

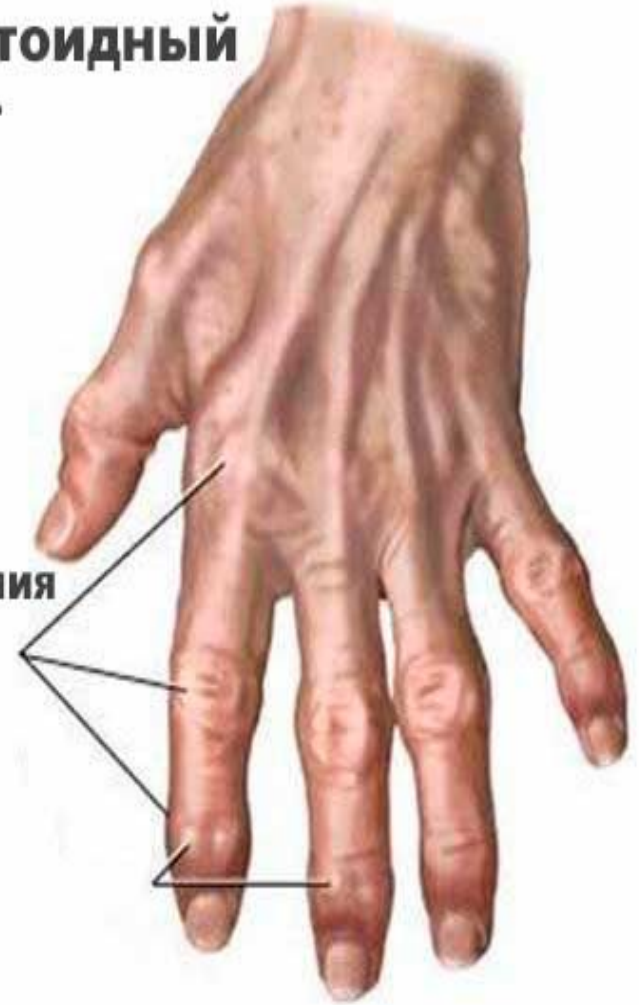
# Ревматоидный артрит (РА)



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

## Ревматоидный артрит

Воспаления



# Коды по МКБ-10:

**М05** Серопозитивный ревматоидный артрит;

**М06** Другие ревматоидные артриты;

**М05.0** Синдром Фелти;

**М05.1** Ревматоидная болезнь лёгких;

**М05.2** Ревматоидный васкулит;

**М05.3** Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем;

**М06.0** Серонегативный ревматоидный артрит;

**М06.1** Болезнь Стилла у взрослых;

**М06.9** Ревматоидный артрит неуточнённый.

**Утвержден протоколом заседания  
Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК  
№23 от 12.12.2013**

# Эпидемиология

- Ревматоидный артрит распространён по всему миру и ему подвержены все этнические группы. Распространенность 0,5-1 % (до 5 % у пожилых). От 5 до 50 человек на 100 000 населения заболевает каждый год. В 2010 году от ревматоидного артрита в мире умерло около 49 тысяч человек.
- Средний возраст начала заболевания составляет 40-50 лет для женщин и несколько больше для мужчин. Женщины заболевают в 3-5 раз чаще мужчин

# ЭТИОЛОГИЯ

- Как и для большинства аутоиммунных заболеваний, здесь можно выделить 3 основных фактора (ревматологическая триада):

## 1. Генетическая предрасположенность

- Наследственная склонность к аутоиммунным реакциям.
- Чаще встречается у носителей определенного антигена класса МНС II: HLA — DR1, DR4

## 2. Инфекционный фактор Гипотетические триггеры ревматических заболеваний

- парамиксовирусы — вирусы паротита, кори, респираторно-синцитиальной инфекции
- гепатовирусы — вирус гепатита В
- герпесвирусы — вирусы простого герпеса, опоясывающего лишая, [Цитомегаловирус](#), [вирус Эпштейна-Барр](#) (значительно выше в синовиальной жидкости \* больных РА)
- ретровирусы — [Т-лимфотропный вирус](#)

**3. Пусковой фактор (переохлаждение, гиперинсоляция, интоксикации, мутагенные медикаменты, эндокринопатии, стрессы и т. д.).** Для женщин длительность кормления грудью снижает вероятность развития РА. Кормление грудью в течение 24 месяцев и дольше понижает риск развития РА вдвое.

## **I Стадии клинических проявлений**

- очень ранняя: длительность до 6 месяцев;
- ранняя: 6 — 12 месяцев;
- развернутая: более года;
- поздняя: более двух лет.

## **II Активность болезни (DAS28)**

- 0 (ремиссия): DAS28 меньше 2,6;
- 1 (низкая): DAS28 2,6 — 3,2;
- 2 (средняя): DAS28 3,2 — 5,1;
- 3 (высокая): DAS28 больше 5,1

## **III Инструментальная характеристика**

- Наличие эрозии
- Рентгенологическая стадия (1-4)

## **IV Иммунологическая характеристика**

- Ревматоидный фактор: серо-позитивный/серо-негативный;
- Анти-ЦЦП: серо-позитивный/серо-негативный.

## **V Функциональный класс**

- I сохранение самообслуживания, непрофессиональной и профессиональной деятельности
- II сохранение самообслуживания, не профессиональной, нарушение профессиональной деятельности
- III сохранение самообслуживания, нарушение профессиональной и непрофессиональной деятельности
- IV нарушение всех видов деятельности

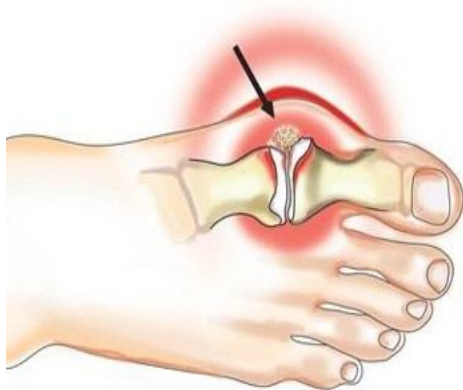
**КЛАССИФИКАЦИЯ**

# Критерии Американской лиги ревматологов (1997).



**Утренняя скованность** — скованность по утрам в области суставов или околосуставных тканей, сохраняющаяся не менее 1 час, существующая в течение 6 недель.

**Артрит** 3 или более суставов — припухание периартикулярных мягких тканей или наличие жидкости в полости сустава, установленные врачом по крайней мере в 3 суставах.



Артрит суставов пальцев и стопы  
воспалительный процесс, поражающий ткань сустава

## Оценка активности РА

Показатели	Степень активности			
	0	I	II	III
Утренняя скованность	Нет	30 минут	До 12 ч. дня	На протяжении дня
Гипертемия сустава	Нет	Незначительная	Умеренная	Выраженная
Эскудативные изменения	Нет	Незначительная	Умеренные	Выраженные
СОЭ, мм / год.	До 12	До 20	До 40	Больше 40
$\alpha_2$ - глобулины	До 10	До 12	До 15	Больше 15
С-реактивный белок	Нет	+	++	+++ и больше



- **Симметричный артрит** – двустороннее поражение суставов (пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, плюснефаланговых).

### **Ревматоидные узелки** –

подкожные узелки (установленные врачом), локализующиеся преимущественно на выступающих участках тела, разгибательных поверхностях или в околосуставных областях (на разгибательной поверхности предплечья, вблизи локтевого сустава, в области других суставов).



**РФ** – обнаружение повышенных титров в сыворотке крови любым стандартизованным методом.

**Рентгенологические изменения, типичные для РА:** эрозии или околосуставной остеопороз, декальцификация кости (кисты), локализующиеся в лучезапястных суставах, суставах кистей и наиболее выраженные в клинически поражённых суставах.

Диагноз РА ставят при наличии не менее 4 из 7 критериев, при этом критерии с первого по четвёртый должны сохраняться по крайней мере в течение 6 недель.

Для новых диагностических критериев выбраны четыре группы параметров, а каждый параметр на основании многомерного статического анализа получил балльную выраженность, при сумме баллов 6 и более устанавливается определенный диагноз РА.

Необходимо собрать сведения о сопутствующей патологии, предшествующей терапии, наличии вредных привычек.



Рис. 1. Больная Н. РА 1-й стадии.

Обзорная рентгенография кистей. Незначительный околоуставной остеопороз. Единичные кистовидные просветления костной ткани в пястных головках. Незначительно сужены щели отдельных пястно-фаланговых (ПЯФ) суставов



Рис. 11. РА 4-й стадии.

Обзорная рентгенография кистей. Выраженный распространенный остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани. Сужены щели всех суставов. Множественные эрозии костей и суставных поверхностей. Множественные вывихи и подвывихи суставов. Выраженные деформации эпифизов костей. Костные анкилозы суставов запястий. Сгибательные и разгибательные контрактуры суставов



Рис. 10. Больной П. РА 4-й стадии.

Обзорная рентгенография дистальных отделов стоп. Выраженный распространенный остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани. Сужены щели суставов. Множественные эрозии костей и суставных поверхностей. Множественные вывихи и подвывихи суставов, деформации многих костей. Эрозивные артриты суставов предплюсны

Нормальная  
рука



Figure 1

Ревматоидный  
артрит

Эрозия  
кости

Смещение  
кости



Figure 2





**Для  
ревматоидного  
артрита  
характерно  
симметричное  
поражение  
суставов: кистей  
рук, локтей,  
плечей, коленных,  
голеностопных и  
тазобедренных.**

# Жалобы и анамнез

## **Варианты начала**

Характерно разнообразие вариантов начала заболевания. В большинстве случаев заболевание начинается с полиартрита, реже 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.

- **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 выраженными системными явлениями (фебрильная лихорадка, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия) чаще наблюдается у молодых пациентов (напоминает болезнь Стилла у взрослых).
- **«Палиндромный ревматизм»** : множественные рецидивирующие атаки острого симметричного полиартрита суставов кистей, реже – коленных и локтевых суставов; длятся несколько часов или дней и заканчиваются полным выздоровлением.

- **Рецидивирующий бурсит и тендосиновит**, особенно часто в области лучезапястных суставов.
- **Острый полиартрит у пожилых**: множественные поражения мелких и крупных суставов, выраженные боли, диффузный отёк и ограничение подвижности. Получил название «RSPE-синдром» (Remitting Seronegative symmetric synovitis with Pitting Edema — ремиттирующий серонегативный симметричный синовит с «подушкообразным» отёком).
- **Генерализованная миалгия**: скованность, депрессия, двусторонний синдром запястного канала, похудание (обычно развивается в пожилом возрасте и напоминает ревматическую полимиалгию); характерные клинические признаки РА развиваются позднее.

# Физикальное обследование:

- **•Кисти:** ульнарная девиация пястно-фаланговых суставов, обычно развивающаяся через 1—5 лет от начала болезни; поражение пальцев кистей по типу «бутоньерки» (сгибание в проксимальных межфаланговых суставах) или «шеи лебедя» (переразгибание в проксимальных межфаланговых суставах); деформация кисти по типу «лорнетки».
- **•Коленные суставы:** сгибательная и вальгусная деформация, киста Бейкера.
- **•Стопы:** подвывихи головок плюснефаланговых суставов, латеральная девиация, деформация большого пальца. •Шейный отдел позвоночника: подвывихи в области атлантаксиального сустава, изредка осложняющиеся компрессией спинного мозга или позвоночной артерии. •**Перстневидно-черпаловидный сустав** : огрубление голоса, одышка, дисфагия, рецидивирующий бронхит.
- **•Связочный аппарат и синовиальные сумки:** тендосиновит в области лучезапястного сустава и кисти; бурсит, чаще в области локтевого сустава; синовиальная киста на задней поверхности коленного сустава (киста Бейкера)



# ВНЕСУСТАВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Иногда могут превалировать в клинической картине.
  - **Конституциональные симптомы:** генерализованная слабость, недомогание, похудание (вплоть до кахексии), субфебрильная лихорадка.
  - **Сердечно-сосудистая система:** перикардит, васкулит, гранулематозное поражение клапанов сердца (очень редко), раннее развитие атеросклероза.
  - **Лёгкие:** плеврит, интерстициальное заболевание лёгких, облитерирующий бронхиолит, ревматоидные узелки в лёгких (синдром Каплана).
  - **Кожа:** ревматоидные узелки, утолщение и гипотрофия кожи; дигитальный артериит (редко с развитием гангрены пальцев), микроинфаркты в области ногтевого ложа, сетчатое ливедо.
  - **Нервная система:** компрессионная нейропатия, симметричная сенсорно-моторная нейропатия, множественный мононеврит (васкулит), шейный миелит.
  - **Мышцы:** генерализованная амиотрофия.
  - **Глаза:** сухой кератоконъюнктивит, эписклерит, склерит, склеромаляция, периферическая язвенная кератопатия.
  - **Почки:** амилоидоз, васкулит, нефрит (редко).
  - **Система крови:** анемия, тромбоцитоз, нейтропения. Кардиоваскулярные и тяжелыми инфекционные осложнения являются факторами риска неблагоприятного прогноза .

# Осложнения:

1. Вторичный системный амилоидоз.
2. Вторичный остеоартроз
3. Остеопороз (системный)
4. Остеонекроз
5. Туннельные синдромы (синдром карпального канала, синдромы сдавления локтевого, большеберцового нервов).
6. Подвывих в атланта-аксиальном суставе, в т. ч. с миелопатией, нестабильность шейного отдела позвоночника
7. Атеросклероз

# Варианты течения:

По характеру прогрессирования деструкции суставов и внесуставных (системных) проявлений течение РА варьируемо:

- Длительная спонтанная клиническая ремиссия (< 10%).
- Интермиттирующее течение (15-30%): периодически возникающая полная или частичная ремиссия (спонтанная или индуцированная лечением), сменяющаяся обострением с вовлечением в процесс ранее не поражённых суставов.
- Прогрессирующее течение (60-75%): нарастание деструкции суставов, поражение новых суставов, развитие внесуставных (системных) проявлений.
- Быстро прогрессирующее течение (10-20%): постоянно высокая активность заболевания, тяжёлые внесуставные (системные) проявления.

# Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Микрореакция
4. Анализ кала на скрытую кровь
5. Активность печеночных ферментов (АЛТ, АСТ)
6. Содержания креатинина, мочевины, общего белка, глюкозы, билирубина, холестерина
7. Содержание С-реактивного белка (С-РБ), ревматоидного фактора
8. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП)
9. При первичном установлении диагноза – ИФА на ЗППП (хламидии, гонорею, трихомонады), при положительном результате требуется предварительная санация очага инфекции до госпитализации

# Инструментальное обследование:

1. Рентгенография ОГК; ФЛГ;ЭКГ
2. Рентгенография кистей рук - ежегодно
3. Рентгенография костей таза (выявление асептического некроза головки бедренной кости) и остальных суставов – по показаниям
4. ФГДС
5. УЗИ органов брюшной полости

# Медикаментозное лечение

## Основные положения

Для уменьшения болей в суставах всем пациентам назначают НПВП

- НПВП оказывают хороший симптоматический (анальгетический) эффект
- НПВП не влияют на прогрессирование деструкции суставов

Рекомендуемые дозы НПВП: лорноксикам 8мг. 16 мг/сут в 2 приема, диклофенак 75-150 мг/сут в 2 приема; ибупрофен 1200-2400 мг/сут в 3-4 приема; индометацин 50-200 мг/сут в 2-4 приема (макс. 200 мг); кетопрофен 100-400 мг/сут в 3-4 приема; ацеклофенак 200 мг в 2 приема; мелоксикам 7,5-15 мг/сут в 1 прием; пироксикам 20 – 20 мг/сут в 1 прием; эторикоксиб 120 – 240 мг/сут в 1-2 приема; этодолак 600 – 1200 мг/сут в 3 – 4 приема.

Лечение РА основано на применении **БПВП**

- Лечение РА с использованием БПВП следует начинать как можно раньше, желательно в пределах 3 мес от момента появления симптомов болезни
- раннее начало лечения БПВП способствует улучшению функции и замедлению прогрессирования деструкции суставов
- «позднее» назначение БПВП (через 3-6 мес от начала болезни) ассоциируется со снижением эффективности монотерапии БПВП
- чем больше длительность болезни, тем ниже эффективность БПВП.

Эффективность терапии следует оценивать стандартизованными методами

# Глюкокортикоиды (ГК).

- Основные положения.
- ГК (метилпреднизолон 4 мг) в некоторых случаях замедляют прогрессирование деструкции суставов.
- Соотношение эффективность/стоимость ГК лучше, чем у НПВП.
- При отсутствии особых показаний доза ГК не должна превышать 8 мг /сут в пересчёте на метилпреднизолон и 10мг в пересчёте на преднизолон.
- ГК следует применять только в комбинации с БПВП.
- Большинство побочных эффектов ГК является неизбежным следствием ГК-терапии:
  - ◆ чаще развиваются при длительном приёме высоких доз ГК
  - ◆ некоторые побочные эффекты развиваются реже, чем при лечении НПВП и БПВП (например, тяжёлое поражение ЖКТ)
  - ◆ возможны профилактика и лечение некоторых побочных эффектов (например, глюкокортикоидного остеопороза).