Ревматоидный артрит

Ассистент кафедры «Общей врачебной практики (семейной медицины) с курсами гериатрии и физиотерапии» ФПК и ППС

Вайнштейн Наталия Вячеславовна

Ревматоидный артрит

- Ревматоидный артрит – хроническое воспалительное системное заболевание неизвестной этиологии с прогрессирующим симметричным поражением преимущественно периферических (синовиальных) суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита и сопровождающиеся образованием аутоантител (ревматоидных факторов), и системным поражением внутренних органов.

- Наиболее частое аутоиммунное заболевание

Ревматоидный артрит

- Хроническое воспалительное заболевание неизвестной этиологии
- Сложный мультифакторный патогенез
- Разнообразное клиническое течение; непредсказуемый прогноз

- Характеризуется:

Прогрессирующей деструкцией синовиальных суставов дегенерацией хряща и кости

Повреждением связок и сухожилий

Снижение функциональной способности и качества жизни

Преждевременная смерть

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Распространенность: 0,6 – 1,6% взрослого населения

Заболеваемость:

- Женщины: 0.2–0.4 на 1000
- Мужчины: 0.1–0.2 на 1000

Встречается в 2-3 раза чаще у женщин, чем у мужчин

Страдают все возрастные группы, включая детей и лиц пожилого возраста

Пик дебюта РА - межу 30 и 55 годами

С учетом вероятного РА распространенность возрастает до 2,5% у мужчин и 5,2% - у женщин

Старше 75 лет РА встречается у 6% мужчин и 16% - женщин

Ревматоидный артрит уменьшает продолжительность жизни на 3-18 лет

Этиология ревматоидного артрита

Возможное этиологическое значение имеют:

- Экзогенные факторы: вирусы (парвовирус В19, ретровирусы, вирус Эпштейна-Бара), бактериальные (микоплазма, микобактерии, кишечные бактерии), токсины.
- Эндогенные: коллаген типа II, стрессорные белки и другое.
- Неспецифические: травма, аллергены и другое.

Этиология ревматоидного артрита

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ:

ИНФЕКЦИЯ (грипп, ангина, обострение хронического тонзиллита)

ОХЛАЖДЕНИЕ

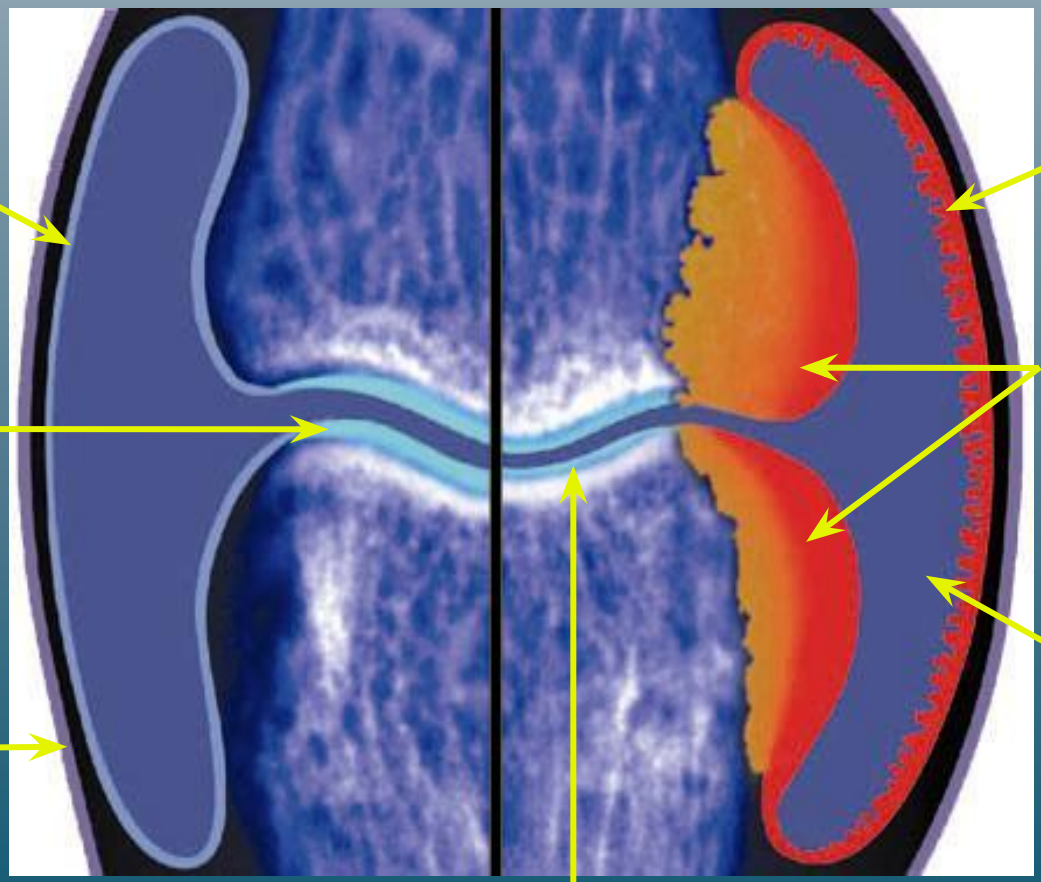
ТРАВМА

ФИЗИЧЕСКОЕ ИЛИ НЕРВНОЕ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЕ

стресс

курение

Синовит и деструкция суставов при РА.



Adapted from Feldmann M, et al. *Ann Rev Immunol*. 1996;14:397-440;
Pincus T. *Drugs*. 1995;50(suppl 1):1-14; Tak P, Bresnihan B. *Arthritis Rheum.* 2000;43:2619-2633.

Патогенез ревматоидного артрита

- Генетическая предрасположенность (наличие в ГКГ DR 4)
- Дисбаланс клеточного иммунитета (преобладание Th-1 иммунного ответа)
- Активация гуморального (Th-2) иммунитета
- Цитокиновая агрессия (ФНО)
- Замедление апоптоза
- Вирусная инфекция?

Клиника ревматоидного артрита

Продромальный период

(за несколько недель или месяцев до развития артрита):

- Слабость
- Быстрая утомляемость, недомогание и депрессия могут быть первыми проявлениями болезни в течение недель или месяцев
- Повышенная потливость
- Периодически возникающие боли в суставах
- Припухлость мелких суставов (полиартрит)
- Похудание при высокой степени активности заболевания
- Субфебрилитет (длительно сохраняющийся)
- Чувствительность к холоду
- Увеличение СОЭ

Характеристика механизма болей

признаки	**воспалительный ритм**	**механический ритм**
начало	постепенное	острое
утренняя скованность	более 1 часа	менее 30 минут
реакция на движения	улучшение	ухудшение
изменение боли в покое	сохраняется или усиливается	уменьшается или проходит

Классификационные критерии РА 1987 года (ACR 1987)

Критерии	Характеристика
1. Утренняя скованность	Утренняя скованность в суставах или околосуставных областях длительностью не менее 1 часа до максимального улучшения
2. Артрит трех и более суставных областей	Припухлость мягких тканей или выпот (но не костные разрастания), определяемые врачом, в области проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, локтевых, коленных, голеностопных, плюснефаланговых суставов
3. Артрит суставов кистей	Припухлость в области проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых или лучезапястных суставов
4. Симметричный артрит	Одновременное вовлечение одноименных суставных областей с обеих сторон из перечисленных в пункте 2

Arnrett FC, Edworth SM, Bloch DA et al. Arthritis Rheum., 1988; 31: 315-324

Классификационные критерии РА 1987 года (ACR 1987)

Критерии	Характеристика
5. Ревматоидные узелки	Подкожные узелки, располагающиеся над костными выступами, разгибательными поверхностями конечностей или околосуставными областями, определяемые врачом
6. Ревматоидный фактор (менее 1:40, латекс-метод)	Положительный РФ в сыворотке крови (методика должна давать положительный результат не более чем у 5% здоровых людей)
7. Рентгенологи-ческие изменения	Костные эрозии, значительный околосуставной остеопороз в пораженных суставах

Примечание: диагноз РА ставится при наличии не менее 4 из 7 критериев, при этом критерии с 1 по 4 должны сохраняться (наблюдаться) не менее 6 недель

Arnrett FC, Edworth SM, Bloch DA et al. Arthritis Rheum., 1988; 31: 315-324

Клиника ревматоидного артрита

Суставной синдром:

(Развернутая и финальная стадия заболевания)

1. Наряду с синовитом в патологический процесс вовлекается связочный аппарат, способствуя большей деформации и ухудшению подвижности.
2. Возникает симптом «тугих перчаток» или «симптом корсета», что часто затрудняет вставание с постели, одевание, причесывание.
3. Суставной процесс носит рецидивирующий и прогрессирующий характер. С каждым последующим обострением в процесс вовлекаются новые суставы.
4. Ограничение объема движений в пораженных суставах, с постепенным развитием полной неподвижности одного или нескольких суставов.

Клиника ревматоидного артрита

СУСТАВНОЙ СИНДРОМ (Развернутая и финальная стадия заболевания):

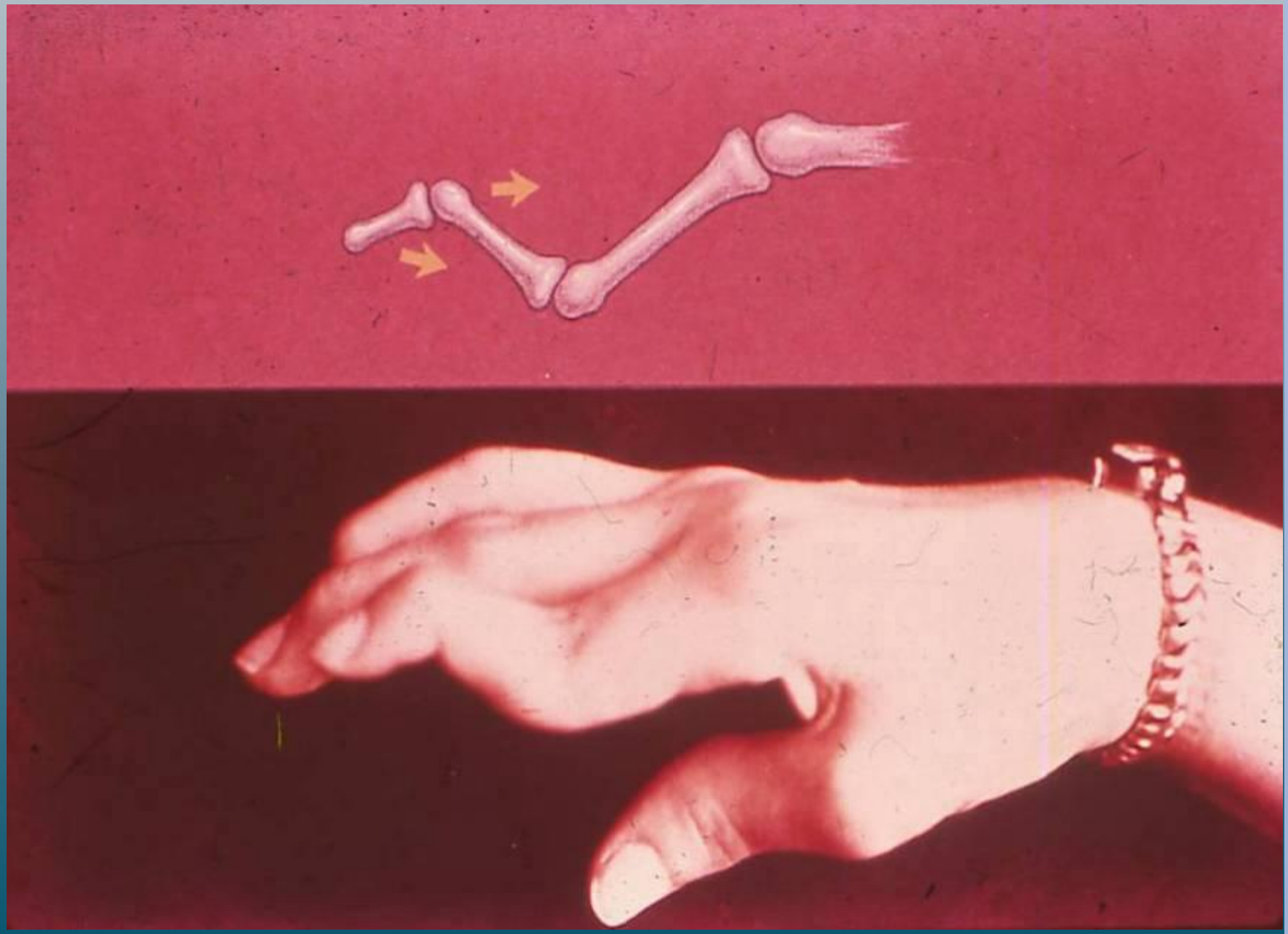
5. Поражение сухожилий и снижение мышечной массы в области кистей приводит к формированию стойких деформаций:

- Ульнарная девиация в пястно-фаланговых суставах (развивается через 1-5 лет от начала болезни);
- «пуговичная петля» (сгибательная контрактура проксимальных и переразгибание дистальных межфаланговых суставов);
- «шея лебедя» (сгибательная котрактура дистальных и переразгибание проксимальных межфаланговых суставов).

6. В процесс могут вовлекаться коленные суставы с развитием сгибательной и вальгусной деформации, синовиальной кисты на задней стороне коленного сустава (киста Бейкера)

© ACR

© ACR



© ACR

Клиника ревматоидного артрита

СУСТАВНОЙ СИНДРОМ

(Развернутая и финальная стадия заболевания):

7. При вовлечении стоп развиваются подвывихи в плюснефаланговых суставах, латеральная девиация, деформация большого пальца.
8. Поражение шейного отдела позвоночника характеризуется подвывихом в атлантоосевом суставе, изредка осложняющимся компрессией спинного мозга или позвоночной артерии.
9. Вовлечение перстневидно-черпаловидного сустава приводит к огрубению голоса, одышке, дисфагии, рецидивирующим бронхитам.

Клиника ревматоидного артрита

Варианты начала суставного синдрома при ревматоидном артрите:

1. Симметричный полиартрит с постепенным (в течение нескольких месяцев) нарастанием боли и скованности, преимущественно в мелких суставах кистей.
2. Острый полиартрит с преимущественным поражением суставов кистей и стоп, выраженной утренней скованностью (рано появляется РФ в крови).
3. Моно- или олигоартрит коленных или плечевых суставов с последующим быстрым вовлечением в процесс мелких суставов кистей и стоп.
4. Острый моноартрит крупных суставов, который напоминает септический или микрокристаллический артрит, сочетающийся с теносиновитом, бурситом, подкожными узелками.

Клиника ревматоидного артрита

Варианты начала суставного синдрома при ревматоидном артрите:

5.Острый олиго- или полиартрит с системными явлениями (фебрильная лихорадка, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия). Чаще наблюдается у молодых.

6.«Палиндромный» ревматизм с множественными рецидивирующими атаками острого симметричного полиартрита суставов кистей , реже коленных и локтевых суставов. Атаки длятся несколько часов или дней и заканчиваются полным выздоровлением.

7.Рецидивирующий бурсит и теносиновит, особенно часто в области лучезапястных суставов, проявляющегося синдромом запястного канала.

Клиника ревматоидного артрита

Варианты начала суставного синдрома при ревматоидном артрите:

8.Острый полиартрит с множественным поражением мелких и крупных суставов, с выраженными болями, диффузным отеком и ограничением подвижности у лиц пожилого возраста. Данный вариант описан как RS3PE синдром – ремитирующий серонегативный симметричный с «подушкообразным» отеком.

9.Генерализованная миалгия, скованность, депрессия, двусторонний синдром запястного канала, похудание. Обычно наблюдается в пожилом возрасте и напоминает ревматическую полимиалгию.

Клиника ревматоидного артрита

Суставы исключения:

дистальные межфаланговые;

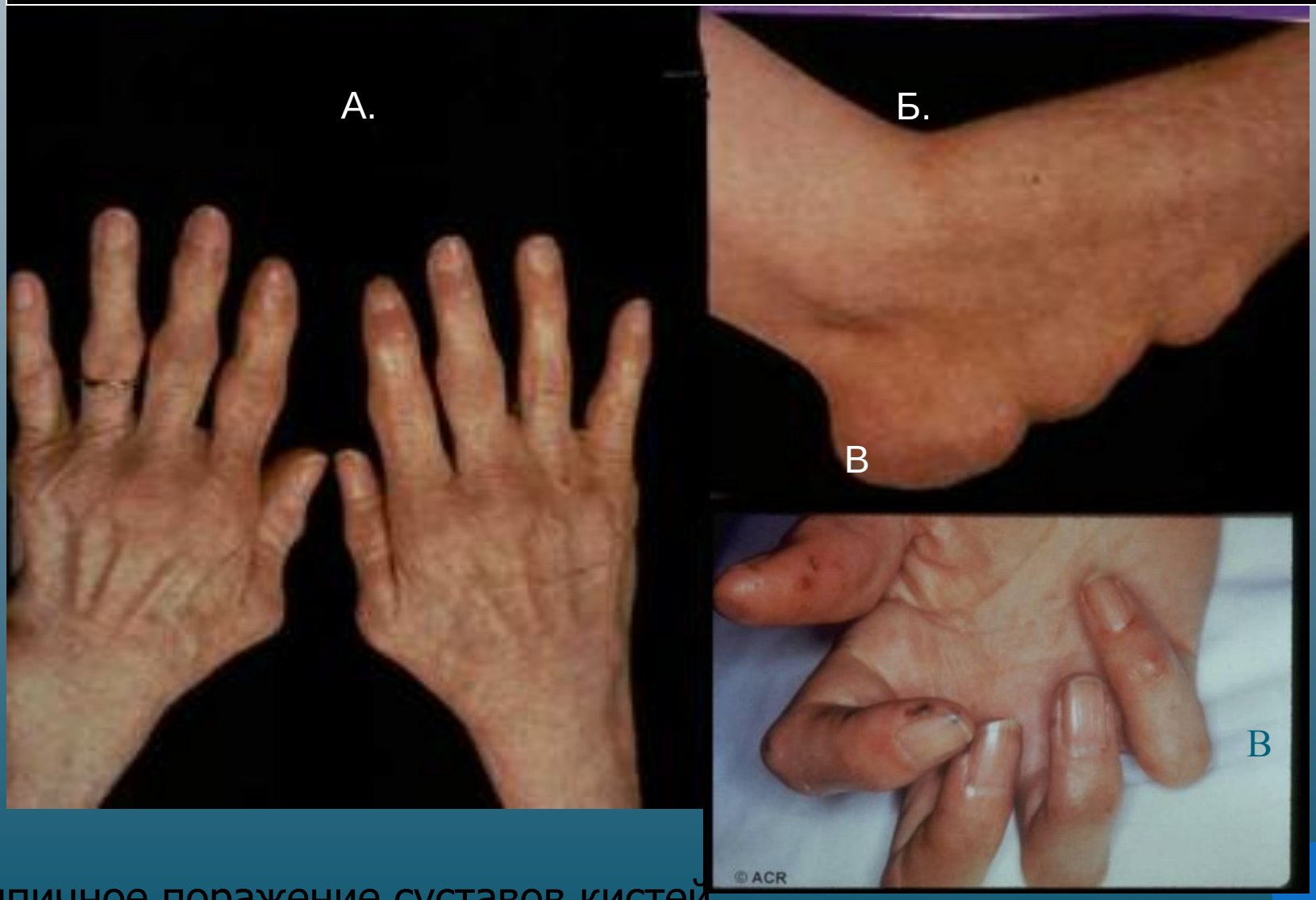
I пястно-фаланговый;

проксимальный межфаланговый сустав мизинца.

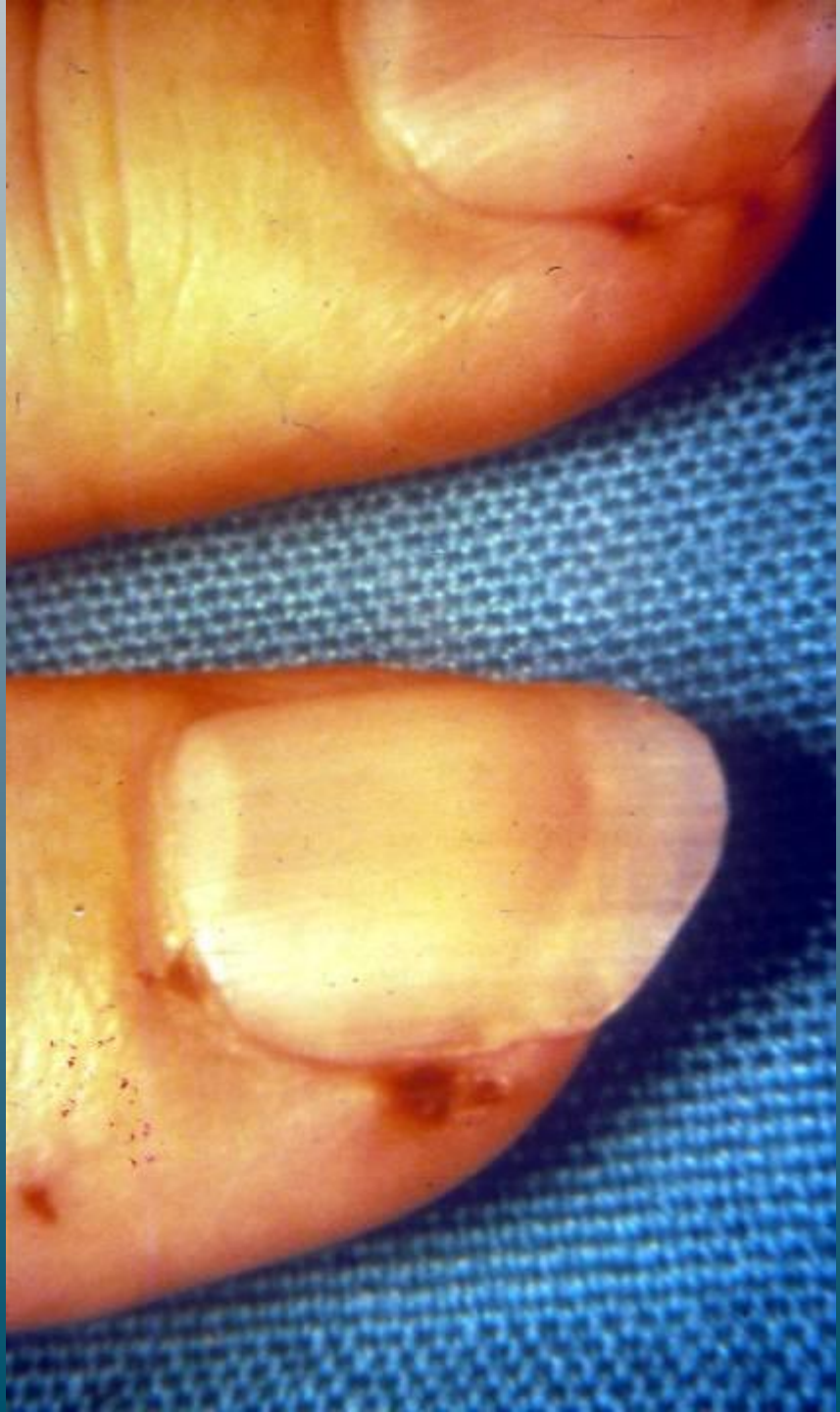
Внесуставные проявления РА

Капилляриты **11%**	Гепатомегалия **7%**
Дигитальный артериит **6%**	Спленомегалия **8%**
Язвенно-некротический васкулит **7%**	Поражение сердца **42%** (перикардит **- 36%**)
Геморрагический васкулит **15%**	Плеврит **17%**
Ливедо **3%**	Поражение почек **46%**
Синдром Рейно **7%**	Синдром Фелти (РФ +) **8%**
Ревматоидные узлы **56%**	Желудочно-кишечный тракт 15%
Поражение ЦНС **2%**	Синдром Стилла взрослых (РФ -) **9%**
Полинейропатия чувств. **35,6%** двигат. 2%	Поражение легких ДИФЛ **57%**
Лихорадка 33%	Поражение глаз 3%
Потеря массы тела 32%	
Лимфоаденопатия 43%	Анемия 60%

Ревматоидный артрит.



А. Типичное поражение суставов кистей
Б. Ревматоидные узелки
В. Дигитальный артериит



ОСЛОЖНЕНИЯ

- ВТОРИЧНЫЙ СИСТЕМНЫЙ АМИЛОИДОЗ;
- ВТОРИЧНЫЙ ОСТЕОАРТРОЗ;
- ОСТЕОПОРОЗ (СИСТЕМНЫЙ);
- АСЕПТИЧЕСКИЙ ОСТЕОНЕКРОЗ;
- ТУННЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ (СИНДРОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА, СИНДРОМЫ СДАВЛЕНИЯ ЛОКТЕВОГО, БОЛЬШЕБЕРЦОВОГО НЕРВОВ);
- ПОДВЫВИХ В АТЛАНТО-АКСИАЛЬНОМ СУСТАВЕ, В ТОМ ЧИСЛЕ С МИЕЛОПАТИЕЙ, НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИТКА;
- АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СОСУДОВ;
- ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ АМИОТРОФИЯ (КАХЕКСИЯ);

Методы оценки суставного синдрома при РА

- Оценка общего состояния больного
- Оценка функциональной способности больного

Обследование пациента

Анамнез

Продолжительность симптомов артрита

Наличие длительности утренней скованности (для РА характерна длительность 1 час и более)

Наличие «суточного ритма» боли в суставах с характерным усилением боли в ранние утренние часы

Стойкость признаков поражения суставов

Характеристика механизма болей

признаки	**воспалительный ритм**	**механический ритм**
начало	постепенное	острое
утренняя скованность	более 1 часа	менее 30 минут
реакция на движения	улучшение	ухудшение
изменение боли в покое	сохраняется или усиливается	уменьшается или проходит

Методы оценки суставного синдрома при РА

Основные параметры суставного синдрома

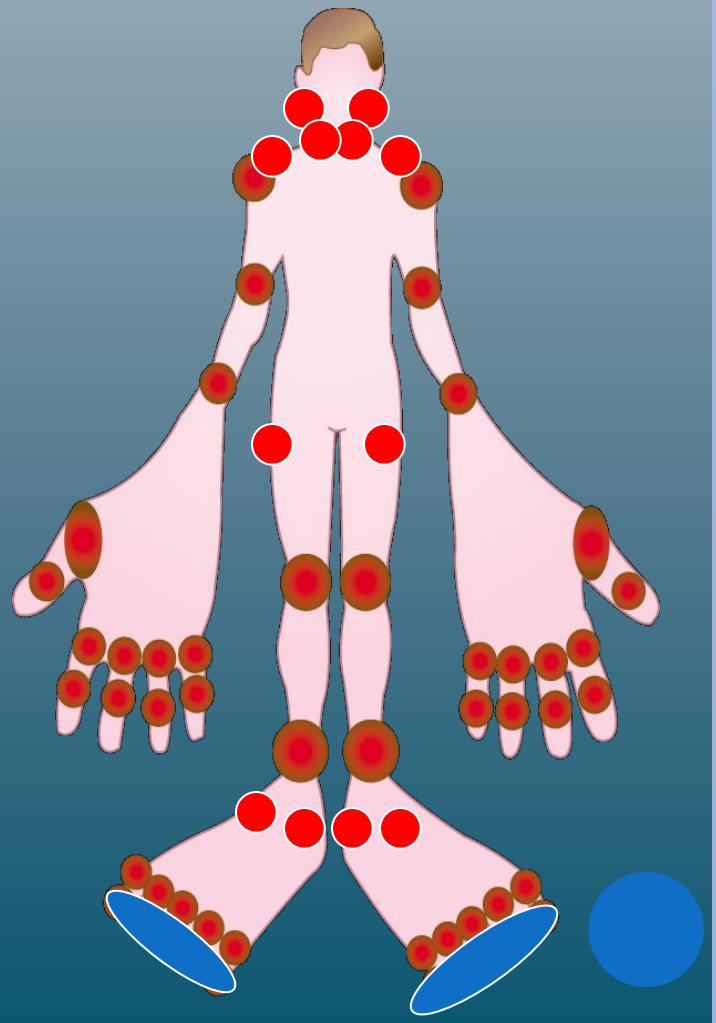
- БОЛЬ (оценка пациентом)
- БОЛЕЗНЕННОСТЬ (при пальпации)
- ПРИПУХЛОСТЬ

(ИЗМЕНЕНИЕ КОНФИГУРАЦИИ ОБЛАСТИ СУСТАВА)

- ПОДВИЖНОСТЬ (функциональная оценка)

Методы оценки суставного синдрома при РА

Оценка боли



Методы оценки суставного синдрома при РА

Боль:

I. Балльная оценка общей выраженность боли в суставах –

0 – боль отсутствует

1 балл – слабая боль

2 балла – умеренная боль

3 балла – сильная боль

Методы оценки суставного синдрома при РА

- Слабая боль – боль только при движении
- Умеренная боль – боль и в покое, усиливающаяся при движении, но прерывающая ночной сон только в неудобном положении
- Сильная боль – постоянная выраженная боль, неоднократная прерывающая ночной сон

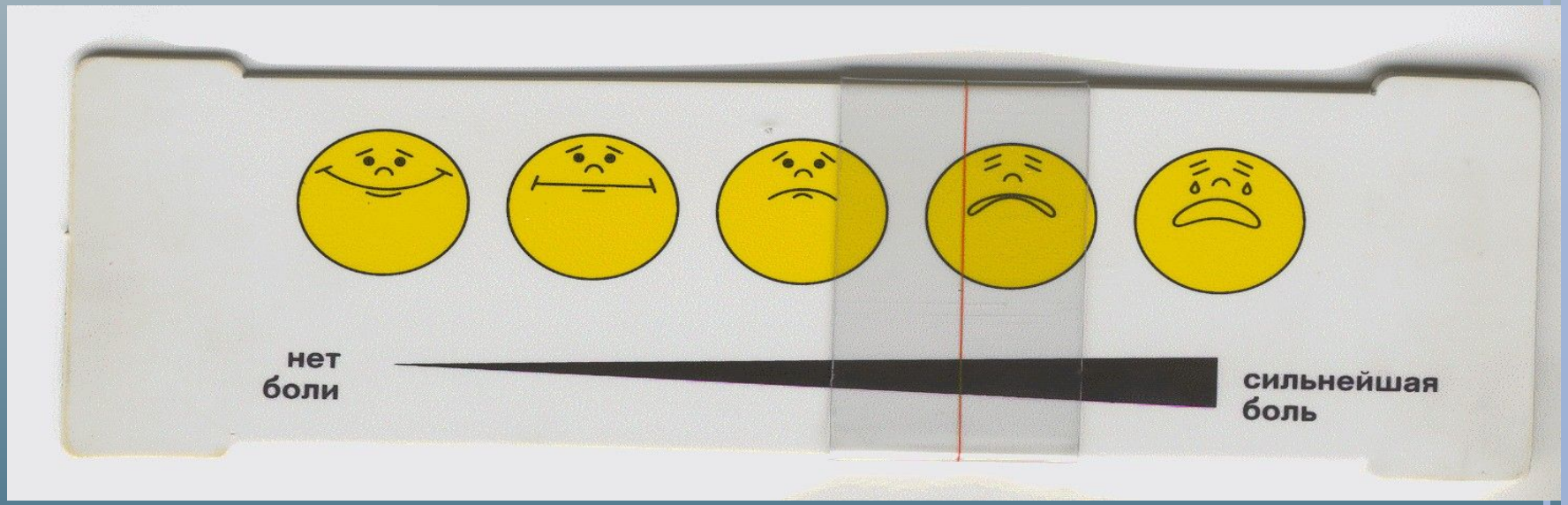
Методы оценки суставного синдрома при РА

Боль

II. Оценка боли при помощи визуальной 10 – см аналоговой шкалы (ВАШ)

III. Оценка боли в каждом суставе по балльной системе (0-3 балла) – СЧЕТ БОЛИ

Визуальная аналоговая шкала боли.



Методы оценки суставного синдрома при РА

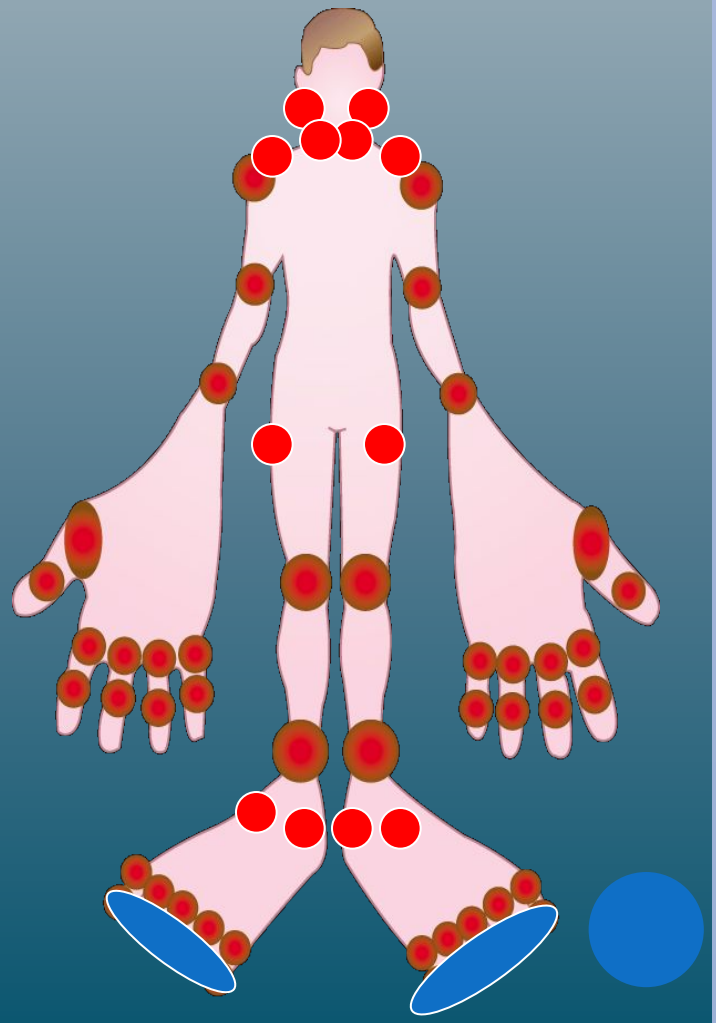
Оценка боли по шкале Likert

Отметьте крестиком в соответствующем квадрате
Выраженность Ваших болей в суставах за
Последние 24 часа

отсутствовали	слабые	умеренные	сильные	Очень сильные

Методы оценки суставного синдрома при РА

Оценка болезненности



Методы оценки суставного синдрома при РА

Болезненность – боль, возникающая в ответ на пальпацию сустава с силой примерно 4 кг/кв. см (до побеления фаланги пальца)

1й способ при помощи **индекса Ричи** вычисляется суммированием баллов, отмеченных при пальпации каждого из суставов (78)

2й способ оценивается по 4-х балльной системе от 0 до 3 баллов в каждом исследуемом суставе:

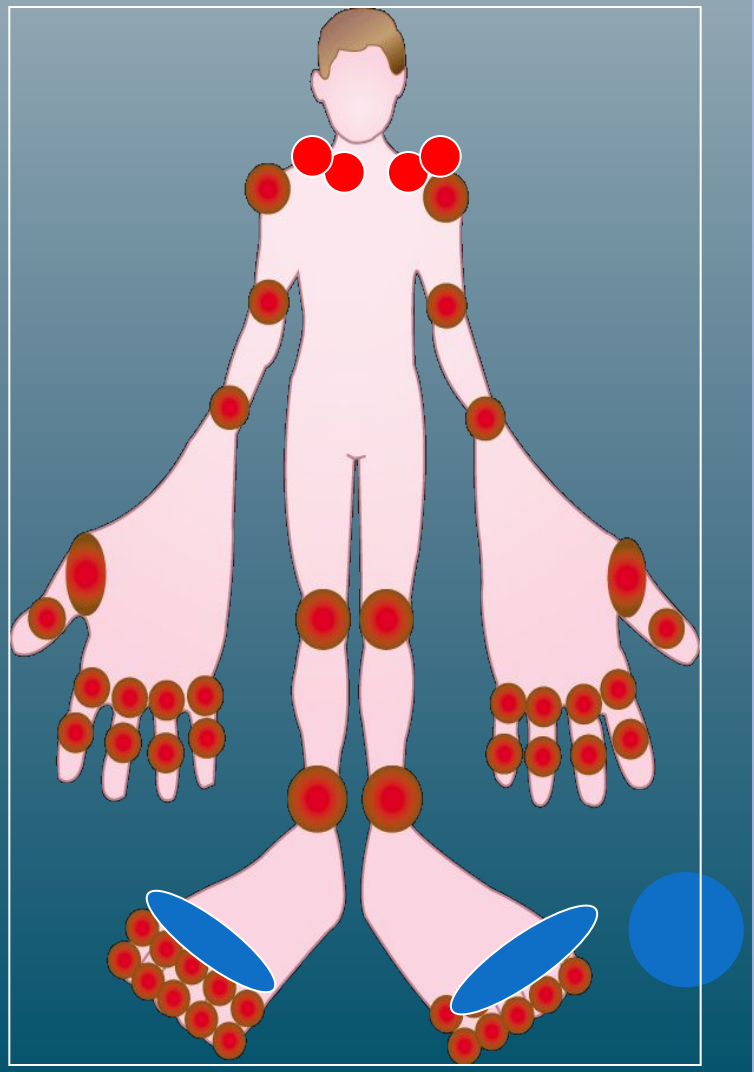
Методы оценки суставного синдрома при РА

Количественная оценка болезненности суставов.

- 0 баллов – боли нет
- 1 балл – слабая боль при пальпации
- 2 балла – боль вызывает у пациента желание поморщиться
- 3 балла – боль вызывает у пациента желание отстраниться от исследования

Методы оценки суставного синдрома при РА

- Оценка припухлости - 44 сустава



Методы оценки суставного синдрома при РА

- **Оценка припухлости области сустава**

  - 0 баллов – припухлости нет

  - 1 балл – припухлость сомнительная

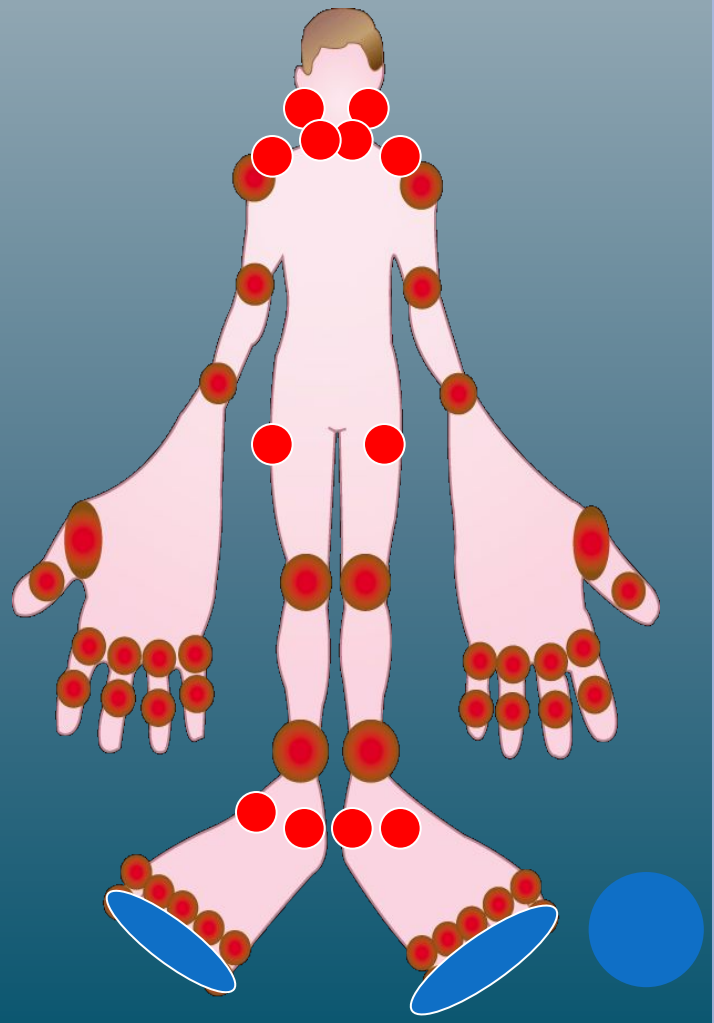
  - 2 балла – припухлость явная

  - 3 балла – припухлость сильная
- **Оценка окружности ПМФ и коленных суставов**
- **Оценка подвижности суставов** (локтевые, коленные, тазобедренные) – оценивается в градусах

Методы оценки суставного синдрома при РА

Оценка подвижности

(функциональная оценка)



Оценка функциональной способности
Функциональный класс

- I – полностью сохранены самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность;
- II - сохранены самообслуживание, профес сиональная деятельность, ограничена непрофессиональная деятельность;??????
- III - сохранено самообслуживание, ограничены непрофессиональная и профессиональная деятельность;
- IV - ограничены самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность;

Оценка функциональной способности
Функциональный класс

Характеристика

- Самообслуживание – одевание, принятие пищи, уход за собой и так далее.
- Непрофессиональная деятельность – элементы отдыха, досуга, занятия спортом и прочее с учетом пола и возраста.
- Профессиональная деятельность – работа, учеба, ведение домашнего хозяйства с учетом пола и возраста.

Основные проявления активности РА

Выраженность суставного синдрома:

- распространенность
- местная активность:
- Наличие/отсутствие припухлости

  ее выраженность (сомнительная, отчетливая, выраженная)
- Наличие/отсутствие боли в суставе (слабая, умеренная, сильная)
- Наличие/отсутствие болезненности при пальпации сустава
- Наличие/отсутствие ограничения подвижности сустава из-за болей

Методы оценки суставного синдрома при РА

- Оценка общего состояния (ВАШ)

- Оценка общего эффекта:

  1 – ухудшение

  2 – без перемен

  3 – незначительное улучшение

  4 – улучшение

  5 – значительное улучшение

Прогрессирование ревматоидного артрита

- Развитие деструктивного артрита
- Поражение периартикулярных тканей кисти с формированием стойких деформаций («бутоньерка», «лебединая шея»)
- Прогрессирующее поражение внутренних органов (почки, легкие, сердце, селезенка)

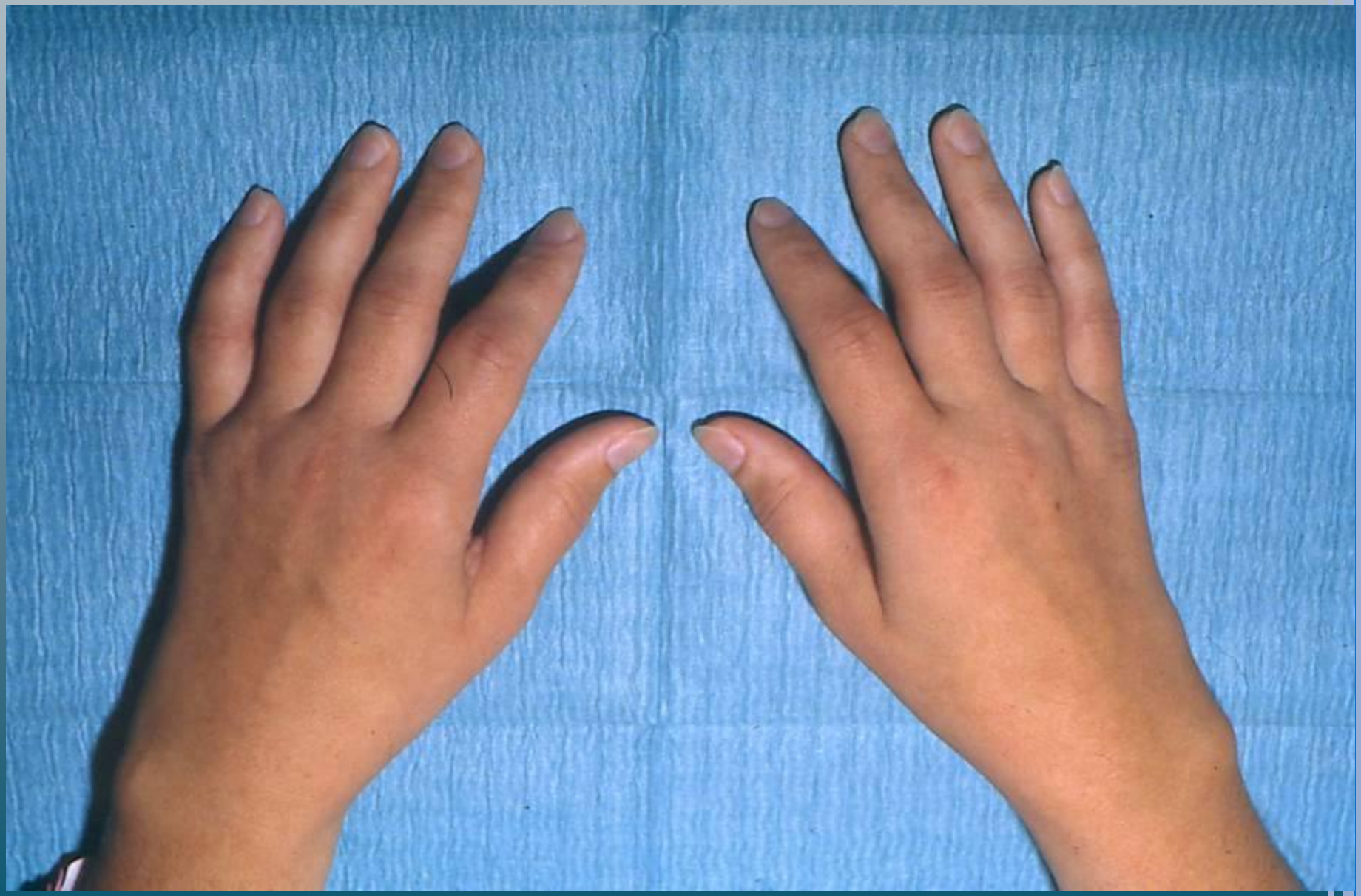
Ревматоидный артрит и качество жизни

Танец жизни

- Снижение продолжительноти жизни.
- Потеря трудоспособности
- Инвалидность
- Протезирование суставов
- Экономические потери
- Побочные эффекты лекарственной терапии

Естественное течение и прогноз РА (Vignon)

При 10-летней давности заболевания стойкая утрата трудоспособности наблюдается у 10% больных, из них 10% - прикованы к постели и нуждаются в постороннем уходе



© ACR

Диагностика ревматоидного артрита

Обследование на этапе первичного звена:

- ОАК (СОЭ, гемоглобин (гипохромная анемия, анемия хронического воспаления), эозинофилия, тромбоцитоз)
- ОАМ
- Биохимический анализ крови (билирубин, АСТ, АЛТ (гепатотоксические свойства препаратов), общий белок и белковые фракции (гипоальбуминемия), креатинин (снижение) – нефротоксическое действие препаратов, мочевина, ревматоидный фактор, СРБ (количественный), глюкоза крови, ОХС и все липопротеиды – связано с приемом глюкокортикостероидов
- Кровь на ревматоидный фактор
- Кал на скрытую кровь
- Рентгенологическое исследование суставов (обе кисти с захватом лучезапястного сустава и дистальные отделы стоп)
- ЭКГ

Диагностика ревматоидного артрита

Дополнительная иммунологическая характеристика

Антитела к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП) – его увеличение более специфичный маркер, чем уровень РФ. Обнаружение АЦЦП антител считают критерием для диагностики РА на ранней стадии с другими заболеваниями, протекающими с полиартритом. Диагностика серонегативного РА. По увеличению уровня АЦЦП антител прогнозируют риск развития деструкции суставов у пациентов с ранним РА:

АЦЦП – позитивный;

АЦЦП – негативный.

Диагностика ревматоидного артрита

Показатели активности РА

(Насонова В.А. и соавт., 1989 г)

Показатель	Оценка показателя в баллах			
	0	1	2	3
Утренняя скованность	нет	30 мин	До 12 час	Весь день
Гипертермия	>>	Незнач.	Умерен.	Выраж.
Экссудативные изменения в суставах	>>	>>	>>	>>
Повышение гамма-глобулинов, %	До 12	До 12	До 15	Более 15
СОЭ, мм\час	До 12	До 20	До 40	Более 40
С-реактивный белок	Нет	+	++	+++

Степень активности РА: 1-я – 8 баллов, 2-я – 9-16 баллов, 3-я – 17-24 балла

Med-edu.ru

Диагностика ревматоидного артрита

Обследование у ревматолога

- уровень анти-ЦЦП антител, уровень IgG, IgM, IgA, HLA-DR4, уровень электролитов в сыворотке
- Исследование синовиальной жидкости
- Исследование плевральной жидкости
- Кровь на маркеры вирусных гепатитов (HBV, HCV)
- Рентгенография органов грудной клетки

Диагностика ревматоидного артрита

- МРТ (более чувствительный метод выявления синовита в дебюте РА, когда на рентгенографии еще нет специфических для ревматоидного артрита изменений . Кроме того, МРТ можно использовать для ранней диагностики остеонекроза
- КТ
- Артроскопия (помогает диагностировать воспалительные и/или дегенеративные повреждения хряща, оценить состояние синовиальной оболочки, «прицельно» брать материал для последующего морфологического исследования. Помогает в диагностике «раннего РА»)
- Доплеровская ультрасонография
- ЭГДС
- Денситометрия
- ЭхоКГ

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ (по Стейнброккеру, модификация)

- I - ОКОЛОСУСТАВНОЙ ОСТЕОПОРОЗ;
- II – ОСТЕОПОРОЗ + СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ, МОГУТ БЫТЬ ЕДИНИЧНЫЕ ЭРОЗИИ;
- III – ПРИЗНАКИ ПРЕДЫДУЩЕЙ СТАДИИ + МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЭРОЗИИ + ПОДВЫВИХИ В СУСТАВАХ;
- IV - ПРИЗНАКИ ПРЕДЫДУЩЕЙ СТАДИИ + КОСТНЫЙ АНКИЛОЗ;

Стадия 1.

Сужение суставной щели проксимальных межфаланговых суставов

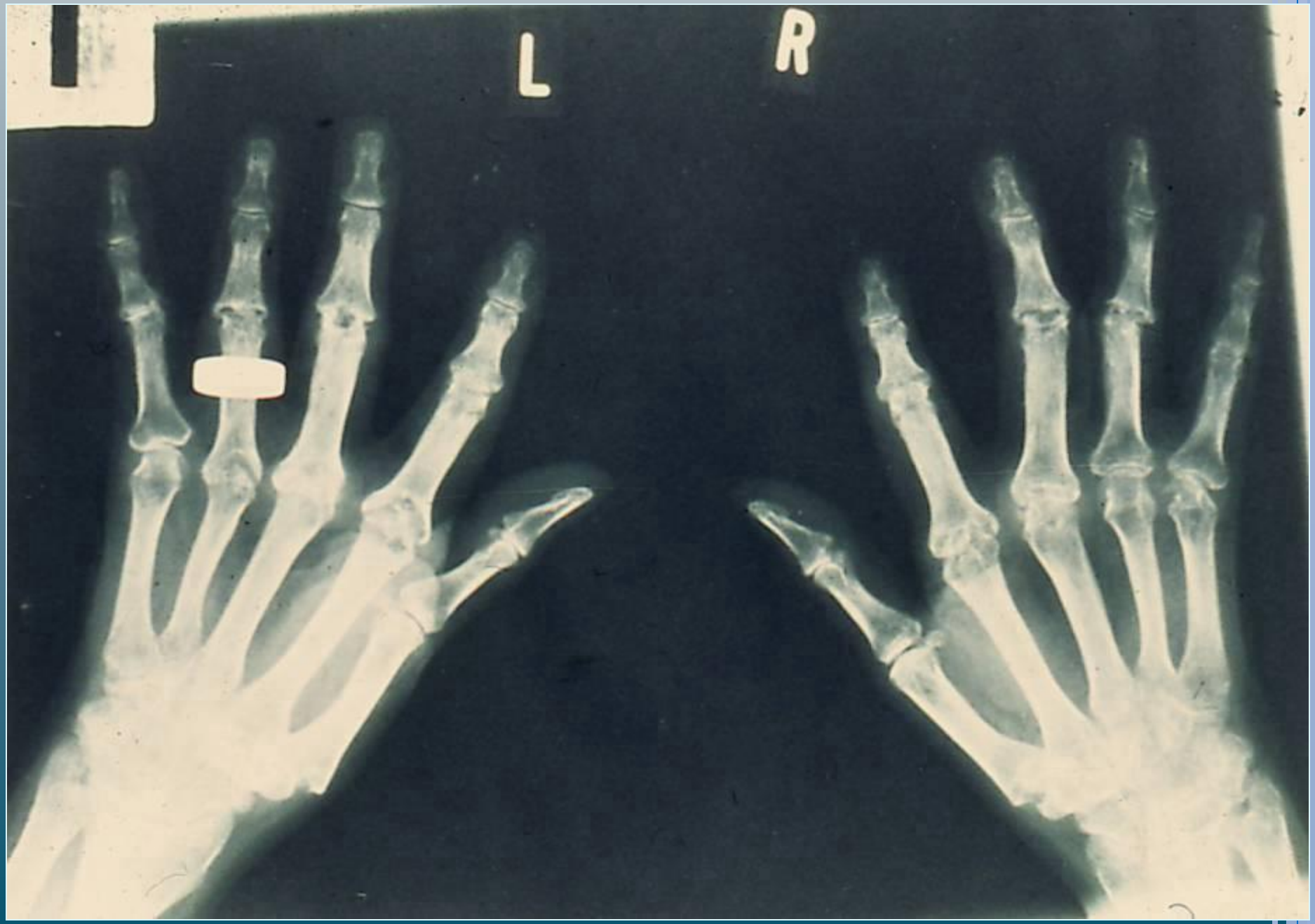
Стадия II

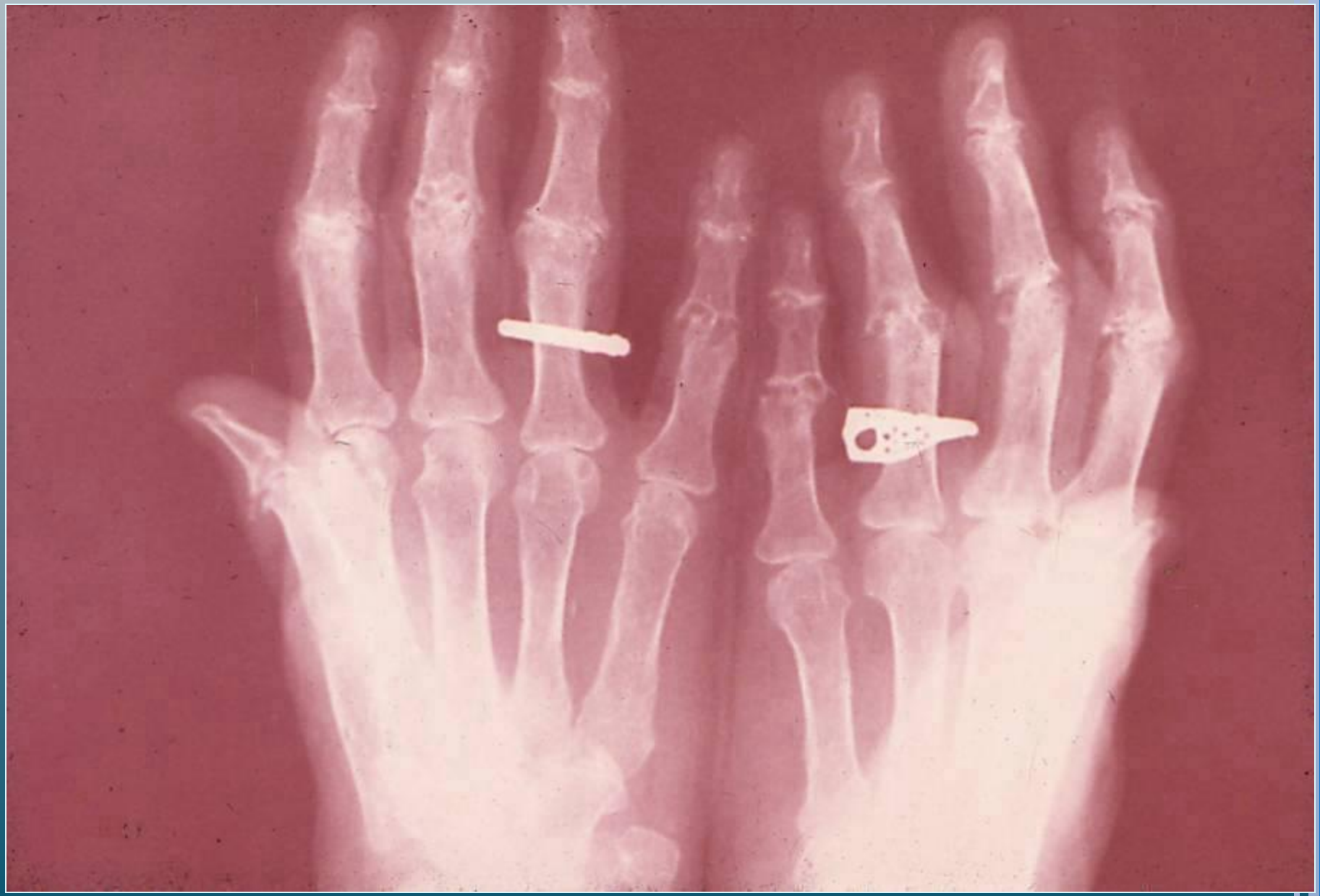
A
B
C
© ACR

Стадия III

2 5 9

Стадия IV


L
R



© ACR

Критерии рентгенологического прогрессирования в мелких суставах

Быстрое прогрессирование:

- появление эрозий в 1-й год заболевания
- появление более 4-х новых эрозий за 12 месяцев
- появление новой остеолитической области за 12 месяцев
- анкилозирование в первые 3 года болезни

Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита

Подагра

(При наличии вторичной подагры при РА)

Артрит (моно-, олиго-), может самостоятельно проходить в течении 3-10 дней

Воспаление сустава достигает максимума в течении первых суток

Выраженная гиперемия кожи над пораженным суставом

Чаще поражается I плюснефаланговый сустав

Артрит нессиметричный

На рентгенограмме дефекты (субкортикальные кисты) костной ткани в эпифизах пальцев стоп по типу «пробойников»

В крови повышение уровня мочевой кислоты (женщины более 360 мкмоль/л, мужчины более 420 мкмоль/л)

Кристаллы моноурата натрия в синовиальной жидкости

Тофусы в области суставов кистей, локтевых суставах, на ушных раковинах, безболезненные при хроническом течении

Мочекаменная болезнь

Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита

Остеоартроз

Чаще ассиметричный артрит

Узелки Гебердена и Бушара

Механический характер боли (усиливаются боли при движении, к концу дня, после покоя проходят)

Рентгенологически: остеофиты, сужение суставных щелей

Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита

Анкилозирующий спондилоартрит

Чаще болеют мужчины моложе 40 лет

Ассиметричный моно- (воспаление одного сустава) или олигоартрит (воспаление 2-3 суставов) крупных суставов, позвоночного столба, илеосакральных сочленений

Уретрит

Увеит

Носительство В 27 (95%)

Снижение экскурсии грудной клетки

Рентгенологически: эрозии крестцово-подвздошных сочленений, симметричные синдесмофиты, энтезит эрозивный и неэрозивный, квадратизация тел позвонков

Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита

Реактивный артрит

Ассиметричный олигоартрит с преимущественным поражением суставов нижних конечностей

Четкая хронологическая связь (в пределах 1-3 недели) с клинически выраженной острой кишечной или урогенитальной инфекцией

Острый конъюктивит

Энтезит

Рентгенологически – без изменений

Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита

Системная красная волчанка

Не деформирующий ассиметричный мигрирующий артрит

Наличие антинуклеарного фактора

Васкулит пальцев

Симптом «бабочки» (эритематозные высыпания на щеках и носу)

В крови обнаруживаются LE-клетки, Ат к ДНК, антинуклеарный фактор

На рентгенограмме отсутствие костных эрозий даже при длительном течении

Классификация РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

ОСНОВНОЙ ДИАГНОЗ

РЕВМОТОИДНЫЙ АРТРИТ СЕРОПОЗИТИВНЫЙ (М 05.8)

РЕВМОТОИДНЫЙ АРТРИТ СЕРОНЕГАТИНЫЙ (М 06.0)

ОСОБЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ:

- СИНДРОМ ФЕЛТИ (05.0)
- БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА, РАЗВИВШАЯСЯ У ВЗРОСЛЫХ (М 06.1)

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ВЕРОЯТНЫЙ (М 05.9, М 06.4, М 06.9)

Ревматология, Клинические рекомендации, 2011

Классификация РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

ОСНОВНОЙ ДИАГНОЗ

СЕРОПОЗИТИВНЫЙ РЕВМОТОИДНЫЙ АРТРИТ (М 05)

Полиартрит (м 05)

Ревматоидный васкулит (м 05.2) (дигитальный артериит, хронические язвы кожи, синдром Рейно и др.)

Ревматоидные узлы (м 05.3)

Полинейропатия (м 05.3)

Ревматоидная болезнь легких (05.1) (альвеолит, ревматоидные легкие)

Синдром Фелти (м 05.1)

СЕРОНЕГАТИНЫЙ РЕВМОТОИДНЫЙ АРТРИТ (М 06.0)

Полиартрит (м 06)

Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых (м 06.1)

Клиническая ревматология, проф. Мазуров В.И. 2005

КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

КЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ

ОЧЕНЬ РАННЯЯ: ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ МЕНЕЕ 6 МЕСЯЦЕВ

РАННЯЯ СТАДИЯ: ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 1 ГОДА

РАЗВЕРНУТАЯ СТАДИЯ: ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ БОЛЕЕ 1 ГОДА ПРИ НАЛИЧИИ ТИПИЧНОЙ СИМПТОМАТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

ПОЗДНЯЯ СТАДИЯ: ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ 2 ГОДА И БОЛЕЕ ПЛЮС ВЫРАЖЕННАЯ ДЕСТРУКЦИЯ МЕЛКИХ (III-IV РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ) И КРУПНЫХ СУСТАВОВ, ОСЛОЖНЕНИЯ

Критерии классификации ревматоидного артрита, установленные в 2010 году Американской Коллегией Ревматологов / Европейской Лигой против ревматизма

Пациенты, подлежащие обследованию по этому алгоритму:

1. Больные, у которых есть хотя бы 1 пораженный сустав, с клинически установленным синовитом.
2. В случае, если нет другого диагноза объясняющего диагноз синовита.

Показания для консультации у ревматолога пациента с подозрением на ранний РА

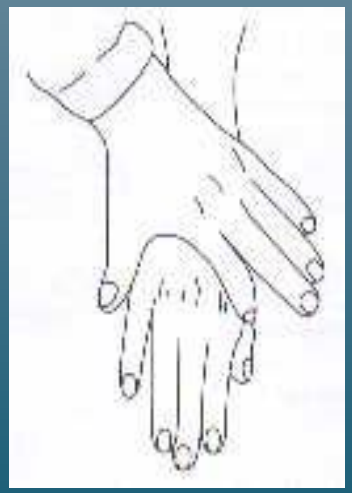
- 3 и более припухших (воспаленных) суставов
- Поражение проксимальных межфаланговых суставов и/или пястно-фаланговых суставов
- положительный тест «поперечного сжатия»
- Утренняя скованность > 30 мин
- СОЭ более 25 мм/ч
- СРБ (колличественный)
- АЦЦП

На очень ранней стадии болезни СОЭ, СРБ, РФ, АЦЦП могут находиться в пределах нормы, но это не исключает диагноз РА

Показания для консультации у ревматолога пациента с подозрением на **ранний РА**

Тест «поперечного сжатия»

Врач своей рукой сжимает кисть пациента,
при наличии воспаленных суставов
(синовита) появляется боль.
Тест «сжатия» положительный.



Диагностические критерии ревматоидного артрита ACR / EULAR 2010 (1)*

ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ	**0-5 БАЛЛОВ**
1 СРЕДЕИЙ/КРУПНЫЙ СУСТАВ	0
2-10 СРЕДНИХ/КРУПНЫХ СУСТАВА	1
1-3 МЕЛКИХ СУСТАВА	2
4-10 мелких	3
> 10 мелких	5
СЕРОЛОГИЯ	**0-3 БАЛЛА**
РФ – отриц., АЦЦП – отриц.	0
РФ и / или АЦЦП позитивный тест В низких титрах	2
РФ и/или АЦЦП позитивный тест В высоких титрах	3

Диагностические критерии ревматоидного артрита ACR / EULAR 2010 (1)*

Длительность симптомов 0-1 балл

< 6 недель 0

>6 недель 1

Острофазные показатели 0-1 балл

Нормальные и СОЭ, и СРБ 0

Повышение или СОЭ, или СРБ1

* Счет > 6 балов указывает на определенный ревматоидный артрит

Счет активности болезни (DAS)

DAS = 0.54 * (ЧПС) +0.33*In(СОЭ)+0.0072*ОСЗ

ЧБС – Число болезненных суставов определяется на основе суставного индекса Ritchie

ЧПС – Число припухших суставов

СОЭ – Скорость оседания эритроцитов (мм/час)

ОСЗ – Общее состояние здоровья по 100-мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ)

Высокая активность >3.7

Низкая активность < 2.4

Ремиссия < 1.6

Калькулятор для расчета DAS 28 можно найти в Интернете (www.das-score.nl)

КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

АКТИВНОСТЬ БОЛЕЗНИ

0 – РЕМИССИЯ (DAS28 <2,6)

1 – НИЗКАЯ (2,6 < DAS28 < 3,2)

2 – СРЕДНЯЯ (DAS28 = 3,2 – 5,1)

3 – ВЫСОКАЯ (DAS28 > 5,1)

Интерпретация индекса DAS

Определение	DAS	DAS28
Ремиссия	<1,6	<2,6
Низкая активность	≤2,4	≤3,2
Умеренная активность	>2,4 и ≤3,7	>3,2 и ≤5,1
Высокая активность	>3,7	>5,1

Рабочая классификация РА

Клиника	Р Ф	Течение	Степень актив-ности	Рентг. ста-дия	Функ-циональный класс
1. РА: Полиартрит С системными проявлениями 2. ЮРА	+ -	Быстро прогресси-рующее Медленно прогресс. Без прогресси-рования	0-ремиссия 1-низкая 2-умерен 3-высокая	I-около-суставной остеопороз II- То же + сужение м/с щелей + ед. узуры III-То же + множ. узуры IV- То же+ анкилоз	I II III IV

Примеры формулировки клинических диагнозов

- Ревматоидный артрит серопозитивный (М05.8), развернутая стадия, активность II, эрозивный (рентгенологическая стадия II), с системными проявлениями (ревматоидные узелки), АЦЦП (-), ФК II.
- Ревматоидный артрит серонегативный (М06.0), ранняя стадия, активность III, неэрозивный (рентгенологическая стадия I), АЦЦП (+), ФК I.
- Ревматоидный артрит серопозитивный (М05.8), поздняя стадия, активность II, эрозивный (рентгенологическая стадия III), с системными проявлениями (ревматоидные узелки, дигитальный артериит), АЦЦП (? – не исследовано), ФК III, осложнения – синдром карпального канала справа, вторичный амилоидоз с поражением почек.

Примеры формулировки клинических диагнозов

- Вероятный ревматоидный артрит (М06.9), серонегативный, ранняя стадия, активность II, неэрозивный (рентгенологическая стадия I), АЦЦП (+), ФК I.

Нефармакологическое лечение РА

Диета: разгрузочно-диетическая терапия, молочно-растительная, вегетарианская диеты

Стереотип двигательной активности

Ортопедические пособия - ортезы (одеваются во время сна и удерживают сустав в правильном положении)

Лечебная физкультура при низкой активности (2 раза в неделю)

ФТЛ при минимальной активности и ремиссии (лазерное облучение пораженных суставов, фонофорез гидрокортизоном, электромагнитные поля ультра- и сверхвысоких частот, массаж)

Санаторно-курортное лечение с минимальной активностью РА или в стадии ремиссии

«ОКНО ВОЗМОЖНОСТИ»

«РАННИЙ АРТРИТ» ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ ДО 1-2 лет

«ОЧЕНЬ РАННИЙ АРТРИТ» ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ ДО 3 МЕСЯЦЕВ

Ограниченный период времени *(окно)*, в течение которого лечение хронического заболевания более эффективно *(возможность)*,по сравнению с любым другим периодом болезни

«Ранее» лечение vs «позднее» лечение

Чем больше продолжительность заболевания (до момента назначения «базисных» препаратов), тем хуже ответ на «базисные» препараты

(категория I A)

Раннее лечение РА

- Раннее (и необратимое) развитие рентгенологических изменений в суставах
- Раннее (и необратимое) нарушение функциональной активности
- «Ранняя» агрессивная терапия ббббЯметотрексата и лефлуномида
- Применение биологических агентов (в комбинации с метотрексатом или лефлуномидом)

Цели терапии

- Подавление симптомов артрита и внесуставных проявлений
- Предотвращение деструкции, нарушений функции и деформации суставов
- Сохранение (улучшение) качества жизни
- Достижение ремиссии или низкой воспалительной активности
- Снижение риска развития коморбидных заболеваний
- Увеличение продолжительности жизни (до популяционного уровня)
- Выздоровление ???

Классификация препаратов для лечения ревматоидного артрита

Симптоматические противовоспалительные препараты (SMARD’s)

- НПВП
- Глюкокортикоиды

Модифицирующие течение заболевания препараты (DMARD`s): аминохинолиновые, метотрексат и др.

Базисные противовоспапительные препараты (Препараты контролирующие болезнь (DC’ART) - - препараты, способные улучшить функцию и замедлить прогрессирование РА (генно-инженерные биологические агенты)

Лечение ревматоидного артрита

местно:

1. ГКС внутрисуставно (1:1 дипроспан с новокаином 0,5%)
2. Пластыри с НПВС на пораженные суставы
3. Компрессы с димексидом

Лечение ревматоидного артрита

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП):

Эффективность всех НПВП в средних и высоких дозах при длительном лечении одинакова (стараться использовать как можно меньшую эффективную дозу)

Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта реже всего возникают при применении селективных НПВП (уровень А)

Применение напроксена и целекоксиба более безопасно в отношении риска развития кардиоваскулярных осложнений (уровень В)

Принимать одновременно не более одного НПВП

Необходимо отменить через месяц от начала приема в случае прекращения боли на фоне базисных препаратов

В случае отсутствия эффекта заменить на другой НПВП

НПВП - обязательный компонент лечения **ревматоидного артрита.**

Безопасность НПВП, избирательно блокирующих ЦОГ-2, делает их препаратами выбора при длительном назначении.

ЦОГ-2: Новая мишень противовоспалительной терапии

Арахидоновая кислота

Глюкокортикоиды (блокируют экспрессию иРНК)

(-)

ЦОГ-1 (конституитивная)

ЦОГ-2 (индуцибельная)

(-)

НПВП

Желудок
Кишечник
Почки
Тромбоциты

Зона воспаления:
- Макрофаги
- Синовиоциты
- Эндотелиальные клетки

Рабочая классификация НПВП

Выраженная селективность в отношении ЦОГ-1	Аспирин Индометацин Кетопрофен Пироксикам Сулиндак
Умеренная селективность в отношении ЦОГ-1	Диклофенак Ибупрофен Напроксен **и др.**
Примерно равноценное ингибирование ЦОГ-1 и ЦОГ-2	Лорноксикам
Умеренная селективность в отношении ЦОГ-2	Этодолак Мелоксикам **Нимесулид** Набуметон
Выраженная селективность в отношении ЦОГ-2	Целекоксиб **Эторикоксиб**

Применение НПВП при ревматоидном артрите

Лекарственные средства	Рекомендуемые дозы
Препараты с коротким Т ½ (менее6ч)	
диклофенак ацеклофенак	75-150 мг/сут в 2 приема 200 мг/сут в 2 приема
ибупрофен	1200-3200 мг/сут в 4 приема
кетопрофен декскетопрофен трометамол (дексалгин)	100-300 мг/сут в 2 приема 75мг/сут в 2-3 приема
нимесулид (ЦОГ-2)	200-400 мг/сут в 2 приема
целекоксиб (ЦОГ-2)	200-400 мг/сут в 2 приема

Применение НПВП при ревматоидном артрите

Лекарственные средства	Рекомендуемые дозы
Препараты с длительным периодом Т1/2 (более 6 ч)	
мелоксикам (ЦОГ-2)	7,5-15 мг/сут в 1 прием
напроксен	1000 мг/сут в 2 приема
пироксикам	10-20 мг/сут в 1 прием
лорноксикам	8-16 мг/сут в 2 приема

Глюкокортикостероиды при РА

цель назначения

1. Снизить активность до наступления эффекта базисных противоревматических препаратов
2. Контроль активности при обострении
3. Неэффективность базисной терапии и НПВП
4. Появление побочных эффектов на фоне терапии НПВП
5. Пульс-терапия: метипред 1000 мг в/в капельно 3-5 дней

Глюкокортикостероиды при РА

- Безопасными считаются дозы 10 мг преднизолона в сутки
- Лечение ГКС должно сочетаться с противоостеопоретической терапией
- Лечение ГКС без базисной терапии недопустимо
- Лечение ГКС укорачивает жизнь больных
- Назначение ГКС на ранних сроках РА замедляет прирост эрозий (???) (G. Kirwan, 1997)

Базисные антиревматические препараты

- Способствуют медленному наступлению клинического эффекта
- Уменьшают симптомы синовита
- Тормозят суставную деструкцию
- Тормозят иммунологические проявления РА
- Вызывают клинико-лабораторную ремиссию
- Длительно сохраняют отчетливое улучшение после отмены препарата

Общие принципы базисной противовоспалительной терапии

- Раннее назначение всем больных

Чем больше длительность болезни, тем ниже эффективность БПВП (уровень доказательности 1а)

- Лечение БПВП следует продолжать даже при снижении активности заболевания и достижения ремиссии
- Многолетнее непрерывное лечение
- Активное участие больного в лечении
- Эффективная терапия БПВП снижает общую стоимость медицинского обслуживания пациентов с РА

Основные цели базисной терапии ревматоидного артрита

- Быстро и эффективно уменьшить выраженность симптомов при раннем и позднем РА
- Затормозить деструкцию суставов
- Улучшить качество жизни пациентов
- Индуцировать клиническую и/или рентгенологическую ремиссию

Базисные противовоспалительные препараты (БПВП)

Disease Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs)

- Метотрексат
- Лефлуномид (Арава)
- Сульфасалазин
- Циклофосфан
- Азатиоприн
- Аминохинолиновые препараты (Плаквенил)

Базисное противовоспалительное лечение

метотрексат

- Введение метотрексата в терапию ревматических заболеваний явилось одним из наиболее важных достижений современной ревматологии
- Эталон («золотой стандарт») болезнь-модифицирующей терапии РА и ПА
- Применяется при широком круге ревматических заболеваний

Базисное противовоспалительное лечение

Метотрексат: рекомендации по применению

- Раннее применение (монотерапия или в комбинации)
- Подбор дозы (до 20 – 25 – 30 мг/нед)
- Назначение фолиевой кислоты (прием 1-3 мкг/сут в дни, свободные от метотрексата)
- Тщательный мониторинг
- Отказ от приема алкоголя
- Препарат вводится перорально, подкожно и внутримышечно

Для большей эффективности и улучшения его переносимости метотрексат следует вводить парентерально

Базисное противовоспалительное лечение

Метотрексат в терапии ревматоидного артрита

- Препарат «выбора» при серопозитивном активном РА
- Прерывание лечения чаще связано с токсичностью, чем с отсутствием эффекта
- Основной препарат при проведении комбинированной терапии с БПВП
- Основной препарат при проведении комбинированной терапии с ГИБП
- Лечение МТ ассоциируется со снижением риска летальности
- Низкие затраты и высокая клиническая эффективность (индекс цена/эффективность)

Базисное противовоспалительное лечение

Показания к назначению метотрекса при РА

- Монотерапия показана независимо от длительности заболевания , активности и наличия факторов неблагоприятного прогноза

- У больных ранним АЦЦП+ и недифференцированным артритом отмечено:
  - снижение риска развития достоверного РА
  - прогрессирования деструкции суставов

Базисное противовоспалительное лечение

Методжект

- Высоко эффективен для лечения РА
- Методжект способствует снижению частоты нежелательных явлений
- Сочетает в себе все преимущества парентерального метотрексата
- Подкожные инъекции менее болезненные, чем внутримышечные
- В ЕС методжект 10 мг/мл является золотым стандартом метотрексата
- Пациенты могут вводить Методжект дома

Базисное противовоспалительное лечение

Преимущества Методжекта
Простота применения

- Шприцы готовы к использованию
- Форма шприца специально разработана таким образом, чтобы препарат можно было ввести самостоятельно даже при наличии деформации суставов рук
- Выпускается во всех традиционных дозировках
- Градуированные шприцы позволяют вводить промежуточную дозу при необходимости
- Концентрированный раствор Метотрексата (10 мг/мл)
  небольшой объем
  простое и менее болезненное подкожное введение
  возможность самостоятельного введения

Дозировки Методжект

7.5 мг 10 мг 15 мг 20 мг 25 мг

Базисное противовоспалительное лечение

Лефлуномид (Арава) в терапии РА

- Специально разработан для лечения РА
- Единственный БПВП, внедренный в ревматологическую практику за последние 20 лет
- Средство патогенетической терапии
- Низкомолекулярное производное изоксазола
- Активный метаболит – терифлономид (A771726)
- Основной механизм действия – ингибиция de novo синтеза пирамидиновых оснований преимущественно в активированных Т-лимфоцитах
- Приемлемая альтернатива МТ

Базисное противовоспалительное лечение

Эффективность Лефлуномида) при РА (анализ многочисленных РКИ)

- Клиническое улучшение на фоне монотерапии развивается в течение первого мес и сохраняется в течение длительного периода
- Одинаково эффективен у больных с «ранним» (длительность менее 2-х лет) и «поздним» РА
- По эффективности не уступает сульфасалазину и МТ
- Достоверно замедляет прогрессирование рентгенологической деструкции суставов
- Превосходит МТ и сульфасалазин по влиянию на качество жизни
- Его целесообразно комбинировать с инфликсимабом, этанерцептом, адалимумабом, анакинрой

Базисное противовоспалительное лечение

Тактика лечения Лефлуномидом

- Длительность приема: неопределенно долго
- Используется в качестве базисной монотерапии, в сочетании с МТ или с препаратами биологического действия
- При одновременном назначении Леф и НПВП негативные проявления этих препаратов не нарастают
- При сочетанном приеме Леф и МТ их фармакокинетика не меняется

Базисное противовоспалительное лечение

Сульфасалазин

0,5 г/сут внутрь с постепенным увеличением дозы до 2 г/сут в 2 приема после еды

Назначается при серонегативном РА (слабый) при непереносимости метотрексата

Базисное противовоспалительное лечение

Наиболее рациональные комбинации БПВП при РА

- Метотрексат, сульфасалазин, плаквенил
- Метотрексат и лефлуномид
- Сульфасалазин и лефлуномид
- Метотрексат и сульфасалазин
- Метотрексат/лефлуномид и биологические агенты (инфликсимаб (ремикейд), этанерцепт (энбрел), адалимубаб, ритуксимаб и др.)

В этих комбинациях может быть использован преднизолон

Генно-инженерные биологические препараты

Генно-инженерные биологические препараты

1. Химерные (человеческо-мышиные) моноклональные антитела к фактору некроза опухоли (ФНО) – инфликсимаб (ремикейд), адалимумаб
2. Рекомбинантный растворимый ФНО-*α* рецептор – этанерцепт
3. Рекомбинантныанакинрай антагонист ИЛ-1*β* - анакинра, ИЛ-6 – тоцилизумаб
4. Моноклональные Ат к различным рецепторам Т-лимфоцитов – абатацепт
5. Моноклональные Ат к рецепторам (СД20) В-лимфоцитов – ритуксимаб (мабтера)

Ингибиторы ФНО

- Ингибиторы ФНО принимают более 1,5 миллионов пациентов
- Ингибиция только одного «провоспалительного» цитокина (ФНО) - эффективно подавляет воспаление при артритах
- Лечение эффективно у большинства больных, у некоторых развивается «ремиссия»
- Для достижения эффекта необходима длительная терапия
- Вероятно существует «окно возможности» в отношении достижения длительной ремиссии при раннем РА
- Существенно улучшается качество жизни, сохраняется функциональный статус, замедляется деструкция суставов
- Длительная терапия относительно безопасна

Инфликсимаб (ремикейд) при РА

- Эффективен у пациентов с недостаточным ответом на МТ при раннем и позднем РА
- Эффект развивается быстрее, чем на фоне лечения синтетическими БПВП
- Более эффективен, чем пульс-терапия метилпреднизолоном
- Побочные эффекты, требующие прерывания лечения, возникают реже, чем при применении БПВП

Применение Инфликсимаба при ревматоидном артрите

- ФНО-α – зависимое воспаление лежит в основе деструкции суставов при РА
- Не всегда клиническая эффективность терапии коррелирует с темпами рентгенологического прогрессирования
- Инфликсимаб вызывает трансформацию тяжелого деструктивного РА в более легкий «недеструктивный»

Показания для назначения инфликсимаба при РА

- Достоверный диагноз по критериям ACR, включая раннюю стадию
- Высокая активность РА (индекс DAS > 5,1) на протяжении минимум 1 мес
- Отсутствие эффекта или плохая переносимость 2 стандартных БПВП, одним из которых должен быть метотрексат

- Показания могут быть расширены

Режим назначения инфликсимаба при РА

- Доза 3 мг/кг массы тела
- Обязательно комбинировать с метотрексатом или с лефлуномидом

Причины неэффективности ингибиторов ФНОα

- Вариабельность течения заболевания (значение эмоционального и физического стресса, нестабильность гормонального фона, изменения в сопутствующей терапии, инфекции и т.д.)
- Формирование антител к препарату
- Многофакторность иммунного ответа
- Неясность причин иммунологической резистентности

Что делать при первичной или вторичной неэффективности Ремикейда

- Перейти на другой ингибитор ФНО-а (адалимумаб, этанерцепт, голимумаб)

Перейти на ГИБП другого класса:

- ритуксимаб (anti-CD20 моноклональные антитела, локализующиеся на В-клетках)
- тоцилизумаб (к ИЛ-6)
- абатацепт (к молекулам костимуляции)

Эффекты базисной противовоспалительной терапии

- Влияние на показатели активности

  (уменьшение выраженности суставного синдрома, уровня лабораторных показателей острой фазы, проявлений синовита)

- Влияние на показатели прогрессирования (замедление темпов прогрессирования, снижение уровня иммунологических тестов, уменьшение выраженности базисных проявлений синовита и внесуставных проявлений)

Критерии эффективности лечения (EULAR)

Счет	Уменьшение DAS >1.2	>0.6 to ≤1.2	≤0.6
DAS ≤ 2.4	Хороший		
2.4 < DAS ≤ 3.7		Умеренный	
DAS > 3.7			Отсутствие

EULAR = European League Against Rheumatism; DAS = Счет активности болезни.

van Gestel AM et al. *Arthritis Rheum*. 1996;39:34–40.

Ремиссия заболевания

- Клиническая ремиссия на фоне медикаментов
- Клиническая ремиссия без медикаментов
- Рентгенологическая ремиссия (отсутствие рентгенологического прогрессирования)

Нередко наблюдается диссонанс между клинической и рентгенологической ремиссией

Критерии клинической ремиссии ревматоидного артрита по критериям ACR

1. Длительность утренней скованности не более 15 мин
2. Отсутствие недомогания
3. Отсутствие болей в суставах
4. Отсутствие болезненности суставов при пальпации и болей при движений
5. Отсутствие припухлости мягких тканей в области суставов или сухожилий
6. СОЭ не менее 20 мм/ч для женщин и 15 мм/ч для мужчин

Клиническая ремиссия устанавливается при сохранении 5 из 6 признаков в течение 2-х мес

Лечение ревматоидного артрита

Хирургическое лечение

1. Синовэктомия (удаление воспаленной синовиальной оболочки сустава)
2. Артродез (искусственное закрытие сустава в физиологическм выгодной позиции)
3. Артропластика (создание нового сустава на основе разрушенного с использованием биологических или аллопластических прокладок с целью предотвращения анкилозирования)
4. Эндопротезирование суставов (замена разрушенных суставов на искусственные, изготовленные из инертных для организма материалов)

Спасибо за внимание!

Диагностические критерии ревматоидного артрита ACR / EULAR 2010 (1)*

ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ	**0-5 БАЛЛОВ**
1 СРЕДЕИЙ/КРУПНЫЙ СУСТАВ	0
2-10 СРЕДНИХ/КРУПНЫХ СУСТАВА	1
1-3 МЕЛКИХ СУСТАВА	2
4-10 мелких	3
> 10 мелких	5
СЕРОЛОГИЯ	**0-3 БАЛЛА**
РФ – отриц., АЦЦП – отриц.	0
РФ и / или АЦЦП позитивный тест В низких титрах	2
РФ и/или АЦЦП позитивный тест В высоких титрах	3

Диагностические критерии ревматоидного артрита ACR / EULAR 2010 (1)*

Длительность симптомов 0-1 балл

< 6 недель 0

>6 недель 1

Острофазные показатели 0-1 балл

Нормальные и СОЭ, и СРБ 0

Повышение или СОЭ, или СРБ1

* Счет > 6 балов указывает на определенный ревматоидный артрит

Критерии ответа ACR
ACR20 / ACR50 / ACR70

- ≥ 20% / 50% / 70% улучшение:
  - Счета припухших суставов
  - Счета болезненных суставов
  - Улучшение по крайней мере 3 из 5 показателей:
    - Общая оценка активности по мнению пациента
    - Общая оценка активности по мнению врача
    - Оценка пациентом боли
    - Острофазовые показатели (СОЭ, СРБ)
    - Нетрудоспособность (HAQ)

Felson DT et al. *Arthritis Rheum*. 1995;38:727–735.
Felson DT et al. *Arthritis Rheum*. 1998;41:1564–1570.

Критерии эффективности противоревматической терапии.

Критерии WHO\ILAR

- 1.Более 20% улучшение счета отекших суставов.
- 2.Более 20% счета болезненных суставов.
- 3.Более 20% улучшение 2 из 3 показателей:
- А.Общая активность по оценке больного или врача.
- Б.Боль.
- В. СОЭ.

Критерии ACR

- 1.Более 20% улучшение счета отекших суставов.
- 2.Более 20% счета болезненных суставов.
- 3.Более 20% улучшение 2 из 3 показателей:
- А.Общая активность по оценке больного.
- Б.Общая активность по оценке врача.
- В. Боль по оценке больного.
- Г. Острофазовые реакции.
- Д.Инвалидизация.

Критерии ответа ACR (ACR20 / ACR 50 / ACR 70)

20 % / 50% / 70 % улучшение

ЧИСЛО ПРИПУХШИХ СУСТАВОВ

ЧИСЛО БОЛЕЗНЕННЫХ СУСТАВОВ

улучшение по меньшей мере 3-х показателей

- Общая оценка активности заболевания пациентом
- Общая оценка активности заболевания врачом
- Оценка боли пациентом
- Опросник оценки состояния здоровья (HAQ)
- СОЭ или СРБ