

ВРАЧ - ПАЦИЕНТУ
ИНФОРМАЦИЯ
О РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

(методическое пособие по материалам
Всероссийской конференции в рамках
«12 октября – Всемирный день борьбы с артритом»
World Arthritic Day)

Общероссийская общественная организация
инвалидов «Российская ревматологическая
ассоциация «Надежда»
www.revmo-nadegda.ru

Разработана коллективом
Научно-исследовательского института ревматологии РАМН
под руководством директора института,
академика РАМН, профессора Е.Л. Насонова,
при участии Президента Общероссийской общественной
организации инвалидов «Российская ревматологическая
ассоциация «Надежда» Н.А. Булгаковой
и Ассоциации Ревматологов России

АВТОРЫ:

проф.Я.А. Сигидин; проф. Р.М. Балабанова;
проф. Д.В. Муравьев; доктор мед.наук Г.В.Лукина;
доктор мед.наук Д.Е. Каратеев;
доктор мед.наук С.К. Соловьев;
доктор мед.наук Ю.А. Олюнин

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Ревматоидный артрит — аутоиммунное ревматическое заболевание, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов. Ревматоидный артрит является довольно распространенным заболеванием, в России им страдает около 1% населения. Заболеть ревматоидным артритом может и ребенок, и старик, но преимущественно недуг поражает женщин активного возраста (женщины заболевают ревматоидным артритом в 2–3 раза чаще, чем мужчины). Пик начала заболевания 30–55 лет, по данным Института ревматологии, средний возраст начала болезни — 47 лет.

Врачам до сих пор не ясно, что является причиной заболевания. Известно только, что некоторые люди генетически предрасположены к ревматоидному артриту, однако болезнь не передается от родителей к детям напрямую. У 20–30% пациентов болезнь начинается после перенесенной инфекции, чаще всего носоглоточной. В то же время многолетние поиски специфического микроорганизма, вызывающего ревматоидный артрит, не привели к успеху, поэтому нет оснований считать эту болезнь инфекционной. Другой существенный фактор, провоцирующий развитие заболевания — сильный эмоциональный стресс (ссоры, разводы, экзамены и др.). Также доказано, что курение увеличивает риск развития ревматоидного артрита. Примерно у трети больных первые симптомы появляются среди полного здоровья, без видимой причины.

Несмотря на то, что истинная причина ревматоидного артрита неизвестна, ученым-медикам удалось раскрыть многие

глубокие механизмы развития болезни. Сущность этого тяжелого заболевания состоит в нарушении работы иммунной системы организма. В результате некоторые иммунные клетки начинают вырабатывать слишком много веществ, вызывающих воспалительную реакцию, и тем самым повреждают свои собственные ткани. Это очень важный момент, который должны понимать пациенты — **в основе ревматоидного артрита лежит не «пониженный иммунитет», а избыточная иммунная реакция!** Поэтому основные лечебные мероприятия состоят не в «поднятии иммунитета», как многие думают, а в нормализации работы иммунной системы путем избирательного подавления ненормально активных клеток.

Ревматоидный артрит приводит к хроническому воспалению суставов, поражаются околоуставные и некоторые другие ткани, органы и системы организма, поэтому ревматоидный артрит относят к системным (поражающим весь организм, а не какой-либо конкретный орган) заболеваниям. Эта болезнь, как правило, имеет прогрессирующее течение, изредка прерывающееся ремиссиями (периодами временного улучшения). После стрессов, простуд или переохлаждений состояние больного может существенно ухудшаться. Со временем к поражению суставов присоединяются различные осложнения. Может развиваться ревматоидное поражение сердца, легких, сосудов и других органов. При отсутствии активного современного лечения почти половина больных в течение первых пяти лет после постановки диагноза получает инвалидность. Ревматоидное воспаление способствует развитию атеросклероза и как следствие — инфаркта миокарда, инсульта, укорачивая продолжительность жизни на 8–10 лет. **Основными симптомами** в начале болезни, как правило, являются боль, отечность, утренняя ско-

ванность в симметричных суставах кистей, лучезапястных суставов, повышение температуры кожи над ними. Со временем в процесс могут вовлекаться стопы, голеностопные, коленные, локтевые суставы. У некоторых пациентов, наоборот, первыми могут поражаться суставы ног (коленные, голеностопные), и только затем — рук. Эти признаки легко спутать с симптомами других заболеваний суставов, поэтому точный диагноз устанавливает только врач-ревматолог на основании детального клинического осмотра, инструментального обследования и наличия специфических лабораторных показателей. Воспаление сустава проявляется его опуханием, болезненностью и иногда краснотой. Хроническое воспаление сустава приводит к разрушению суставного хряща и возникновению деформации сустава, что в свою очередь, нарушает его функцию — возникают боли при движении и тугоподвижность.

Для ревматоидного артрита характерно симметричное поражение суставов кистей и стоп. Реже встречается изолированное поражение крупного сустава на одной стороне — в этих случаях могут возникнуть сложности при постановке диагноза, потому что такой характер артрита чаще встречается при остеоартрозе или инфекционном воспалении сустава.

Симптомы ревматоидного артрита обычно бывают стойкими и без лечения не исчезают, но на короткое время в начале заболевания возможны периоды некоторого улучшения самочувствия. Самопроизвольная ремиссия (то есть состояние длительного значительного улучшения) возникает очень редко. Без лечения закономерно наступает обострение, активность заболевания возрастает, и самочувствие снова ухудшается. Периоды обострения характеризуются слабостью, потерей аппетита,

повышением температуры, мышечными и суставными болями, а также скованностью суставов, обычно наиболее выраженной в утренние часы после пробуждения или после периодов отдыха.

Внесуставные (системные) проявления ревматоидного артрита обычно развиваются у длительно болеющих пациентов, но иногда встречаются с самого начала болезни. Специфическим симптомом ревматоидного артрита являются ревматоидные подкожные узелки, которые чаще всего образуются на локтях, но могут появиться и в других местах.

Редким тяжелым осложнением ревматоидного артрита является васкулит (воспаление сосудов). Данное заболевание нарушает кровоснабжение органов и тканей, чаще всего васкулит проявляется образованием темных некротических областей и язв на пальцах рук и на ногах. Воспаление желез глаз и слизистой рта приводит к появлению сухости этих органов, данное заболевание носит название «синдром Шегрена». Ревматоидное воспаление оболочки легких (плевры) называется плеврит, но клинически редко проявляется. В основном это обнаруживается при рентгенологическом обследовании. Подобное воспаление может наблюдаться и в сердечной оболочке (перикардит). Сами легкие тоже могут подвергаться воспалению, в них образуются ревматоидные узелки.

Хроническое воспаление при ревматоидном артрите может привести к снижению гемоглобина в крови — развитию анемии. Может также наблюдаться повышение (при обострениях) и понижение числа лейкоцитов (белых кровяных клеток).

Довольно редко встречаются особые формы ревматоидного артрита — синдром Фелти, при котором резко снижено число нейтрофильных лейкоцитов, наряду с артритами выявляет-

ся увеличение печени и селезенки. Другая форма — синдром Стилла у взрослых. При этом заболевании артрит возникает на фоне болей в горле, высокой лихорадки, резкого возрастания числа лейкоцитов, может быть сыпь. Такое разнообразие симптомов и вариантов болезни нередко делает диагностику сложной, поэтому хочется еще раз подчеркнуть, что грамотно установить диагноз ревматоидного артрита может только квалифицированный специалист ревматолог.

Диагностика

При наличии боли и припухания суставов необходимо как можно скорее обратиться к ревматологу.

Из практики хорошо известно, что многие пациенты при возникновении первых симптомов артрита долго занимаются самолечением, обращаются к врачам других специальностей (терапевтам, хирургам, травматологам, неврологам), поэтому точный диагноз устанавливается поздно — через 5–6 месяцев, а то и более. Соответственно поздно начинается лечение. За эти полгода могут вовлекаться в воспалительный процесс новые суставы, могут сформироваться необратимые изменения в них (эрозии, контрактуры). Поэтому раннее обращение к ревматологу — ключевой момент для успешного лечения. По современным рекомендациям, для максимальной эффективности терапии она должна быть начата в течение первых 6–12 недель от появления первых симптомов.

Ревматолог проводит осмотр суставов, кожи, других органов и систем. Затем назначается определенный спектр анали-

зов для подтверждения диагноза и определения степени активности заболевания, рентгенография и другие методы исследования. Распознавание ревматоидного артрита проводится на основании оценки врачом поражения суставов, обнаружения эрозий суставных поверхностей при рентгенологическом исследовании, выявления в сыворотке крови ревматоидного фактора (особого белка, который появляется у большинства пациентов). В крови повышается СОЭ, уровень фибриногена, С-реактивного белка. К сожалению, абсолютно специфических (патогномоничных) признаков ревматоидного артрита не существует. Так, анализ крови на ревматоидный фактор у некоторых пациентов на протяжении всей жизни бывает стойко отрицательным, хотя по другим симптомам у них — явный ревматоидный артрит. Поэтому диагностика всегда осуществляется по комплексу данных, полученных при обследовании, а не с помощью какого-либо одного анализа или исследования. На ранней стадии болезни имеются свои объективные трудности диагностики. Так, рентгеновские снимки могут не показать никаких изменений, и только при прогрессировании заболевания на рентгенограмме появляются типичные для ревматоидного артрита эрозии суставов. У 30% больных с подозрением на ревматоидный артрит диагноз не удается уточнить при первом визите к врачу, требуется проведение повторных обследований, наблюдение за пациентом. Поэтому в настоящее время для ранней диагностики ревматоидного артрита все более широко применяются новые иммунологические и инструментальные методы исследования. Анализ крови на антицитруллиновые антитела — новый лабораторный тест, помогающий в тех случаях, когда результат исследования на ревматоидный фактор отрицателен или сомнителен. Магнито-

резонансная томография (МРТ) суставов способна выявить характерные для артрита изменения значительно раньше, чем обычное рентгеновское исследование. Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов хорошо выявляет наличие жидкости в суставе, очагов воспаления в околосуставных тканях. Применение новых методик не исключает, а дополняет стандартное обследование в сложных случаях. У некоторых пациентов требуется получить анализ суставной (синовиальной) жидкости и/или самой ткани оболочки сустава. Для этого применяются пункция сустава и артроскопия. Пункция сустава (артроцентез) состоит в том, что с помощью иглы и шприца ревматолог откачивает суставную жидкость, которую потом отправляют в лабораторию на анализ. Артроцентез используется как для диагностики, так и в лечебных целях (удаление избыточного количества жидкости из сустава при воспалении, введение в сустав противовоспалительных препаратов). Артроскопия — это осмотр полости сустава с помощью специального аппарата, при этом может быть проведена биопсия — взятие маленького кусочка ткани для исследования под микроскопом. При артроскопии может быть проведено промывание сустава, что дает лечебный эффект.

Медикаментозное лечение

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 — яв-

ляются только дополнительными и без медикаментозного лечения не способны оказать существенное влияние на течение болезни.

Основная цель лечения затормозить и, возможно, остановить течение болезни, сохранить функцию суставов и улучшить качество жизни пациента. Необходимо подавить воспалительный процесс, снять боль, предупредить обострения и осложнения.

При условии ранней диагностики и раннего начала медикаментозной терапии современными противоревматическими препаратами почти у 50% больных 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 настоящего времени остается открытым.

Тем не менее, в настоящее время ревматологическими ассоциациями врачей Европы и США инициирована программа “*Treat to target*” («Лечение до достижения цели»), которая продвигает идею о том, что достижение стойкой клинической ремиссии должно быть основной целью лечения подавляющего числа больных. Российские ревматологи также активно участвуют в этой программе.

В основе лечения ревматоидного артрита лежит применение базисных противовоспалительных препаратов. К ним относят большое число разнообразных по химической структуре и фармакологическим свойствам лекарственных средств, таких

как, метотрексат, лефлуномид (**Арава**), сульфасалазин, гидроксихлорохин, циклоспорин А, азатиоприн 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 активными из базисных противовоспалительных препаратов являются **метотрексат и Арава**. Лечебное действие при их применении развивается медленно (за 1,5–2 месяца и более), но зато является очень стойким. Максимальное улучшение достигается обычно к 6-му месяцу лечения, хороший клинический эффект наблюдается у ≈ 50 -60% больных. Для сохранения достигнутого улучшения поддерживающие (низкие) дозы этих препаратов больной должен принимать длительно (при необходимости — несколько лет). **Метотрексат и Арава** в целом хорошо переносятся, однако требуют контроля в отношении картины крови, функции печени.

Метотрексат, пришедший в ревматологию из онкологической практики, признается «золотым стандартом» лечения РА, поскольку это наиболее хорошо апробированный, доказавший свою эффективность во многих клинических исследованиях препарат с оптимальным сочетанием эффективности, безопасности и стоимости. Поэтому именно метотрексат чаще всего назначают первым из всех базисных препаратов.

Лефлуномид (Арава) является более современным препаратом, который также хорошо зарекомендовал себя, особенно при раннем ревматоидном артрите. Исследования НИИ ревматологии РАМН показали, что при раннем назначении **Аравы** возможно достижение клинической ремиссии примерно у 40% пациентов, В целом же эффективность **Аравы** при РА прибли-

зительно равна эффективности метотрексата. Существует индивидуальная чувствительность к лекарственным средствам, поэтому у ряда пациентов, не отвечающих на лечение метотрексатом, может наблюдаться заметно более выраженный эффект при переходе на **Араву**. У больных, имеющих противопоказания к назначению метотрексата, **Арава** может применяться в качестве первого препарата. В ряде регионов России препарат **Арава** пациенты получают **бесплатно** по региональной льготе (уточните данный вопрос у своего лечащего врача), подробнее на сайте www.revmo-nadegda.ru.

Самым современным методом лечения ревматоидного артрита является применение так называемых генно-инженерных биологических препаратов. Биологические препараты (не путать с биологически активными добавками!) — это специально, с использованием сложнейших биотехнологий, синтезированные белковые молекулы, которые очень избирательно воздействуют на отдельные вещества или группы клеток, наиболее активно участвующие в процессе хронического воспаления.

В настоящее время в мире зарегистрировано 9, а в России — 6 генно-инженерных биологических препаратов.

Три из них (инфликсимаб, адалимумаб и этанерцепт) относятся к группе так называемых ингибиторов «фактора некроза за опухоли альфа». «Фактор некроза за опухоли альфа» — вещество, ответственное за развитие воспаления в суставе и разрушение костной ткани.

Одним из первых биологических средств, которые начали применять для лечения ревматоидного артрита был препарат **инфликсимаб (ремикейд)** который блокирует так называемый «фактор некроза опухоли альфа» — вещество, ответственное

за развитие воспаления в суставе и разрушение костной ткани. **Ремикейд** вводится внутривенно, дает быстрый и сильный противовоспалительный эффект, тормозит развитие эрозий в суставах. Препарат противопоказан при аллергии к белкам, тяжелых инфекциях (особенно туберкулезе, в связи с чем всем пациентам до назначения проводится специальное обследование. Вливание Ремикейда может проводиться в амбулаторных условиях под наблюдением квалифицированного персонала. Ремикейд (инфликсимаб) на основании «Приказа Минздравсоцразвития РФ от 18.09.2006 г. № 665» входит в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача (фельдшера) отдельным категориям граждан бесплатно).

Адалimumаб, или Хумира (Humira) используется наряду с инфликсимабом в качестве препарата первого ряда биологической терапии ревматоидного артрита. Адалimumаб химически отличается инфликсимаба (не содержит мышинового белка, а только идентичный человеческому), поэтому может помогать и лучше переноситься у больных, которые не отвечают на лечение или не переносят инфликсимаб. Хумира зарегистрирована в РФ в конце 2006 года. Препарат вводится подкожно (выпускается в готовых лекарственных формах, удобных для самостоятельного применения) и поэтому хорошо подходит для амбулаторного лечения пациентов, когда внутривенное введение нежелательно или неудобно.

Этанерцепт (энбрел) – препарат, хорошо известный в мире, но позже других зарегистрированный в России. По механизму действия аналогичен инфликсимабу и адалimumабу, вводится подкожно еженедельно. Согласно некоторым наблюдениям, несколько меньше снижает сопротивляемость к туберкулезной

инфекции по сравнению с другими препаратами из группы ингибиторов «фактора некроза за опухоли альфа».

При недостаточной эффективности или непереносимости (наличие побочных или аллергических реакций) препаратов-блокаторов «фактора некроза опухоли альфа» (ремикейд, хумира), а также при наличии противопоказаний к их применению (туберкулез или «сомнительная» реакция Манту) для лечения ревматоидного артрита назначается препарат **ритуксимаб (МабТера)**. **МабТера** подавляет ненормально активные В-лимфоциты (клетки, синтезирующие антитела, направленные против собственных клеток и играющие важнейшую роль в возникновении и прогрессировании ревматоидного артрита). **МабТера** вводится внутривенно, капельно. Курс лечения состоит всего из двух введений препарата с интервалом в 2 недели. Проведение повторных курсов лечения **МабТерой** возможно через 6-12 мес. после первоначального введения, что зависит от степени выраженности и длительности ремиссии. Применение **МабТеры** улучшает самочувствие пациентов, убирая симптомы болезни, тормозит развитие эрозий в суставах, что доказывается рентгенологически, а также значительно улучшает качество жизни, что подтверждается многочисленными международными клиническими исследованиями. Основными противопоказаниями для применения препарата являются аллергия к белкам и выраженное снижение уровня лейкоцитов и тромбоцитов. Как и некоторые другие биологические препараты, **МабТера** включена в федеральную программу «Обеспечения необходимыми лекарственными средствами», что позволяет пациентам, нуждающимся в лечении данным препаратом и имеющим инвалидность, получать **МабТеру бесплатно** (см. Приложение к Приказу Минздравсоцразвития РФ №665 от 18.09.2006 г. «Об

утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи», пункт XXX «Средства, применяемые по решению врачебной комиссии, утвержденному главным врачом лечебно-профилактического учреждения»; а также Приложение к Приказу Минздравсоцразвития РФ №651 от 19.10.2007 г. «О внесении изменений в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи», пункты 4в и 5).

Два других биологических генно-инженерных препарата обладают уникальными механизмами действия.

Тцилизумаб (Актемра) является антагонистом интерлейкина-6 – сигнального вещества, обладающего множеством функций, в частности, способного вызывать «системное» воспаление, сопровождающееся не только болью и припухлостью в суставах, но и общими явлениями - лихорадкой, ознобом, повышением лабораторных показателей (СОЭ, С-реактивный белок), анемией. Тоцилизумаб весьма эффективен при ревматоидном артрите. В то же время требуется расширение клинического опыта по его применению для того, чтобы сделать окончательный вывод о его преимуществах.

Абатацепт (Оренсия) по механизму действия является препаратом регулирующим иммунный ответ, который предотвращает избыточное возбуждение клеток иммунной системы, что способствует подавлению воспаления и торможению раз-

рушения суставов. В настоящее время на него возлагают большие надежды при раннем ревматоидном артрите, хотя препарат эффективен на разных стадиях болезни.

Абатацепт (Оренсия) по механизму действия является препаратом регулирующим иммунный ответ, который предотвращает избыточное возбуждение клеток иммунной системы, что способствует подавлению воспаления и торможению разрушения суставов. В настоящее время на него возлагают большие надежды при раннем ревматоидном артрите, хотя препарат эффективен на разных стадиях болезни.

Терапия ревматоидного артрита обычно начинается с метотрексата или Аравы. Биологические препараты (ремикейд, хумира, МабТера или другие), как правило, **добавляются** к этим базисным средствам **при недостаточной эффективности.**

Необходимо отметить, что ни один из генно-инженерных биологических препаратов не продемонстрировал значительно большей эффективности, чем другие, поэтому выбор первого биологического средства требует оценки всех факторов и в целом должен быть результатом совместной работы врача и больного.

Быстрый противовоспалительный эффект могут давать глюкокортикоидные гормоны. Обычно гормональные препараты (преднизолон или метилпреднизолон) даются при высокой активности болезни в низких дозах (не более 2 таблеток в день), при таких дозировках они хорошо переносятся. Поэтому при современных подходах к лечению бытующее мнение о том, что гормональная терапия опасна, в целом необоснованно. В то же время гормоны требуют очень грамотного обращения (на-

пример, нельзя резко отменять препарат), поэтому решение о назначении гормональной терапии принимается индивидуально у каждого больного. При очень высокой активности болезни может применяться пульс-терапия (введение высокой дозы гормонов внутривенно) для снятия обострения.

Нестероидные противовоспалительные препараты (сокращенно «НПВП», либо «НПВС» — «нестероидные противовоспалительные средства») представляют собой важный компонент лечения ревматоидного артрита. Наиболее часто применяются Вольгарен, диклофенак, мелоксикам, кетопрофен, целекоксиб, нимесулид (Найз) для уменьшения боли и скованности в суставах. НПВП назначаются на раннем этапе болезни, когда эффект от базисного лечения еще не успел развиваться и необходимо контролировать симптоматику, чтобы дать больному возможность двигаться, работать, обслуживать себя. После того, как достигнуто полноценное улучшение на фоне базисной терапии, НПВП у многих пациентов могут быть отменены. В то же время значительное число больных, особенно с далеко зашедшей стадией ревматоидного артрита, вынуждено продолжать лечение НПВП очень длительно, почти постоянно, из-за сохранения болевых ощущений в суставах.

Нередко пациенты самостоятельно начинают принимать эти лекарства и считают, что они хорошо помогают. Однако надо иметь в виду, что НПВП не оказывают серьезного влияния на течение болезни (преимущественно симптоматический эффект), а в плане переносимости не превосходят другие лекарства (могут вызывать язву желудка и желудочно-кишечные кровотечения, астматические приступы и др.). Наибольший риск развития побочных эффектов от НПВП имеют пожилые

пациенты, курящие, страдающие заболеваниями желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Поэтому для назначения НПВП также может быть необходима консультация врача.

Подробнее информацию о препаратах смотрите на сайте www.revmo-nadegda.ru

Наблюдение за состоянием пациента и контроль безопасности лечения

Лечение ревматоидного артрита медикаментозными препаратами может давать очень хорошие результаты, но требует хорошего контроля, который должен осуществляться квалифицированным специалистом-ревматологом. Разработана целая система такого контроля. Для получения наилучших результатов терапии врач-ревматолог осуществляет периодическую оценку ее эффективности. Пациент должен посещать врача не реже чем 1 раз в 3 месяца в начале лечения. Помимо осмотра, назначаются анализы крови, ежегодно делаются рентгеновские снимки суставов для оценки течения болезни. На каждом визите в зависимости от активности воспалительного процесса и других показателей схема лечения по решению ревматолога может меняться (может быть снижена или повышена доза лекарств, могут быть добавлены новые препараты и т.д.). При этом чрезвычайно важны доверительные отношения между больным и врачом, понимание того, что лечение — сложная и серьезная работа, часто требующая усилий и терпения. После достижения хорошего эффекта от терапии на фоне поддержи-

вающих доз препаратов рекомендуется показываться ревматологу не реже чем 1 раз в 6 месяцев.

Другая сторона контроля — отслеживание показателей, позволяющих оценить безопасность лечения. Схема контроля над безопасностью зависит от того, какие препараты назначены больному. Так, при приеме метотрексата или лефлуномида контролируют функцию печени, число кровяных клеток. При назначении биологических препаратов их внутривенное введение проводится в условиях специально оборудованного процедурного кабинета под наблюдением врача. Для пациентов, длительно принимающих нестероидные противовоспалительные препараты, считается необходимым ежегодное проведение гастроскопии.

Имеются ограничения, связанные с лечением. На фоне терапии метотрексатом и лефлуномидом не рекомендуется прием алкоголя. Целесообразно избегать контакта с инфекционными больными. Большинство противовоспалительных средств требует предохранения от беременности (она возможна после отмены лечения).

Существует ряд методов, улучшающих переносимость некоторых лекарств. Для уменьшения негативного влияния на желудок вместе с нестероидными противовоспалительными препаратами могут назначаться противоязвенные средства (чаще всего — омепразол). Для улучшения переносимости метотрексата рекомендуют применение особого витамина — фолиевой кислоты.

При назначении глюкокортикоидных (стероидных) гормонов параллельно даются препараты кальция и другие средства для профилактики остеопороза — ослабления костной ткани, которое может возникать при длительной гормональной терапии.

К сожалению, во многих случаях пациенты с излишней опаской относятся к лекарственной терапии, бытует мнение о том, что «химия одно лечит, другое калечит». Это в корне неверно по целому ряду причин. Во-первых, несмотря на действительно возможное возникновение нежелательных реакций реально вероятность их развития относительно невелика, большинство пациентов может проводить лечение длительно без каких-либо побочных эффектов. Во-вторых, для большинства медикаментозных препаратов система контроля хорошо разработана (она описана детально в справочниках и вкладышах в упаковке) и позволяет активно выявлять нежелательные реакции еще до того, как они становятся значащими. В-третьих, риск развития осложнений самого заболевания гораздо серьезнее риска развития побочных эффектов от терапии.

Нефармакологические методы лечения

Помимо медикаментозного лечения рекомендуется следить за собственным рационом, а также выполнять лечебные упражнения.

Ревматоидный артрит — особенности питания

Лечебное питание при ревматоидном артрите имеет определенное значение.

Диета больного ревматоидным артритом должна быть полноценной, с достаточным количеством белка и кальция. Это важно по нескольким причинам: 1) при активном воспалении

в организме повышен расход энергии и белка; 2) при ревматоидном артрите быстро развиваются мышечные атрофии (резкое похудание и ослабление мышц), которые способствуют появлению деформаций суставов; 3) противовоспалительные препараты способны ослаблять слизистую оболочку желудка и кишечника, и естественная защита в этом случае — достаточное количество белка в пище; 4) белок и кальций — профилактика остеопороза (нарушения структуры костной ткани, сопровождающего артрит). Предпочтение отдается белкам животного происхождения: это молоко, молочнокислые напитки, творог, сыр, яйца, мясо, рыба. Следует избегать острых блюд. Блюда из мяса и рыбы отвариваются в воде, готовятся на пару, тушатся, запекаются в духовом шкафу.

Рекомендуется обеспечить преобладание в рационе растительных масел, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты — это может способствовать более благоприятному течению воспалительного процесса. Рекомендуется достаточное количество овощей, несладких фруктов и ягод.

Лечебная физкультура

Регулярные упражнения помогают поддерживать подвижность суставов и укрепляют мышцы. Плавание является оптимальным видом физической нагрузки, поскольку устраняет гравитационную нагрузку на суставы. Выполнять упражнения комплекса лечебной физкультуры начинают после купирования острого процесса. Упражнения рекомендуется выполнять в проветренном помещении несколько раз в день по 15–20 минут. Для определения правильной нагрузки проводят подсчет пуль-

са до и после занятий. В норме после занятий разница не более 16–20 ударов в минуту.

Сокращенный комплекс упражнений при поражении суставов кистей:

Исходное положение (И.П.) — сидя за столом.

И.П. — кисти на краю стола, параллельно друг другу. Поворот кистей ладонями вверх, вниз (8–10 раз)

И.П. — кисти на столе. Поднимание кистей и опускание (1-ый палец отведен в сторону) (8–10 раз).

И.П. — кисти на столе. Поднимание пальцев, опускание (ладонь прижата к столу) (8–10 раз). Руки на столе, согнуты в локтях. Сжимаем пальцы в кулак — сначала фаланги, потом полностью в кулак (8–10 раз). Ладонь на ребре. «Колечки» — каждым пальцем, по очереди образовать колечко с большим. (8–10 раз). Потереть ладони друг о друга (10–12 раз).

Сокращенный комплекс упражнений для плечевого пояса:

Упражнения данного комплекса выполняются 6–7 раз.

И.П. — Сидя на стуле, руки вдоль туловища. 1 — поднять плечи вверх, 2 — опустить плечи вниз, 3 — вперед, 4 — назад. И.П. сидя на стуле, руки вдоль туловища. Круговые движения плечами. И.П. — ладони к плечам. Локти прижаты к туловищу, 1 — правый локоть вперед, 2 — в исходном положении, 3 — левый вперед, 4 — в исходном положении. И.П. — лежа на спине, руки вдоль туловища. Сначала приподнять прямые руки вверх, затем отпустить. И.П. — лежа на спине. Руки в стороны, ладони вверх.

1 — поворот туловища направо, левую руку к правой, соединить ладони, 2 — в исходное положение, поворот туловища налево, правую руку к левой, 4 — в исходное положение.

Сокращенный комплекс упражнений для нижних конечностей:

Упражнения данного комплекса выполняются 6–7 раз.

И.П. — лежа на спине, руки вдоль туловища. Поочередное сгибание ног в коленных суставах, пятки скользят по кушетке.

Ноги согнуты. 1 — тянем колено левой ноги к животу, 2 — в исходное положение, на 3 — тянем колено правой ноги к животу, 4 — в исходное положение. И.П. — лежа на спине, руки вдоль туловища. Качаем коленями вправо, влево. Ноги выпрямлены. Стопы на себя. Приподнять правую ногу, подержать, отпустить. Приподнять левую ногу, подержать, отпустить. И.П. — На животе, руки вдоль туловища. Напрягаем и расслабляем ягодицы. И.П. — то же. Разведение прямых ног в стороны.

Также необходимо:

- Выработать у себя правило держать кисти «на ребре».
- 3–4 раза в сутки по 10–15 минут ложится на пол, на коврик в положении на спине, руки в стороны, ладони вверх.
- Во время отдыха добиваться достаточно полного выпрямления ног в коленных суставах. Подкладывать валик под ноги.
- Во время работы за столом рекомендуется периодически вставать, полностью распрямлять туловище и ноги, сделать

несколько шагов. Движения не должны вызывать существенной боли.

Упражнения выполняются в пределах доступного объема движений. Более сложные движения пропускаются в периоды обострения. Наравивать интенсивность нагрузки можно очень медленно, снижая ее в периоды обострений. Комплекс упражнений при необходимости может расширяться (по совету с врачом).

Сразу после пробуждения можно выполнять следующий комплекс упражнений

Исходное положение — лежа на спине с выпрямленными ногами:

1. Не отрывая головы от подушки, медленный поворот головы направо и налево, при этом должно ощущаться легкое напряжение мышц шеи в крайних точках движения. Повтор 3–5 раз (Боли быть не должно).
2. Медленный подъем руки вверх и за голову на вдохе и медленный возврат в исходное положение на выдохе. Повтор 3–5 раз.
3. Медленное сжимание кисти рук и сгибание пальцев ног до состояния легкого напряжения. Удерживание в этом положении несколько секунд и разгибание. Повтор 3–5 раз.
4. Поочередно медленное сгибание ног в коленных суставах, пятки при этом скользят по постели. Повтор 3–5 раз. Исходное положение — лежа на спине, ноги согнуты в коленях, стопы касаются постели:

5. Наклон коленей вправо и влево в пределах доступного объема движений. Стопы и таз по возможности не отрываются от постели. Повтор 3–5 раз.
6. Поочередно медленный подъем правой и левой ноги, разгибая их в коленных суставах. Повтор 3–5 раз. Исходное положение — лежа на боку:
7. Лежа на левом боку (при возможности) отведение правой ноги. Повтор 3–5 раз.
8. То же на правом боку Исходное положение — сидя на стуле.
9. Руки согнуты в локтях, кисти касаются плечевых суставов. Вращательные движения в плечевых суставах. При этом локти описывают круги/дуги максимально возможной амплитуды, но без боли. Движения совершают сначала по часовой, затем против часовой стрелке.
10. Руки опущены вдоль туловища, расслаблены, медленный подъем на вдохе руки вверх и также медленный возврат в исходное положение на выдохе.

