



Ревматоидный артрит в практике врача-терапевта

Найданова Вероника Михайловна
к.м.н., врач-ревматолог ревматокардиологического отделения
ГБУ "Курганская областная клиническая больница"



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ

Российские
клинические рекомендации

Ревматология

Под редакцией
академика РАН Е.Л. Насонова



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЗОТАР-Медиа»



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Ревматоидный артрит

МКБ 10: M05, M06

Год утверждения (частота пересмотра): 2018 год (пересмотр каждые 5 лет)

ID: KP250

URL

Профессиональные ассоциации

- Ассоциация ревматологов России

Определение

Ревматоидный артрит (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

Этиология и патогенез РА

- Этиология неизвестна
- Генетическая предрасположенность (ассоциация с HLABRB1 геном)
- Гормональные факторы – продукция половых гормонов (эстрогены обладают иммуностимулирующим эффектом, андрогены – иммуносупрессивным)
- Бактериальная (стоматогенная) и вирусная инфекции
- Химические вещества, стресс, профессиональные вредности
- Наиболее достоверно установлено, что табакокурение является важным внешнесредовым фактором в развитии ревматоидного артрита

Эпидемиология РА

- Распространённость ревматоидного артрита среди взрослого населения в разных географических зонах мира колеблется от 0,5 до 2%
- В России зарегистрировано около 300 тысяч пациентов с ревматоидным артритом (около 0,61% от общей популяции)
- Соотношение женщин к мужчинам — 3:1
- Пик заболеваемости приходится на наиболее трудоспособный возраст — 40-55 лет
- Ревматоидный артрит вызывает стойкую потерю трудоспособности у половины пациентов в течение первых 3-5 лет от начала болезни
- Высокая частота развития кардиоваскулярной патологии, тяжелых инфекций, онкологических заболеваний
- Осложнения ревматоидного артрита связаны с системным иммуновоспалительным процессом - ревматоидный васкулит, амилоидоз, интерстициальная болезнь легких и др.

Кодирование РА по МКБ-10

- ***Серопозитивный ревматоидный артрит (M05)***
 - M05.0 Синдром Фелти
 - M05.1 - Ревматоидная болезнь легкого (j99.0)
 - M05.2 - Ревматоидный васкулит
 - M05.3 - Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем
 - M05.8 - Другие серопозитивные ревматоидные артриты
 - M05.9 - Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный
- ***Другие ревматоидные артриты (M06)***
 - M06.0 - Серонегативный ревматоидный артрит
 - M06.1 - Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых
 - M06.2 - Ревматоидный бурсит
 - M06.3 - Ревматоидный узелок
 - M06.4 - Воспалительная полиартропатия
 - M06.8 - Другие уточненные ревматоидные артриты
 - M06.9 - Ревматоидный артрит неуточненный

Основные симптомы, характерные для РА

- Утренняя скованность в суставах, ухудшение общего состояния, слабость, похудание, субфебрильная температура, лимфаденопатия
- 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
- Моно-олигоартрит коленных или плечевых суставов с последующим быстрым вовлечением в процесс мелких суставов кистей и стоп
- Острый моноартрит крупных суставов, напоминающий септический или микрористаллический артрит

Рентгенологическая классификация РА (по Штейнброкеру, в модификации)

- **I - околоуставной остеопороз** *(небольшой околоуставной остеопороз, единичные кистовидные просветления костной ткани, незначительное сужение суставных щелей в отдельных суставах)*
- **II – остеопороз + сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии** *(умеренный (выраженный) околоуставной остеопороз, множественные кистовидные просветления костной ткани, сужение суставных щелей, единичные эрозии суставных поверхностей (1-4), небольшие деформации костей)*
- **III – признаки предыдущей стадии + множественные эрозии + подвывихи в суставах** *(умеренный (выраженный) околоуставной остеопороз, множественные кистовидные просветления костной ткани, сужение суставных щелей, множественные эрозии суставных поверхностей (5 и более), множественные выраженные деформации костей, подвывихи и вывихи суставов)*
- **IV – признаки предыдущей стадии + костный анкилоз** *(умеренный (выраженный) околоуставной (распространённый) остеопороз, множественные кистовидные просветления костной ткани, сужение суставных щелей, множественные эрозии костей и суставных поверхностей, множественные выраженные деформации костей, подвывихи и вывихи суставов, единичные (множественные) костные анкилозы, субхондральный остеосклероз, остеофиты на краях суставных поверхностей)*



Рис. 1. Больная Н. РА 1-й стадии.
Обзорная рентгенография кистей. Незначительный
околосуставной остеопороз. Единичные кистовидные
просветления костной ткани в пястных головках.
Незначительно сужены щели отдельных пястно-фаланговых
(ПЯФ) суставов



Рис. 3. Больной З. РА 2-й стадии (неэрозивная форма). Обзорная рентгенография кистей. Выраженный распространенный остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани. Сужены щели большинства суставов. Неровность контуров и небольшие деформации отдельных эпифизов костей. Эрозий, вывихов и подвывихов суставов не выявляется. Небольшие остеофиты на краях суставных поверхностей костей в дистальных и проксимальных межфаланговых (ПМФ) суставах (симптомы узелковой формы остеоартроза)



Рис. 5. Больная Р. РА 2-й стадии (эрозивная форма). Обзорная рентгенография кистей. Незначительный околосуставной остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани (ПЯФ суставы, запястья). Сужены щели суставов (больше в запястьях). Единичная эрозия левой ладьевидной кости



Рис. 7. Больная М. РА 3-й стадии.

Обзорная рентгенография кистей. Выраженный распространенный остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани. Сужены щели большинства суставов. Множественные эрозии костей и суставных поверхностей. Множественные вывихи и подвывихи суставов, деформаций эпифизов костей. Костных анкилозов нет. Асимметричное поражение суставов запястий (больше слева)



Рис. 9. Больной П. РА 4-й стадии.

Обзорная рентгенография кистей. Утолщены и уплотнены мягкие ткани в запястьях и ПЯФ. Выраженный распространенный остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани. Сужены щели всех суставов. Множественные эрозии костей и суставных поверхностей. Множественные вывихи и подвывихи суставов запястий и 4-го правого ПМФ сустава. Множественные деформации эпифизов костей. Анкилозы суставов запястий. Коллапс костей запястий



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

Лабораторная диагностика РА

Для постановки диагноза и оценки активности заболевания:

- Ревматоидный фактор (IgM РФ) и антитела к циклическому цитруллинированной пептиду (АЦЦП) - основные диагностические лабораторные биомаркеры РА
- Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)
- С-реактивный белок (СРБ)

Для мониторинга переносимости терапии:

- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови: аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза (АЛТ и АСТ), креатинин

Лечение РА

Целью лечения является достижение стойкой клинической ремиссии или (альтернативная цель) как минимум стойко низкой активности болезни, что обеспечивает стабилизацию функциональных возможностей пациента, сохранение качества жизни и трудоспособности (“ Treat to target”)

Лечение РА

- Рекомендуется проводить лечение пациентов с РА врачом-ревматологом на протяжении всей жизни пациента
- Лечение пациентов с РА в виде исключения может проводить врач общей практики, но при консультативной поддержке врача-ревматолога
- Основу лечения составляет медикаментозная противовоспалительная терапия
- Лечение всеми противоревматическими препаратами может сопровождаться развитием нежелательных реакций, которые ухудшают течение болезни и требуют быстрого выявления и коррекции

Основные группы препаратов при РА

- Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)
- Глюкокортикоиды (ГК)
- Базисные противовоспалительные препараты (БПВП)

НПВП

- Поскольку НПВП не влияют на активность воспаления, прогрессирование деструкции суставов и могут вызывать тяжелые нежелательные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, кардиоваскулярной системы и др., их применение должно быть ограничено
- Выбор НПВП в большой степени определяется их безопасностью в отношении развития нежелательных реакций, чем эффективностью

ГК

Рекомендуется проводить лечение ГК в комбинации с метотрексатом (или другими БПВП) при раннем РА у пациентов:

- с высокой активностью заболевания в течение времени, необходимого для развития эффекта БПВП (bridge-терапия)
- коротким курсом до 3-6 месяцев при обострении заболевания в любой стадии РА

Рекомендуется отменить ГК как можно быстрее, желательно не позднее, чем через 6 месяцев от начала терапии, только врачами-ревматологами

БПВП

- Первый шаг в назначении БПВП – монотерапия метотрексатом или комбинированная терапия метотрексатом и стандартными БПВП (сульфасалазин, гидроксихлорохин) всем пациентам с РА при отсутствии противопоказаний
- Рекомендуется назначение БПВП всем пациентам с РА (включая пациентов с высокой вероятностью развития РА) как можно раньше, не позднее чем через 3–6 мес. от момента появления симптомов поражения суставов
- Рекомендуется назначение метотрексата пациентам с недифференцированным артритом при высокой вероятности развития РА

БПВП

- Рекомендуется начинать лечение с подкожной формы метотрексата у пациентов с «активным» РА (DAS 28 $\geq$ 5.1), которым показано назначение высокой дозы метотрексата ($\geq$ 15 мг)
- Рекомендуется назначить лефлуномид (20 мг/день) или сульфасалазин (3-4 г/день) при наличии противопоказаний для назначения метотрексата или плохой переносимости препарата

Комбинированная терапия РА

Рекомендуется назначение комбинированной терапии метотрексатом и другими стандартными БПВП (сульфасалазин, гидроксихлорохин в сочетании с глюкокортикоидами (ГК) или без ГК у пациентов с активным РА, имеющих факторы риска неблагоприятного прогноза и резистентность к монотерапии метотрексатом в максимально эффективной дозе в течение не менее 3-х месяцев

Диспансерное наблюдение при РА

- Рекомендуется всем пациентам с РА диспансерное наблюдение врача-ревматолога для мониторинга активности заболевания, эффективности и переносимости терапии, оценки прогрессирования деструкции суставов и коррекции терапии
- Эффективность терапии с использованием стандартизированных индексов следует оценивать до достижения ремиссии – не реже 1 раза в 3 месяца, при достижении стойкой ремиссии – 1 раз в 6 месяцев

Спасибо за внимание!

