

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., профессор Демко И. В.

Проверил: к.м.н., доцент Павлова Н.Ю.

## РЕФЕРАТ

Принципы диагностика и лечения ревматоидного артрита

Выполнил:

ординатор 2 года обучения

специальности «ОВП»

Курова Марина Витальевна

Красноярск, 2024

## Содержание

АКТУАЛЬНОСТЬ.....	3
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.....	4
ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ.....	4
ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ.....	5
ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.....	5
ОСОБЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ	
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА.....	6
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ.....	8
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ.....	9
ЛЕЧЕНИЕ.....	9
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	9
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	13
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	13

## **АКТУАЛЬНОСТЬ**

Ревматоидный артрит (РА) - иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание, характеризующееся прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов, развитие которого определяется сложным взаимодействием факторов внешней среды и генетической предрасположенности, ведущих к глобальным нарушениям в системе гуморального и клеточного иммунитета. Гетерогенность патогенетических механизмов РА находит свое отражение в существовании широкого спектра фенотипов и эндотипов заболевания, что позволяет рассматривать его не как «одну болезнь», а как клинико-иммунологический синдром.

*При отсутствии эффективной терапии продолжительность жизни у больных РА ниже на 3 года у женщин и на 7 лет у мужчин, в первую очередь за счет высокого риска развития коморбидных заболеваний - кардиоваскулярной патологии, остеопороза, тяжелых инфекций, интерстициального заболевания легких, онкологических заболеваний.* У многих пациентов с РА жизненный прогноз столь же неблагоприятен, как и при лимфогранулематозе, сахарном диабете 2-го типа, трехсосудистом поражении коронарных артерий и инсульте. РА вызывает стойкую потерю нетрудоспособности у половины пациентов в течение первых 3-5 лет от начала болезни, а через 20 лет треть пациентов **становятся полными инвалидами.**

РА является частым и одним из наиболее тяжелых иммуновоспалительных заболеваний человека, что определяет большое медицинское и социально-экономическое значение этой патологии. **Распространённость РА среди взрослого населения в разных географических зонах мира колеблется от 0,5 до 2%.** По данным официальной статистики, в 2017 году в России зарегистрировано более 300 тысяч пациентов с РА, в то время как по данным Российского эпидемиологического исследования РА страдает около 0,6% от общей популяции. Соотношение женщин к мужчинам — 3:1. Заболевание встречается во всех возрастных группах, но пик заболеваемости приходится на наиболее трудоспособный возраст - 40-55 лет. РА вызывает стойкую потерю трудоспособности у половины пациентов в течение первых 3-5 лет от начала болезни и приводит к существенному сокращению продолжительности их жизни, как за счет высокой частоты коморбидных заболеваний, в первую очередь инфекционных осложнений, так и характерных для РА внесуставных (системные) проявлений (ВП) и осложнений, связанных с системным иммуновоспалительным процессом - ревматоидный васкулит, АА, амилоидоз и др.

**Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

### **Серопозитивный ревматоидный артрит (M05)**

M05.0 Синдром Фелти

M05.1 - Ревматоидная болезнь легкого (199.0)

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

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Примерно в половине случаев заболевание начинается с постепенного (в течение месяцев) нарастания *болей и скованности преимущественно в мелких суставах кистей и стоп*. В дебюте заболевания клинические проявления бывают выражены умеренно и часто носят субъективный характер. Только у некоторых больных с очень активным течением заболевания выявляют классические признаки воспаления суставов, такие как **повышение температуры кожи над суставами и их отек (чаще коленных, реже — проксимальных межфаланговых и запястья)**. Иногда заболевание дебютирует как **острый моноартрит** крупных суставов, напоминающий септический или микрокристаллический артрит.

Болезнь может начинаться с *рецидивирующих бурситов и тендосиновитов*, особенно часто локализующихся в области лучезапястных суставов, приводя к развитию синдрома запястного канала.

У лиц пожилого возраста начало заболевания может проявиться в виде острого полиартрита мелких и крупных суставов с генерализованной полиартралгией или симптомов, напоминающих ревматическую полимиалгию.

Для большинства пациентов *характерно симметричное поражение суставов кистей* (проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых и лучезапястных), а также плюснефаланговых суставов.

**Наиболее частый и характерный признак воспаления синовиальной оболочки суставов при РА — утренняя скованность.** Ее длительность обычно тесно связана с выраженностью синовита и составляет не менее 1 ч.

Наиболее частыми системными (эксраартикулярными) проявления РА являются конституциональные симптомы (особенно депрессия), сердечно-сосудистые осложнения, связанные с артериальной гипертензией и атеросклеротическим поражением сосудов, интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ), ревматоидные узелки, лимфаденопатия, остеопороз, синдром Шегрена, которые ассоциируется с развитием тяжелого серопозитивного по РФ и АЦБ РА.

## ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

Приложение Г 1. Классификационные критерии РА (ACR/EULAR[19])

Критерий	Баллы
А. Клинические признаки поражения суставов (припухлость и/или болезненность при объективном исследовании) (0-5 баллов)	0
- 1 крупный сустав	1
- 2-10 крупных суставов	2
- 1-3 мелких сустава (крупные суставы не учитываются)	3
- 4-10 мелких суставов (крупные суставы не учитываются)	4
- >10 суставов (как минимум 1 мелкий сустав)	5
В. Результаты лабораторных методов определения РФ и АЦЦП (0-3 балла, требуется положительный результат как минимум 1 метода)	0
- Отрицательные	0
- Слабо положительные для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы, но не более, чем в 3 раза)	1
- Высоко положительные для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы более чем в 3 раза)	2
С. Результаты лабораторных методов определения «острофазовых» показателей (0-1 балл, требуется положительный результат как минимум 1 метода)	0
• Нормальные значения СОЭ и СРБ	0
• Повышение СОЭ или СРБ	1
Д. Длительность артрита (0-1 балл)	0
<6 недель	0
>6 недель	1

Для того чтобы поставить диагноз РА необходимо выполнить три условия:

1. Определить наличие у пациента хотя бы одного припухшего сустава по данным физикального осмотра.
2. Исключить другие заболевания, которые могут сопровождаться воспалительными изменениями суставов.
3. Набрать как минимум 6 баллов из 10 возможных по 4 позициям, описывающим особенности картины болезни у данного пациента.

## Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза рекомендуется у всех пациентов с подозрением на РА уточнять продолжительность симптомов артрита, длительность утренней скованности, наличие суточного ритма боли в суставах, стойкость признаков поражения суставов.

- наиболее ярким признаком воспаления суставов при РА является утренняя скованность, длительность которой обычно коррелирует с выраженностью синовита и составляет не менее 1 часа;

- у значительной части пациентов РА дебютирует с нехарактерных клинических проявлений, в связи с чем, диагноз по существующим критериям не может быть установлен при первичном обследовании. Такое состояние обычно классифицируется как недифференцированный артрит (НДА). Среди пациентов с НДА в течение 1 года наблюдения не менее 30% развивает типичный РА.

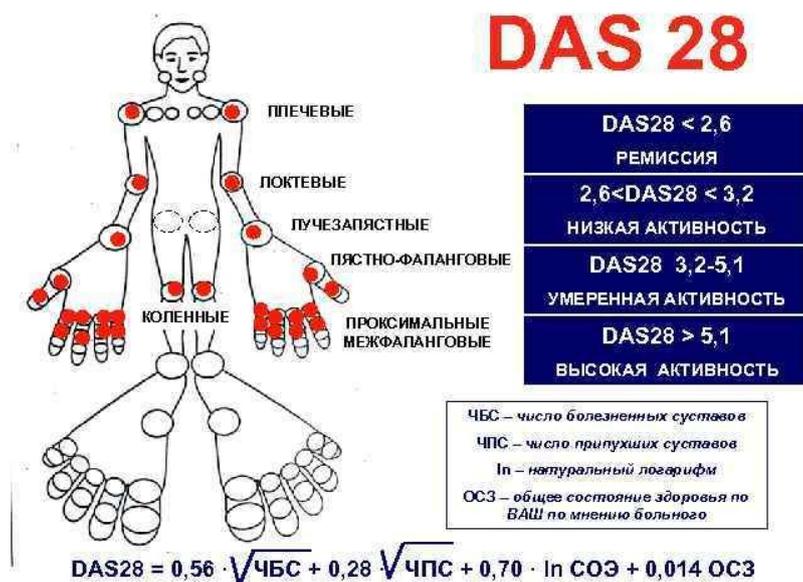
## Физикальное обследование

При проведении физикального обследования суставов у всех пациентов с НДА или РА рекомендуется оценивать:

- Припухлость суставов и локальную гипертермию кожи
  - Болезненность суставов при пальпации и движении
  - Объем активных и пассивных движений в суставах
  - Наличие деформаций суставов за счет пролиферации тканей, подвывихов и контрактур
- Характерным для РА считается **симметричное полиартикулярное воспаление ПФС и ПМФС кистей, лучезапястных суставов**. В ряде случаев поначалу превалирует поражение ПЛФС или крупных суставов

При проведении физикального обследования у всех пациентов с подозрением на РА и установленным диагнозом РА рекомендуется оценивать наличие и выраженность ВП. ВП встречаются почти у 50% больных РА.

К ВП РА относят: ревматоидные узелки, васкулит, плеврит, перикардит, нейропатию, поражение глаз, почек, синдром Шегрена, ИЗЛ. Развитие ВП считают фактором риска неблагоприятного прогноза в связи с увеличением показателя смертности



## Особые клинические формы

**Синдром Фелти** — очень редкая (1%) клиническая форма длительно протекающего серопозитивного РА, чаще встречается у женщин (соотношение женщин и мужчин 3:1) старше 40—50 лет. Симптомокомплекс включает стойкую гранулоцитопению ( $<2000/\text{мм}^3$ ), спленомегалию, гепатомегалию, тяжёлое поражение суставов, внесуставные проявления (васкулит, нейропатия, лёгочный фиброз, синдром Шёгрена), гиперпигментацию кожи нижних конечностей, сопровождается высоким риском инфекционных осложнений.

**Болезнь Стилла взрослых** - заболевание, характеризующееся рецидивирующей фебрильной лихорадкой, артритом, нейтрофильным лейкоцитозом, макулопапулёзной сыпью, высокой лабораторной активностью, серонегативностью по РФ и АЦЦП.

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Положительные результаты определения *IgM РФ и АЦЦП* в сыворотке крови входят в число классификационных критериев РА;

- определение содержания РФ в крови в высоких титрах служит для прогнозирования быстро прогрессирующего деструктивного поражения суставов и развития внесуставных проявлений при РА;

- определение АЦЦП имеет большое значение для диагностики раннего РА, серонегативного (по РФ) РА, дифференциальной диагностики РА с другими заболеваниями, прогнозирования тяжелого эрозивного поражения суставов и риска кардиоваскулярных осложнений;

**Общий (клинический) анализ крови развернутый и исследование уровня СРБ** в сыворотке крови количественным методом рекомендуется всем пациентам с НДА и РА с целью проведения дифференциальной диагностики с невоспалительными заболеваниями суставов и оценки активности воспаления. Повышение СОЭ и концентрации СРБ отражает локальный и системный воспалительный процесс при РА.

**Исследование синовиальной жидкости** для пациентов с РА характерно снижение вязкости синовиальной жидкости, рыхлые муциновые сгустки, зернистый осадок, цитоз ( $3,0-75,0 \times 10^9/\text{л}$ ), преобладание полиморфно-ядерных нейтрофилов (до 85%), повышение уровня общего белка (30-60 мг/л), увеличение уровня глюкозы (1,0-2,0 ммоль/л), уровня СРБ и РФ.

Определение содержания **антинуклеарных антител к Sm-антигену (антител к Ro/SS-A и La/SS-B)** целесообразно для диагностики первичного или вторичного синдрома Шегрена

## Приложение Г2. Определение активности РА

### Приложение Г2.1 Индекс DAS28

Название на русском языке: индекс активности РА, включающий 28 суставов

Оригинальное название (если есть): DAS28 (Desease activity score)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией) [21].

Тип: уравнение

Назначение: оценка активности РА

Содержание:  $DAS28 = (0,56 \text{ (ЧБС)}) + (0,28 \text{ (ЧПС)}) + (0,70 \ln(\text{СОЭ})) + (0,014 \text{ООСЗ})$

где ЧБС – число болезненных суставов, ЧПС – число припухших суставов из следующих 28: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные, которые поражаются при РА в первую очередь и хорошо доступны для объективного исследования.

СОЭ – скорость оседания эритроцитов по методу Вестергрена,

ООСЗ – общая оценка пациентом состояния здоровья в мм по 100 миллиметровой визуальной аналоговой шкале

Ключ (интерпретация):

- Ремиссия –  $DAS28 < 2.6$
- Низкая активность -  $2,6 \leq DAS28 \leq 3,2$
- Умеренная активность –  $3,2 < DAS28 \leq 5,1$
- Высокая активность –  $DAS28 > 5.1$

Общепризнанный метод оценки эффективности терапии РА основан на оценке исходного индекса DAS28 и динамики этого показателя на фоне терапии (критерии EULAR)

Конечное значение DAS28	Уменьшение DAS28		
	>1.2	0.6<1.2	<0.6
<3.2	Хороший эффект	Удовлетворительный эффект	Нет эффекта
3.2-5.1	Удовлетворительный эффект	Удовлетворительный эффект	Нет эффекта
>5.1	Удовлетворительный эффект	Нет эффекта	Нет эффекта

## Приложение Г2.2 Индекс CDAI

Название на русском языке: клинический индекс активности болезни

Оригинальное название (если есть): CDAI (Clinical Disease Activity Index)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией) [21].

Тип: уравнение

Назначение: оценка активности РА

Содержание:  $CDAI = ЧПС + ЧБС + ООАВ + ООЗБ$ , где ЧБС – число болезненных суставов, ЧПС – число припухших суставов, ООАВ – общая оценка активности врачом по ВАШ (см), ООЗБ – общая оценка заболевания больным по ВАШ (см)

Ключ (интерпретация):

- Ремиссия:  $\leq 2.8$
- Низкая активность: 2.8 – 10
- Умеренная активность: 10 - 22
- Высокая активность:  $> 22$

Оценка эффективности терапии по индексу CDAI:

- Удовлетворительный эффект - снижение CDAI на 7 баллов
- Хороший эффект - снижение CDAI на 15 баллов

## **Инструментальные методы диагностики**

*Рентгенография кистей и рентгенография плюсны и фаланг пальцев стопы* рекомендуется проводить исходно при установлении диагноза и далее всем пациентам с развернутой стадией РА каждые 12 месяцев с целью оценки прогрессирования деструкции суставов, с поздней стадией РА рекомендуется назначать при наличии клинических показаний

При подозрении на остеонекроз, септический артрит, перелом, новообразование рекомендуется проведение *рентгенографии плечевого сустава, рентгенография локтевого сустава, рентгенография таза, рентгенография коленного сустава, рентгенография голеностопного сустава.*

*Прицельную рентгенографию органов грудной клетки* рекомендуется проводить всем пациентам с РА с целью выявления ревматоидного поражения органов дыхания и сопутствующих заболеваний лёгких при первичном обследовании

*Компьютерная томография (КТ) органов грудной полости* с целью уточнения характера изменений (интерстициальное или очагового (ревматоидные узлы) поражение лёгких) и проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями *МРТ суставов кистей* для выявления синовита с целью подтверждения диагноза в сложных клинических ситуациях.

- изменения, выявляемые с помощью МРТ (синовит, теносиновит, остеоит и эрозии костной ткани), позволяют прогнозировать прогрессирование деструкции суставов.

**УЗИ суставов кистей и стоп** с использованием УЗИ (энергетический доплер) рекомендуется назначать как дополнительный метод мониторинга активности заболевания и эффективности проводимой терапии

### **Дополнительные методы диагностики**

**ФГДС** для пациентов получающим НПВП и/или ГК, наличии анемии с целью исключения эрозивно-язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки

**ЭхоКГ** рекомендуется проводить пациентам с РА при подозрении на перикардит, миокардит легочную артериальную гипертензию, поражения сердца, связанных с атеросклерозом

**Рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и шейки бедра** рекомендуется всем пациентам с РА каждые 12 месяцев при наличии следующих показаний:

- возраст старше 50 лет для женщин и 60 лет для мужчин;
- ранняя менопауза у женщин
- высокая активность заболевания (стойкое увеличение СРВ более 20 мг/л);
- рентгенологическая стадия Ш-1У по Штейнбрökerу или значение индекса НАР более 1,25;
- масса тела менее 60 кг;
- прием ГК (более 3х месяцев в дозе более 5 мг/сут).

### **ЛЕЧЕНИЕ**

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.

Современная стратегия лечения РА строится по принципам **«Лечения до достижения цели»** (“*Treat to target*”) и подразумевает активное назначение противовоспалительной терапии с момента установления диагноза, частый (как минимум каждые 3 мес. до достижения ремиссии, каждые 6 мес. после достижения ремиссии) и объективный (с применением количественных методов) контроль над состоянием пациента, изменение схемы лечения при отсутствии достаточного ответа на терапию вплоть до достижения целей лечения, после чего постоянное динамическое наблюдение

### **Принципы лечения**

1. Как только больному устанавливается диагноз РА, ему сразу должно быть назначено лечение синтетическим БПВП.

2. Цель лечения – как можно более быстрое достижение ремиссии или низкой активности болезни у каждого пациента. Если эта цель не достигается, необходим подбор терапии путем ее частого мониторинга (каждые 1–3 мес.).

3. Метотрексат должен быть частью первой стратегической схемы лечения у больных активным РА.
4. В случае противопоказаний к назначению метотрексата (или его непереносимости) следующие БПВП должны обсуждаться в качестве (первой) стратегии лечения: сульфасалазин, лефлуномид и соли золота (инъекции).
5. Для больных, ранее не получавших БПВП, рекомендуется монотерапия, а не комбинированная терапия синтетическими БПВП.
6. ГК могут быть полезны в качестве первоначального метода терапии (кратковременного) в комбинации с синтетическим БПВП.
7. Если после первоначального назначения БПВП цель терапии не достигнута, то при наличии факторов неблагоприятного прогноза (положительные тесты на ревматоидный фактор и антицитруллиновые антитела, раннее появление эрозий, быстрое прогрессирование, высокая активность болезни) должно быть обсуждено добавление ГИБП, а при отсутствии факторов неблагоприятного прогноза – переключение на другой синтетический БПВП.
8. Больным, недостаточно отвечающим на метотрексат и/или другие синтетические БПВП, должны быть назначены ГИБП. Текущая практика состоит в назначении ингибитора ФНО- $\alpha$ , который должен комбинироваться с метотрексатом.
9. При неудаче (неэффективности или непереносимости) терапии первым ингибитором ФНО пациенту должен быть назначен второй ингибитор ФНО, абатацепт, ритуксимаб или тоцилизумаб.
10. При рефрактерном тяжелом РА либо при наличии противопоказаний к ГИБП или указанным ранее синтетическим БПВП может обсуждаться назначение следующих препаратов в монотерапии или комбинации с вышеуказанными средствами: азатиоприн, циклоспорин А, циклофосфамид.
11. Стратегии интенсивного лечения должны применяться у каждого пациента, в первую очередь у больных с неблагоприятными прогностическими факторами.
12. Если у больного стойкая ремиссия, то доза ГК должна быть снижена, возможно обсуждение снижения дозы ГИБП, особенно если эта терапия комбинируется с синтетическим БПВП.
13. В случае длительной устойчивой ремиссии может быть обсуждено осторожное титрование дозы БПВП как общее решение врача и пациента.
14. У пациентов, имеющих факторы неблагоприятного прогноза и ранее не получавших БПВП, может быть обсуждено назначение метотрексата в комбинации с ГИБП (в качестве первой схемы лечения).
15. При подборе терапии, кроме активности болезни, должны учитываться такие факторы, как прогрессирование рентгенологических изменений, сопутствующие заболевания и соображения безопасности лечения.

В клинических рекомендациях EULAR по лечению РА делается акцент на максимально раннее начало терапии сильнодействующими медикаментозными средствами, такими как метотрексат и ГИБП. При этом для пациентов, имеющих серьезный прогноз, признается возможным использование комбинации метотрексата и ГИБП в качестве первой схемы патогенетической терапии.

**Медикаментозная терапия является главным методом лечения ревматоидного артрита.** Это единственный способ, позволяющий затормозить развитие воспалительного процесса и сохранить подвижность в суставах. Все другие методики лечения – физиотерапия, диета, лечебная физкультура – вспомогательные и без медикаментозного лечения не способны существенно повлиять на течение болезни.

**Основная цель лечения** – замедлить и, возможно, остановить прогрессирование болезни, сохранить функцию суставов и улучшить качество жизни пациента. Для этого необходимо подавить воспалительный процесс, снять боль, предупредить обострения и осложнения. При условии ранней диагностики и раннего начала медикаментозной терапии современными противоревматическими препаратами более чем у 50% пациентов удается добиться клинической ремиссии, то есть состояния, когда активное воспаление в суставах отсутствует, а пациент чувствует себя практически здоровым. В то же время ревматоидный артрит – хроническое заболевание, склонное к обострениям, поэтому для поддержания достигнутого успеха требуется длительная терапия поддерживающими дозами лекарств, а вопрос о возможности полного излечения до сих пор остается открытым.

**Основные лекарства для лечения РА – базисные противовоспалительные препараты.** К ним относят большое число разнообразных по химической структуре и фармакологическим свойствам лекарственных средств, таких как, метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин и т.д. Их объединяет способность в большей или меньшей степени и за счет различных механизмов подавлять воспаление и/или патологическую активацию системы иммунитета.

Наиболее активный базисный противовоспалительный препарат – метотрексат, с него обычно начинается терапия ревматоидного артрита. Генно-инженерные биологические препараты, как правило, добавляются к метотрексату при недостаточной эффективности. Лечебное действие метотрексата\*\* развивается медленно (за 1,5-2 месяца и дольше), но зато является очень стойким. Максимальное улучшение достигается обычно к шестому месяцу лечения, хороший клинический эффект наблюдается у 60-70% пациентов. Для улучшения переносимости лечения или более быстрого достижения эффекта рекомендуется применение подкожной лекарственной формы метотрексата. На фоне лечения метотрексатом обязателен прием фолиевой кислоты не менее 5 мг в неделю, не ранее чем через сутки после приема метотрексата.

**При наличии противопоказаний для применения метотрексата или плохой переносимости лечения, возможно назначение лефлуномида или сульфасалазина.**

Современным методом лечения ревматоидного артрита является применение так генно-инженерных биологических препаратов и *таргетных синтетических базисных противовоспалительных препаратов*. Генно-инженерные биологические препараты (не путать с биологически активными добавками) – это белковые молекулы, получаемые с использованием сложнейших биотехнологий, которые избирательно подавляют активность веществ (медиаторов), участвующие в развитии хронического воспаления. В России для лечения ревматоидного артрита зарегистрировано несколько генно-инженерных биологических препаратов: инфликсимаб\*\*, адалимумаб\*\*, этанерцепт\*\*, голимумаб\*\*, цертолизумаба пэгол, абатацепт\*\*, тоцилизумаб\*\*, ритуксимаб\*\*. ГИБП применяются в виде подкожных инъекций или внутривенных вливаний. В настоящее время все шире применяются таргетные синтетические базисные противовоспалительные

препараты, ингибирующие активность Янус киназы (тофацитиниб, барицитиниб, упадацитиниб), которые назначаются в виде таблеток, но по действию они близки к генно-инженерным биологическим препаратам.

Быстрый противовоспалительный эффект могут давать *глюкокортикоидные гормоны*. Обычно такие препараты (преднизолон или метилпреднизолон) назначают при высокой активности болезни в низких дозах (не более 2 таблеток в день), с последующим снижением дозы до 1 или менее таблеток, или полностью отменяют при достижении эффекта. Существует мнение о том, что глюкокортикоидная гормональная терапия опасна, но оно в целом не обосновано. В то же время глюкокортикоидные гормоны требуют очень грамотного обращения (например, нельзя быстро отменять препарат), поэтому решение о назначении гормональной терапии принимается индивидуально у каждого пациента. При очень высокой активности болезни может применяться пульс-терапия (введение высокой дозы гормонов внутривенно) для снятия обострения.

*Нестероидные противовоспалительные препараты представляют* собой важный компонент лечения ревматоидного артрита. Наиболее часто применяются диклофенак, нимесулид, мелоксикам, кетопрофен, целекоксиб для уменьшения боли и скованности в суставах. НПВП назначаются на раннем этапе болезни, когда эффект от лечения базисными противовоспалительными препаратами еще не успел развиваться и необходимо контролировать симптомы, чтобы дать пациенту возможность двигаться, работать, обслуживать себя. После того, как достигнуто полноценное улучшение на фоне терапии базисными противовоспалительными препаратами, НПВП многим пациентам отменяют. В то же время значительное число пациентов, особенно с тяжелой стадией ревматоидного артрита, вынуждены продолжать лечение НПВП длительно из-за постоянной боли.

Препарат	Рекомендации по применению	Стандартные дозировки	Обычные сроки развития клинического эффекта	Примечания
<b>Препараты первого ряда</b>				
Метотрексат	Активный ревматоидный артрит, любые формы	7,5–25 мг в неделю	6–12 нед	Рекомендуется сочетать с фолиевой кислотой 1–5 мг/сут
Лефлуноמיד	Активный ревматоидный артрит, любые формы	20 мг/сут	4–8 нед	Может применяться начальная «ударная» доза 100 мг/сут в течение 3 дней
Сульфасалазин	Ревматоидный артрит с умеренной активностью, преимущественно без системных проявлений	1–2 г/сут	8–12 нед	Назначаются с постепенным повышением дозы по 0,5 г в неделю до 2 г/сут
<b>Препараты второго ряда</b>				
Гидрохлорохин	Ревматоидный артрит с низкой активностью	200–400 мг/сут	3–6 мес	Сейчас редко применяется для монотерапии
Соли золота для парентерального применения	Ревматоидный артрит без системных проявлений	50 мг в неделю	3–6 мес	Препараты недоступны в России
Азатиоприн	Активный ревматоидный артрит	50–150 мг/сут	8–12 нед	Препараты недоступны в России
Циклоспорин А	Активный ревматоидный артрит	3–5 мг/кг/сут	4–6 нед	Требует контроля функции почек
Циклофосфамид	Ревматоидный артрит с системными проявлениями	50–100 мг/сут внутрь; 500–1000 мг в неделю в/в	4–8 нед	Применяется преимущественно парентерально при васкулите
Хлорамбуцил	Ревматоидный артрит с системными проявлениями	4–10 мг/сут	6–8 нед	Применяется редко в связи с гематологическими осложнениями
D-пеницилламин	Ревматоидный артрит без системных проявлений	150–1000 мг/сут	3–6 мес	Высокая частота нежелательных реакций

## **Заключение**

Ревматоидный артрит наиболее сложное и тяжелое заболевание суставов, отличающееся многообразием клинических проявлений. В связи с этим необходимо знать симптомы, лабораторные и инструментальные признаки болезни, что поможет оценить значение различных диагностических признаков и начать лечение.

Следует отметить, что лечение больных РА до настоящего времени представляет сложную задачу. Хроническое прогрессирующее, нередко инвалидизирующее течение заболевания создает множество социальных и психологических проблем, выключает больного человека из трудовой общественной деятельности. Поэтому в настоящее время нельзя, рассматривая вопросы лечения больных РА, отрывать их от вопросов реабилитации. Считаю, что наравне с методами медицинской реабилитации (фармакотерапия, ЛФК, физиотерапия, курортные факторы, хирургическое лечение и т.д.), очень важны психологические аспекты реабилитации. Отмечено, что больным РА свойственны: высокий уровень тревоги, частые депрессивные реакции, чувство неудовлетворенности своим положением в обществе, семье оценка будущего в пессимистических тонах. По мнению К. Темпска-Цирановича и соавт., особенно остро эта проблема стоит для молодых женщин. Болезнь накладывает свой отпечаток на личность больного, заостряет некоторые характерологические черты, делающие больного несколько обособленным, неуживчивым, что ведет, как правило, к конфликтным ситуациям в быту, на работе. В задачу психологической реабилитации входит коррекция этих нежелательных личностных тенденций. Задача весьма сложная и не менее важная, чем другие аспекты реабилитации. Безусловно, она посильна лишь врачу, который способен разбираться в психологии больного и имеет навыки психокоррекционной работы. Наиболее оптимальным здесь является содружественная работа ревматолога и психолога. Кроме того существуют социальные и трудовые аспекты реабилитации.

Как видно, проблема реабилитации больных РА — проблема комплексная; в решении ее большая роль принадлежит не только медикам-ревматологам, хирургам, физиотерапевтам и др., но и трудотерапевтам, психологам, социологам и т.д., усилия которых должны быть сконцентрированы в реабилитационных центрах. Отсутствие подобных центров не дает права ревматологу не уделять внимания различным немедицинским аспектам реабилитации, в которых ревматолог может и должен проявлять достаточную компетенцию.

## **Список используемой литературы**

1. Клинические рекомендации МЗ РФ «Ревматоидный артрит», 2024
2. Ревматология: национальное руководство. / Под ред. Е.Л. Насонова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 720 с.
3. Каратеев, Д. Е. Ревматоидный артрит / Д. Е. Каратеев. Москва, 2020. 59 с.
4. Насонов Е.Л., Мазуров В.И., Каратеев Д.Е. и др. Проект рекомендаций по лечению ревматоидного артрита Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» (часть 1). Научно-практ. ревматология. 2019;54(5):477–493.
5. Регистрационное удостоверение П N015225/03 (дата регистрации 07.10.2008, дата переоформления 10.08.2018) лекарственного препарата Метотрекат-Эбеве (метотрекат), раствор для инъекций, 10 мг/мл, Эбеве Фарма Гес.м.б.Х. Нфг. КГ