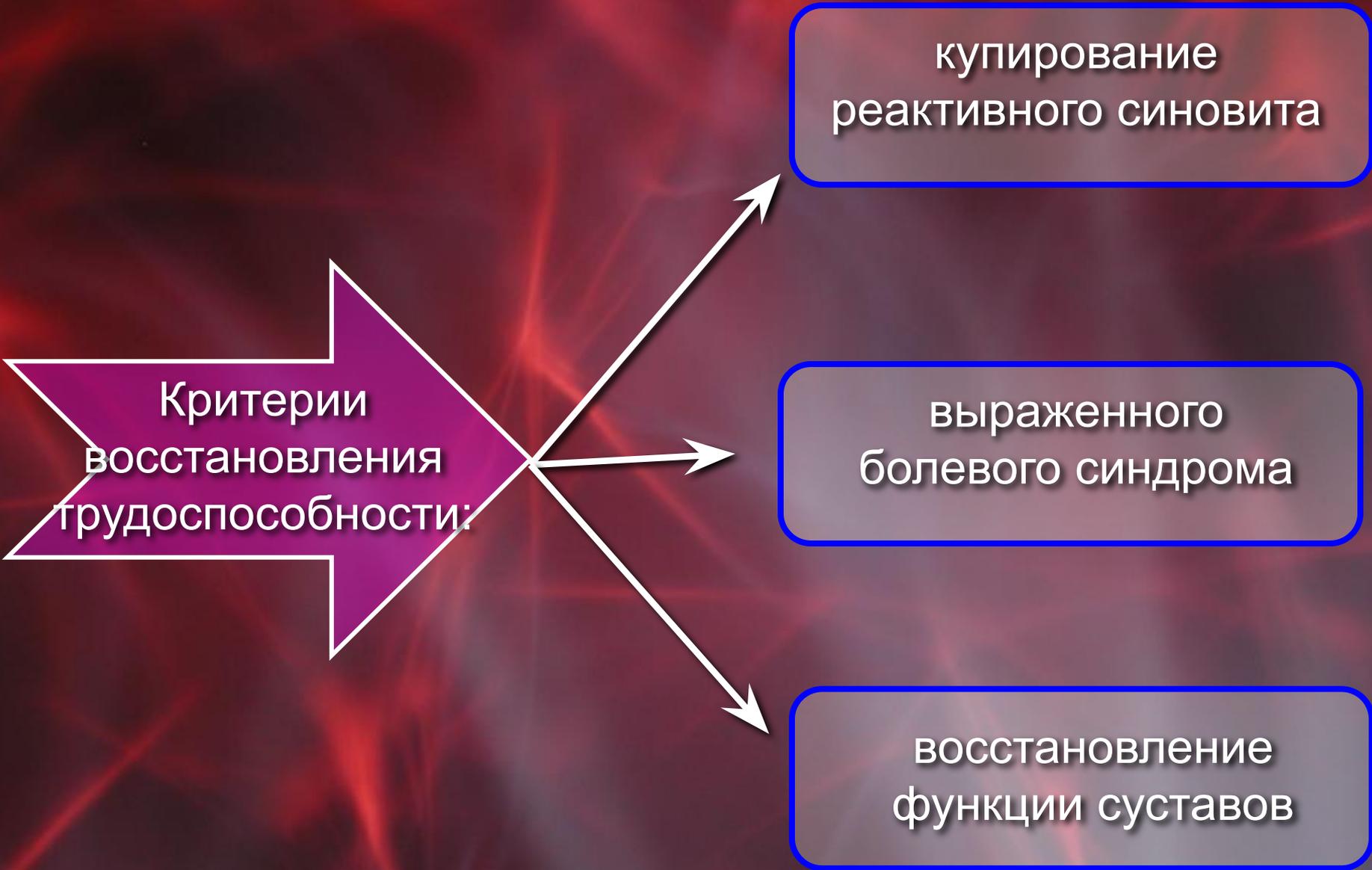
Хирургическое лечение

Эндопротезирование суставов показано у пациентов при тяжелом, инвалидизирующем поражении коленных и тазобедренных суставов, сопровождающимся сильными болями.

Экспертиза нетрудоспособности

Код по МКБ-10	Наименование болезни по МКБ-10	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
M15.0	Первичный генерализованный од	10-24
M15.3	Вторичный посттравматический полиартроз	15-30
M16.1	Первичный коксартроз односторонний	30-45
M17.1	Первичный гонартроз односторонний	10-25
M18.0	Первичный артроз I запястно-пястного сустава двусторонний	10-28

Критерии
восстановления
трудоспособности:



купирование
реактивного синовита

выраженного
болевого синдрома

восстановление
функции суставов

Диспансеризация:

На диспансерный учет берутся больные работоспособного возраста с поражением крупных суставов.

Диспансерные больные распределяются

на 4 группы:

- больные с компенсированным артрозом коленных суставов - плановые осмотры 2 раза в год;
- больные с декомпенсированным артрозом коленных суставов с явлениями синовита и периаартрита - плановые осмотры 3 раза в год;
- больные компенсированным и декомпенсированным коксартрозом - плановые осмотры 4 раза год;
- больные коксартрозом при наличии сопутствующих заболеваний плановые осмотры 4-5 раз в год.

Рентгенография суставов проводится 1 раз в год.

Профилактика

- уменьшение нагрузок на суставной хрящ: важно поддержание нормальной массы тела;
- в профессиональной деятельности следует избегать подъема тяжестей и движений, связанных с частым сгибанием колен;
- тренировка четырехглавой мышцы бедра снижает риск рентгенологических и клинических проявлений ОЛ коленных суставов у женщин;
- профилактика травм, в том числе спортивных.

Благодарю за внимание