

*Юлдашева Гулнора Бахтияровна
Андижанский государственный медицинский институт
Узбекистан, Андижан*

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Ревматоидный артрит (РА) – это системное воспалительное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим воспалением синовиальной оболочки суставов, прогрессирующей деструкцией хрящевой и костной ткани. Согласно статистическим данным, в мире РА страдает более 20 млн человек.

***Ключевые слова:** ревматоидный артрит; актуальность; эпидемиология; социальное бремя; инвалидизация; потеря трудоспособности; качество жизни.*

*Yuldasheva Gulnora Bakhtiyarovna
Andijan State Medical Institute
Uzbekistan, Andijan*

RHEUMATOID ARTHRITIS

Rheumatoid arthritis (RA) is a systemic inflammatory autoimmune disease of unknown etiology characterized by chronic inflammation of the synovial membrane of the joints, progressive destruction of cartilage and bone tissue. According to statistics, more than 20 million people suffer from RA in the world.

***Key words:** rheumatoid arthritis; relevance; epidemiology; social burden; disability; quality of life.*

Введение. Ревматоидный артрит (РА) – это системное воспалительное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим воспалением синовиальной оболочки суставов, прогрессирующей деструкцией хрящевой и костной ткани. Согласно статистическим данным, в мире РА страдает более 20 млн человек [1]. Около 2/3 больных РА являются нетрудоспособными к 10-му году болезни,

имеют выраженные функциональные нарушения и ограничения в повседневной жизни. Пик заболеваемости РА приходится на интервал от 30 до 45 лет, который совпадает с самым активным периодом трудовой деятельности.

По данным E. Da Silva и соавт. [5], больные РА требуют более значительных ресурсов системы здравоохранения, чем пациенты с другими ревматическими заболеваниями.

Они нуждаются в более частом посещении врача, большем количестве лабораторных и других диагностических исследований, дорогостоящих лекарственных препаратов, частых госпитализациях, организации социальной помощи и ухода [5]. По оценкам F. Girard и соавт [6], около 1/3 пациентов через 10 лет от начала заболевания нуждаются в хирургическом вмешательстве – эндопротезировании суставов, артроскопической синовэктомии, корригирующих операциях на кистях и стопах. В целом больные РА посещают врачей общего профиля по крайней мере в два раза чаще, чем пациенты без РА.

Последние классификационные критерии РА, разработанные европейскими и американскими ревматологами (критерии ACR/EULAR 2010 г.), в основном направлены на раннюю диагностику РА при наличии активного воспаления в суставах, повышенных показателей СОЭ и острофазовых белков с учетом неблагоприятных факторов прогноза. Для постановки диагноза по новым критериям у пациента должно определяться 6 баллов из 10 возможных, при этом врач должен выявить у больного хотя бы 1 припухший сустав при исключении других заболеваний, которые могут сопровождаться воспалением суставов (системная красная волчанка, псориатический, реактивный артрит и др.). Классификационные критерии РА ACR/EULAR 2010 г. [5]:

- клинические признаки (припухлость и/или болезненность суставов) – максимально 5 баллов:

- 1 крупный сустав – 0 баллов;
- 2–10 крупных суставов – 1 балл;
- 1–3 мелких сустава – 2 балла;
- 4–10 мелких суставов – 3 балла;
- >10 суставов (хотя бы 1 мелкий) – 5 баллов;
 - иммунологические показатели (РФ, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду – АЦЦП) – максимально 3 балла:
 - не выявлены – 0 баллов;
 - слабоположительные – 2 балла;
 - резко положительные (>3 норм) – 3 балла.
 - показатели воспаления (СОЭ, СРБ), максимально 1 балл:
 - нормальные значения – 0 баллов;
 - повышение СОЭ или СРБ – 1 балл;
 - длительность синовита – максимально 1 балл:
 - менее 6 нед – 0 баллов;
 - более 6 нед – 1 балл.

Примечание: суставы как исключения – дистальные межфаланговые, 1-е запястно-пястные и 1-е плюснефаланговые.

В настоящее время эффективность **медикаментозной терапии РА** определяется ее способностью обеспечивать достижение ремиссии или низкой активности, которые оцениваются с помощью суммарных индексов [6]. Итоговые значения этих индексов далеко не всегда сочетаются с наличием объективных признаков воспаления, таких как припухлость суставов, повышение уровня СРБ или СОЭ. На результат оценки суммарных индексов активности РА большое влияние оказывают значения параметров, оцениваемых как самим больным, так и при его участии [7], которые у некоторых пациентов даже при достаточном подавлении воспаления могут отражать наличие существенного дискомфорта, обусловленного действием невоспалительных механизмов.

R.J.O. Ferreira и соавт. [8] проанализировали состояние 309 больных РА с целью диагностики ремиссии с использованием критериев число припухших суставов (ЧПС) ≤ 1 , число болезненных суставов (ЧБС) ≤ 1 , уровень СРБ ≤ 1 мг/дл, общая оценка активности заболевания врачом (ООВ) ≤ 1 см, общая оценка больным состояния здоровья (ООБ) ≤ 1 см.

Также ими было выделено состояние, близкое к ремиссии (СБР), при котором ей соответствовали все показатели, кроме ООБ. По данным исследования, ремиссии достигли лишь 9,4% больных РА, а СБР – 37,2%. Повышенное значение ООБ было связано с утомляемостью, болью, тревогой и функциональными нарушениями. Авторы пришли к выводу, что повышение суммарных индексов, обусловленное такими причинами, не может служить основанием для коррекции иммуносупрессивной терапии.

Заключение. Основой для лечения больных с РА являются синтетические болезньюмодифицирующие препараты, лечение которыми следует начинать сразу при установлении диагноза и проводить под тщательным контролем переносимости и эффективности препарата, что позволит достичь желаемой цели – ремиссии при раннем РА или минимальной активности при длительно текущей болезни (в зарубежной литературе – T2T: treat to target – лечение до цели). Схемы использования базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) могут быть различными – в зависимости от активности процесса и наличия факторов неблагоприятного прогноза.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балабанова Р. Ревматоидный артрит: диагностика, лечение //Врач. – 2012. – №. 5. – С. 6-9.
2. Гордеев А. В. и др. Труднолечимый ревматоидный артрит. Какой он? //Современная ревматология. – 2021. – Т. 15. – №. 5. – С. 7-11.

3. Зинчук И. Ю., Амирджанова В. Н. Социальное бремя ревматоидного артрита //Научно-практическая ревматология. – 2014. – Т. 52. – №. 3. – С. 331-335.
4. Каратеев Д. Е., Олюнин Г. У. О классификации ревматоидного артрита //Научно-практическая ревматология. – 2008. – №. 1. – С. 5-16.
5. Насонов Е. Л. и др. Ревматоидный артрит в Российской Федерации по данным Российского регистра больных артритом (сообщение I) //Научно-практическая ревматология. – 2015. – Т. 53. – №. 5. – С. 472-484.
6. Насонов Е. Л. Метотрексат при ревматоидном артрите-2015: новые факты и идеи //Научно-практическая ревматология. – 2015. – Т. 53. – №. 4. – С. 421-433.
7. Насонов Е. Л. Ревматоидный артрит: проблемы и значение персонифицированной медицины //Терапевтический архив. – 2012. – Т. 84. – №. 5. – С. 5-9.
8. Насонов Е. Л., Олюнин Ю. А., Лиля А. М. Ревматоидный артрит: проблемы ремиссии и резистентности к терапии //Научно-практическая ревматология. – 2018. – Т. 56. – №. 3. – С. 263-271.
9. Насонова В. А. Ревматоидный артрит //Справочник поликлинического врача. – 2002. – №. 1. – С. 19-25.
10. Сатыбалдыев А. М. Ревматоидный артрит у пожилых //Consilium medicum. – 2007. – Т. 9. – №. 12. – С. 85-92.