

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ (РА - M05, M06)

- РА – системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу хронического прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита. В любом случае - это тяжелое, хроническое заболевание, проявляющееся воспалительным артритом преимущественно суставов конечностей, как правило, симметричного характера. Возможны поражения кровеносной, сердечно-сосудистой и нервной систем, легких, глаз, слюнных желез и т. д.

Эпидемиология и проявляемость

- В Европе и Америке РА болеет от 1 до 3 % всего населения. Женщины болеют в 2-3 раза чаще, чем мужчины, хотя в пожилом возрасте различие в частоте заболеваемости может нивелироваться.

Этиология

■ По большому счету РА (как впрочем и многие другие болезни) - заболевание неизвестной этиологии. Имеются данные о значимости генетических факторов в этиологии РА. Так, среди гомозиготных близнецов конкордантность составляет 32% против 9% у гетерозиготных. У субъектов, болеющих РА, отмечена также повышенная выявляемость HLA антигенов DW4, DW14, DR4 и DR1.

- При наличии у индивидуума этих генетических маркеров риска, пусковыми факторами могут служить бактерии - кишечные палочки, иерсинии, клостридии и другие. Известно, что в генезе РА играют роль антитела к IgG- так называемый ревматоидный фактор (РФ). Установлено, что такие антитела появляются в крови животных при их повторной иммунизации *Escherichia coli* или некоторыми другими бактериями.

- **Патогенез. Множество теорий, но очень мало внятного.**

- **Классификация.**

По МКБ X-го пересмотра различают:

1. Серопозитивный РА (M05).
 2. РА со спленомегалией и лейкопенией (с.Фелти)(M0.0).
 3. РА с вовлечением других органов и систем (M05.3).
 4. Другие серопозитивные ревматоидные артриты (M05.8).
 5. Серопозитивный РА неуточненный (M05.9).
 6. Другие РА (M06).
 7. Серонегативный РА (M06.0).
 8. Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых (M06.1).
 9. Другие уточненные РА (M06.8).
 10. РА неуточненный.
- В нашей стране имеется классификация, предложенная Институтом ревматизма:

- **А. По формам: 1. РА (с уточнением - полиартрит, олигоартрит, моноартрит). 2. РА с системными проявлениями (уточнить какими). 3. Особые формы РА (синдром Фелти, Стилла).**
- **Б. По иммунологическим особенностям: серопозитивный и серонегативный (по выявляемости в крови РФ).**
- **В. По течению: 1. Медленно-прогрессирующий. 2. Быстро-прогрессирующий. 3. Без заметного прогрессирования.**
- **Склерозирование суставов, образование остеофитов.**

- **Г. По степени активности: 1. Ремиссия. 2. Минимальная активность. 3. Средняя и 4. Высокая активность.**
- **Д. По функциональной способности больного: 1. Профессиональная трудоспособность сохранена. 2. Профессиональная трудоспособность утрачена. 3. Утрачена способность самообслуживания.**
- **Е. Стадии болезни. Стадии РА определяются рентгенологически. 1 стадия - костные элементы суставов без изменений. 2 - начинающийся остеопороз в области суставов, возможна субкортикальная деструкция костей. 3 - разрушение сустава без анкилоза и 4-анкилозы.**



КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Данные расспроса

- **Жалобы.** Доминирующей жалобой больных является постоянная боль во многих суставах, их опухание, плохое общее самочувствие. Если заболевание длится долго, то могут быть жалобы на деформацию суставов или их анкилозы, а также жалобы, связанные с поражением различных внутренних органов.

■ **Характерным признаком РА является скованность, появляющаяся после физического покоя, особенно после ночи, утром.**

Длительность скованности зависит от активности воспалительного процесса, однако, в любом случае утренняя скованность

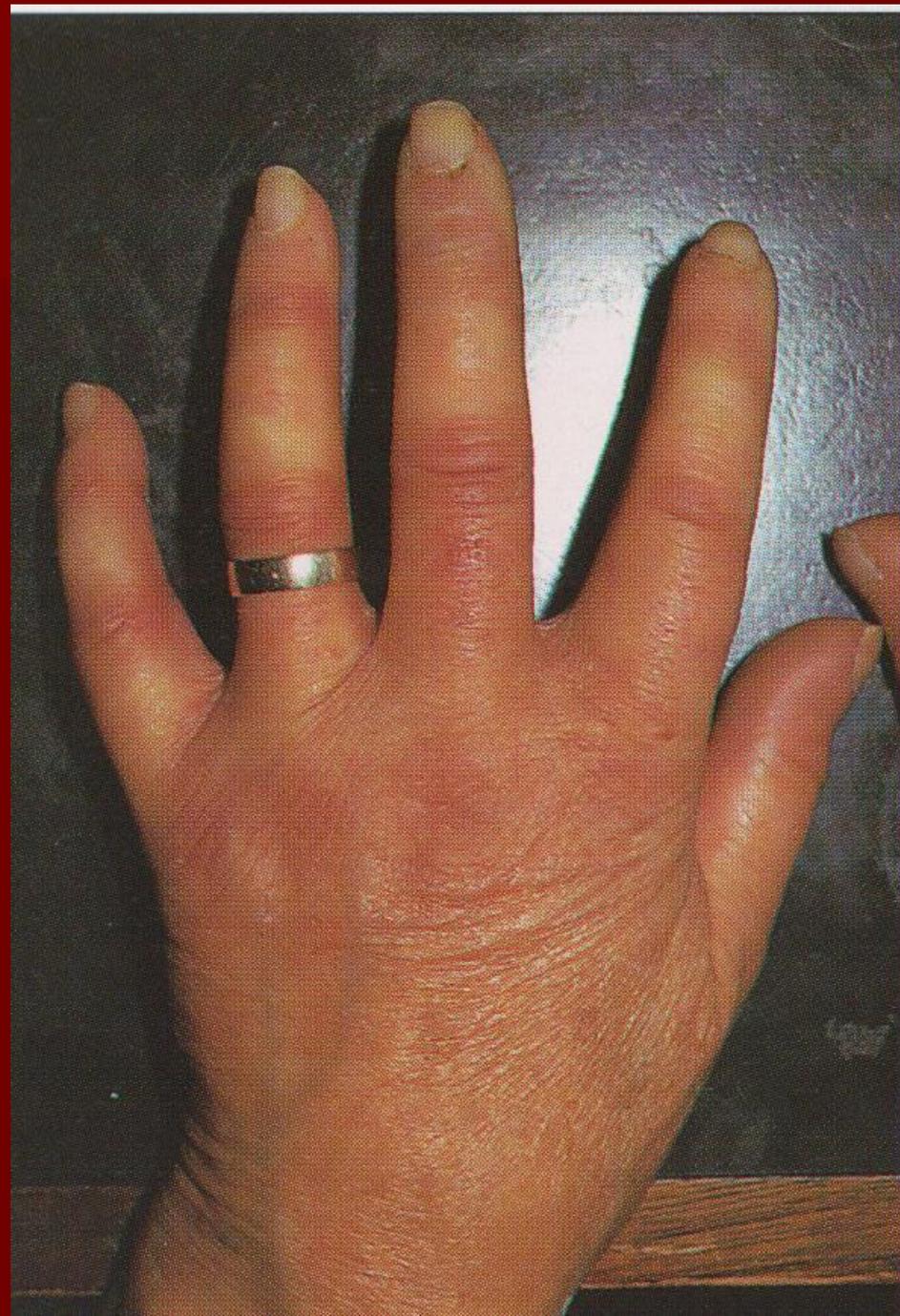
держится не менее часа

- **Anamnesis morbi.** Выясняют когда заболел, с каких суставов началась болезнь, как протекал охват суставов (последовательно со стиханием процесса в первом суставе или последовательно без улучшения охватывались несколько суставов. Лечение, анамнез по переносимости препаратов, аллергических проявлениях, страхового анамнез.
- **Anamnesis vitae.** В истории жизни следует уточнить моменты, могущие быть факторами риска РА - наследственность, проживание в областях с холодным климатом, перенесенные заболевания кишечника.

- **Жалобы и развитие заболевания. Заболеванию может предшествовать продрома - слабость, недомогание, артралгии, миалгии. На этом фоне вскоре развивается острый артрит, чаще всего нескольких мелких суставов рук и (или) ног. Примерно у 2/3 больных заболевание проявляется симметричным вовлечением суставов в процесс.**

- **В последующем воспалительным процессом могут охватываться и другие суставы. При этом имеет место одна очень важная особенность, в определенной мере помогающая дифференциации РА в острой фазе от ревматического полиартрита. Она состоит в том, что при ревматизме существует как бы «очередность» поражения суставов - второй сустав поражается лишь после затихания воспаления в первом. Если же это РА, то процесс в первично пораженном суставе держится и тогда, когда воспаляется другой сустав.**

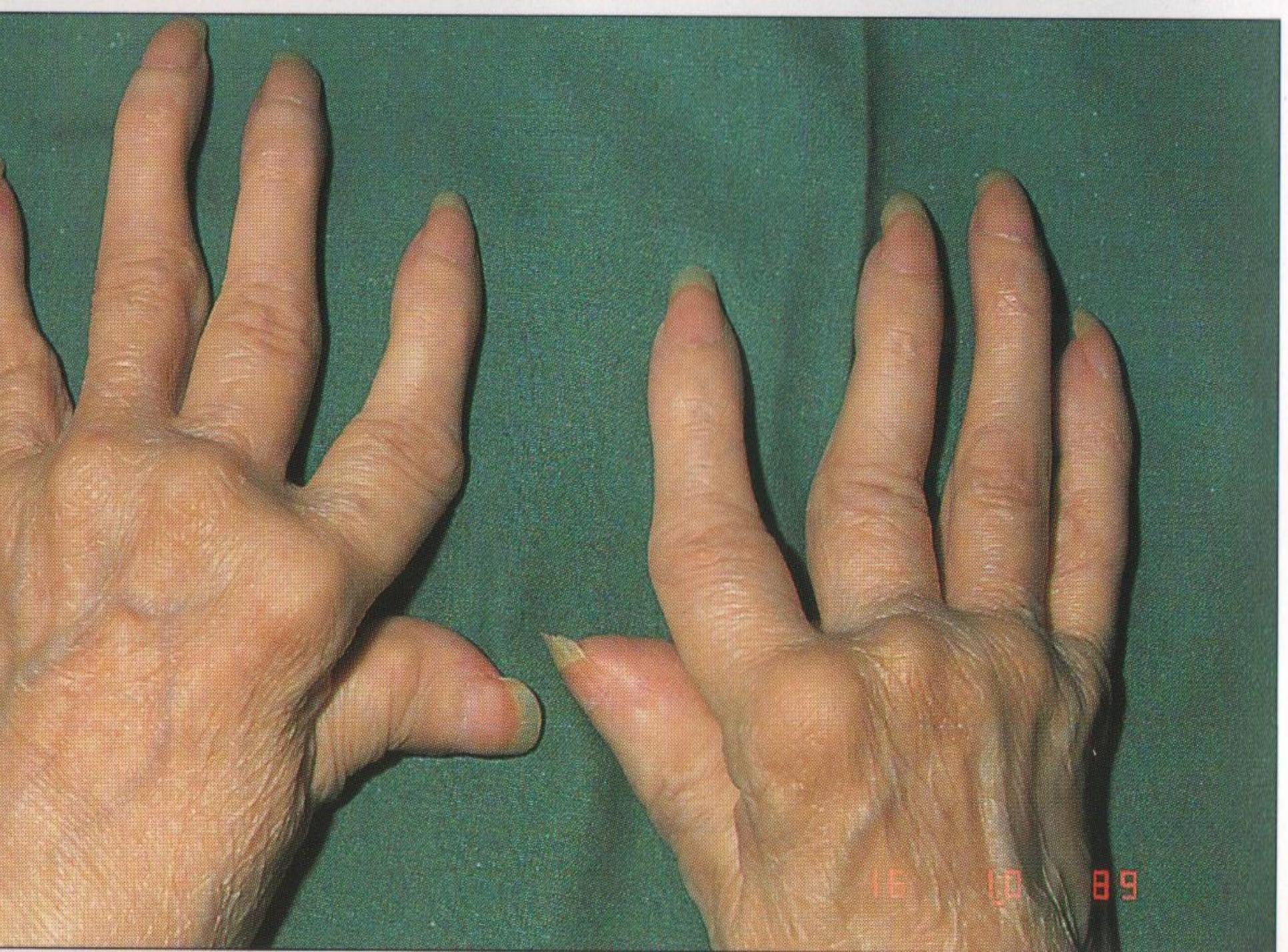
- **Данные объективного исследования**
- **Осмотр. При осмотре можно видеть опухшие суставы, и цианотичность кожи над мелкими суставами. Степень подвижности суставов, особенно разгибания, ограничена.**



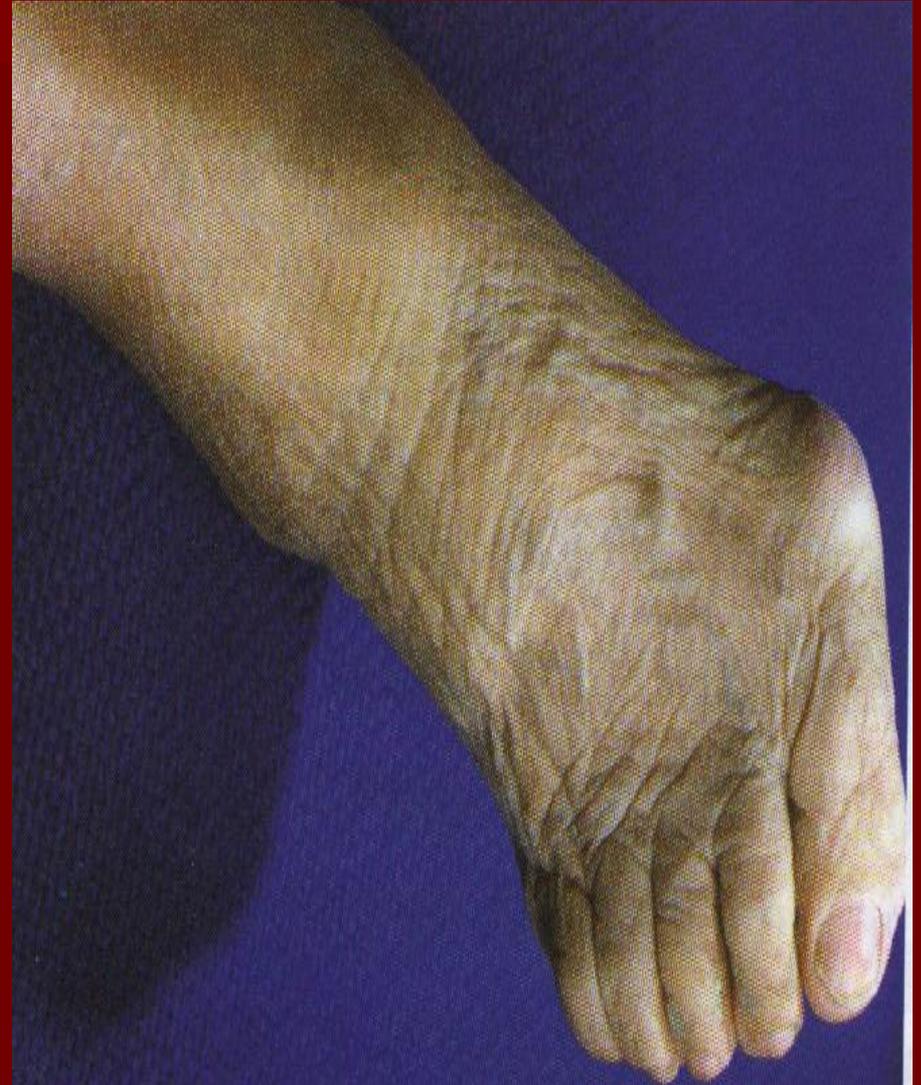
- **Была война. Мне шел четвертый год.**
- **Мать умерла. Отец ушел на фронт.**
- **Я с тетками уехал на Урал,**
- **Но слышал там отцовское «Ура».**
- **И разъедал глаза мне дым атак.**
- **И грузовик на улице - как танк.**
- **И возле речки, где коровий брод,**
- **По командирски я кричал «вперед»!»»**
- **И во главе голодных пацанов**
- **Свой страх я побеждал, а не коров.**

- **....Давно река размыла детский след.**
- **Во мне война осталась на сто лет.**

Типичными для РА изменениями являются подвывихи метакарпофаланговых суставов с ульнарной девиацией пальцев и развитием деформации кистей по типу «ласт моржа». Нередко может наблюдаться сверхразгибательная деформация проксимальных межфаланговых суставов кистей с изменениями пальцев по типу «лебединой шеи».



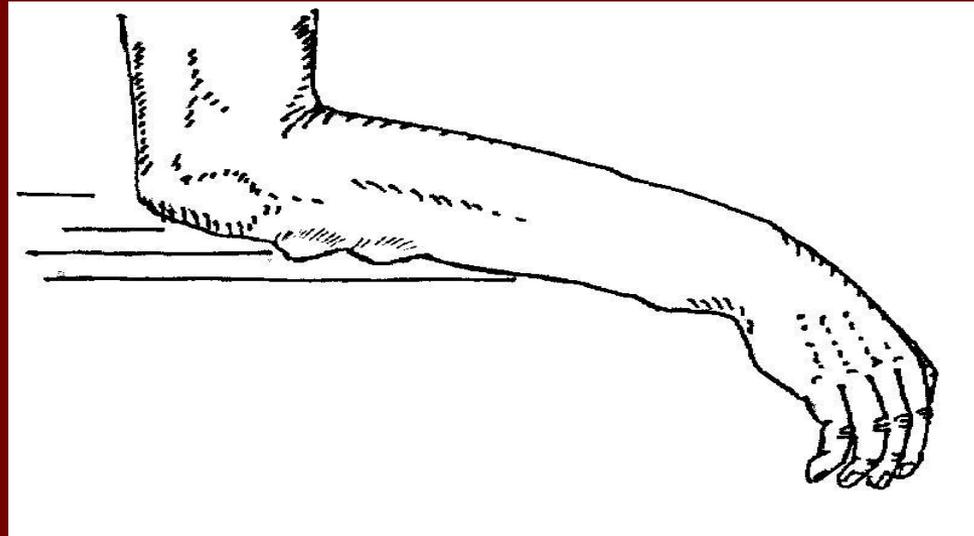
Такие же изменения могут быть и в пальцах стоп



- Для РА характерна быстро наступающая атрофия мышц конечностей, что является как следствием агрессивного воспалительного процесса, так и часто наблюдаемой гипокинезии таких больных.



■ **Пальпация.** Пальпаторно можно установить наличие местной температуры, болезненность, **ревматоидные узелки.** Последние считаются характерными для РА. Они располагаются в коже или под кожей в области разгибательной поверхности предплечий, вокруг суставов, а у тяжелых постельных больных и на задней поверхности головы, над костными выступами, где их и можно пропальпировать. Все же следует помнить, что они обнаруживаются лишь у 20-25 % больных.



- Перкуссия при РА малоинформативна
- Аускультативно иногда можно выявить систолический шум, связанный с утолщением митральных или аортальных клапанов и легкой регургитацией.
- Течение РА высоковариабельное, значительно затрудняющее прогноз в каждом отдельном случае. Нередки спонтанные ремиссии и обострения. У большинства больных наблюдается многолетнее течение с той или иной степенью поражения суставов и относительной сохранностью работоспособности. Лишь примерно у 10 % больных заболевание протекает агрессивно, прогрессирующе, деструктивно, калечаще, с развитием контрактур в суставах, атрофией мышц и полной инвалидизацией.

- В некоторых случаях РА выявляются системные (внесуставные) поражения. Эти явления, а также обнаруживаемые у ряда больных антинуклеарные антитела, сближают РА с другими системными заболеваниями соединительной ткани.
- Системная патология РА может проявляться в виде васкулитов (нейропатия, хронические изъязвления кожи, гангрена пальцев, реже, висцеральный артериит) или диссеминированной гранулемы (поражения сердца, легких, склер, твердой мозговой оболочки). Преимущественно у мужчин наблюдается грануломный пневмонит, диффузный интерстициальный фиброз легкого. Эта патология чаще встречается при «классическом» течении и сероположительности РА.

НАДПИСЬ НА... НАДПИСЯХ

Расулу ГАМЗАТОВУ

Ты в мир пришел,
дабы звучать
В поэмах, в песнях, даже в одах.
Но —
не запруживай печать
В излишне
Вольных
Переводах!



- **Нельзя не упомянуть и о достаточно часто встречающихся изменениях системы кроветворения. У 60 % и более больных РА находят анемию той или иной степени. Еще более частым симптомом является очень длительно держащаяся высокая СОЭ.**
- **РА достаточно часто осложняется вторичным амилоидозом внутренних органов.**
- **Плохие прогностические факторы РА:**
 - **1. Симметричный полиартрит с подкожными узлами и высоким титром РФ.**
 - **2. Начало ранее 30 лет.**
 - **3. Развитие системных явлений.**

Но, как это хорошо известно клиницистам, редкие нозологические единицы протекают со всей симптоматикой, и РА не является в этом отношении исключением. Поэтому предлагается разбить клинико-лабораторные данные на отдельные признаки и считать их критериями наличия болезни. Такими критериями являются:

- **1-утренняя скованность;**
- **2-длительная отечность хотя бы одного сустава кисти, тестоватое уплотнение мягких тканей;**
- **3-опухание по меньшей мере еще одного сустава в ближайшие 3 месяца;**
- **4-симметричность поражения суставов;**
- **5-выявление подкожных узелков;**
- **6-рентгенологически выявляемые эрозии и остеопороз костей в области суставов или вблизи от них;**
- **7-РФ в сыворотке крови.**
- **Диагноз РА ставится при наличии не менее четырех из этих критериев.**

Данные дополнительных исследований

1. Исследование РФ т. е. антител к Fc фрагменту IgG. РФ выявляется примерно у 75% больных РА

Положительным может быть при РА, синдроме Шегрена, саркоидозе, СКВ и т. д.

Из этого следует, что выявление РФ не является обязательным для постановки диагноза РА, так как есть варианты серопозитивные и серонегативные.

Кроме того, для РА титры РФ должны быть выше 1:75, так как низкие титры могут выявляться при ряде других заболеваний и состояний (мононуклеозе, острых воспалениях, в старческом возрасте).

- **2. Определение в крови уровня С-реактивного белка. При РА он, как правило, повышен.**
- **3. Исследование синовиальной жидкости – выявление в ней высокого лейкоцитоза нейтрофильного характера, особых клеток (рагоцитов), снижение ее вязкости.**
- **4. Рентгенологическое исследование суставов: выявление минус ткани – остеопороза, кистовидного просветления околосуставных отделов костей.**
- **5. Пункционная биопсия синовиальной оболочки сустава, в которой могут выявляться ревматоидные узелки, пролиферация синовиоцитов, лимфоидно-макрофагально-плазматические инфильтраты, большое количество фибробластов.**

**ЛЕКЦИЯ ОКОНЧЕНА.
БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ**

