

Українська військово-медична академія
Кафедра військової загальної практики – сімейної
медицини

Ревматоїдний артрит

Доктор медичних наук, професор
Мороз Г.З.

1. Етіологія і патогенез.

2. Клінічні прояви.

3. Класифікація.

**4. Уніфікований клінічний протокол
первинної, вторинної (спеціалізованої),
третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги та медичної
реабілітації**

**“Ревматоїдний артрит” (Наказ МОЗ
України від 11.04.2014 № 263)**

5. Військово-лікарська експертиза.

Ревматоїдний артрит – аутоімунне захворювання з невідомою етіологією, для якого характерним є симетричний ерозивний артрит (синовіїт) та широкий спектр позасуглобових (системних) проявів

Епідеміологія

Ревматоїдний артрит поширений у всіх кліматогеографічних зонах і виявляється у 0,6-1,3% населення.

В Україні за даними відділу медичної статистики МОЗ в 2010 р. поширеність РА в абсолютних показниках становила 116492 хворих (серед яких понад 52 000 – особи працездатного віку), а захворюваність – 6190.

2013 році поширеність РА становила 115 515 хворих (серед яких понад 49 420 – особи працездатного віку), а захворюваність – 4 069 осіб.

Частіше хворіють особи жіночої статі, співвідношення хворих жінок і чоловіків складає 3 : 1.

ФАКТОРИ РИЗИКУ:

- сімейна схильність (у родичів хворих на РА ризик захворіти в 16 разів вищий)
- травми,
- інфекційні захворювання,
- пологи, аборти, клімакс

Серед соціальних умов, які відіграють певну роль у розвитку захворювання, слід назвати несприятливі побутові умови, низький рівень життя.

Ревматоїдний артрит - розглядають як аутоімунну, імунокомплексну патологію

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ:

- порушення співвідношення Т-хелперів і Т- супресорів
- інфільтрація синовіальної оболонки Т-хелперами, плазматичними клітинами, макрофагами
- взаємодія Т-хелперів і плазматичними клітинами запускає синтез зміненого агрегованого IgG, який розпізнається імунною системою як чужорідний антиген, що в свою чергу обумовлює синтез антитіл, які назвали ревматоїдний фактор.

ПАТОМОРФОГЕНЕЗ УРАЖЕННЯ СУГЛОБІВ

I IgG + ревматоїдний фактор

I

Імунне запалення синовіальної оболонки:
мукоїдні набряки, випотівання фібрину, гіперплазія
ворсин

(прозапальні” цитокіни: фактор некрозу пухлин,
інтерлейкін-1, інтерлейкін-6, та ін.)

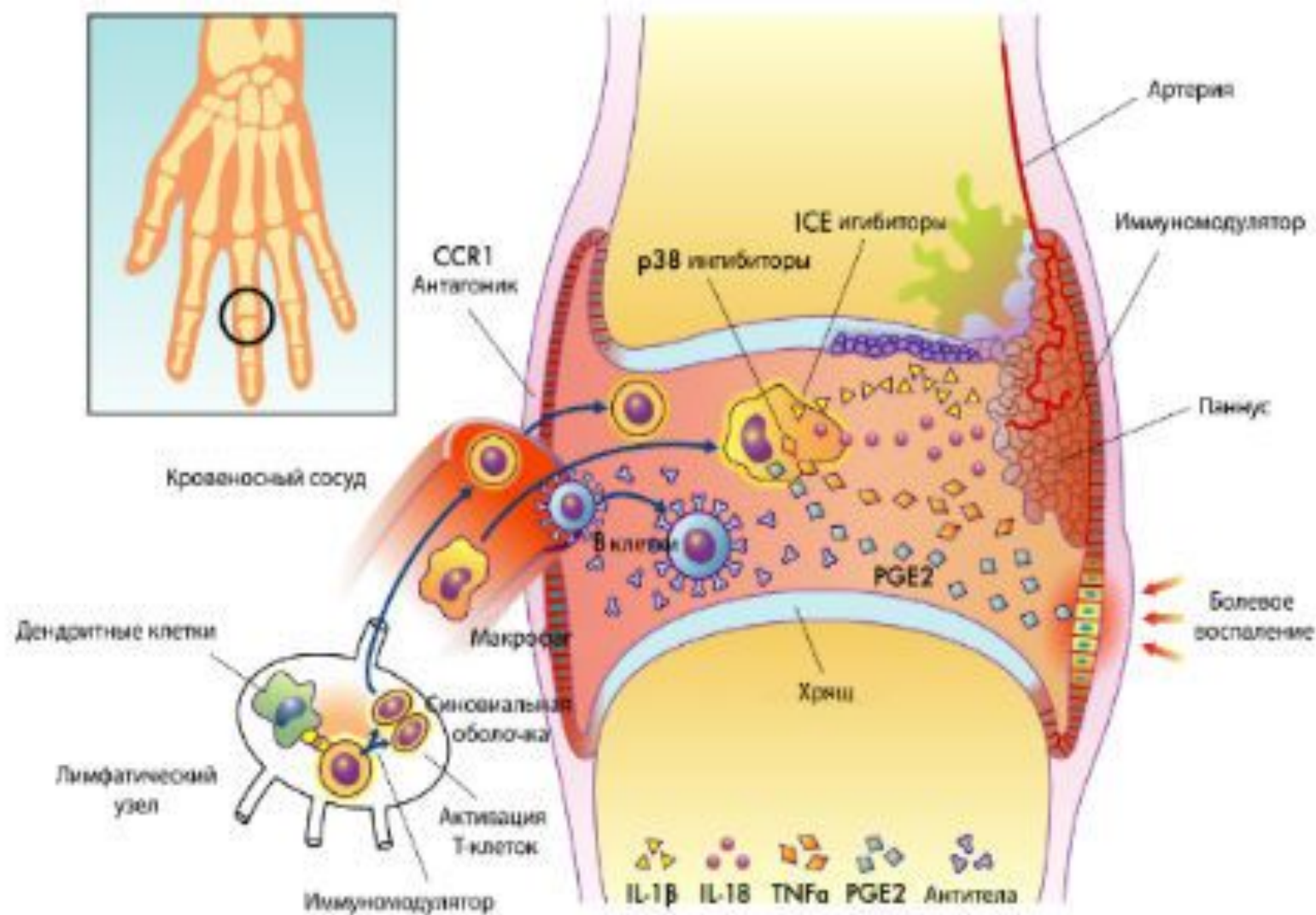
I

новоутворені судини й активовані синовіоцити
формують ПАНУС, який проникає в хрящ,
субхондральну кістку, зв'язковий апарат
(відбувається руйнування хряща, утворення узур)

I

ушкодження суглобових поверхонь, утворення
фіброзно-кісткового анкілозу

Ревматоидный артрит



Стадии ревматоидного артрита

Здоровый сустав



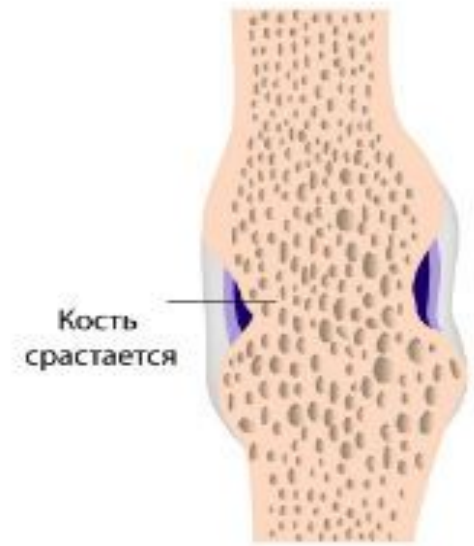
1. Синовит



2. Паннус



3. Волокнистый анкилоз 4. Костный анкилоз



Важливо зазначити, що **панус** формується порівняно пізно – через декілька місяців або навіть років від початку хвороби і залежить від активності та швидкості прогресування.

Цей період в патогенетичному значенні визначають як **ранній РА**, найбільш ефективний для терапевтичного впливу з метою призупинення патологічного процесу на неінвазивній відносно хряща стадії, що дозволить розраховувати на можливе збереження функціональних можливостей суглобів.

Клінічні прояви

В більшості випадків (70%) захворювання починається з поступового розвитку клінічної симптоматики на протязі кількох місяців або навіть років.

- **скутість** в суглобах ранком, яка триває більше 30 хвилин
- **спонтанний біль** в суглобах, який посилюється при любих рухах і найбільш сильний в другій половині ночі і ранком
- **припухлість** вражених суглобів

- шкіра над ураженими суглобами може бути теплішою, ніж над неушкодженими, але її **колір** звичайно, **не змінюється**, що є суттєвою діагностичною ознакою
 - **симетричний характер** враження суглобів, який може відрізнятися вираженістю змін.
- Починається хвороба у **70%** випадків поліартритом, рідше моно- та олігоартритом



-“суглоби ураження”: II та III п’ястково-фалангові; проксимальні міжфалангові; плеснофалангові; колінні та променезап’яскові; ліктьові та гомілковостопні.

- “суглоби винятку” : дистальні міжфалангові; перший п’ястково-фаланговий суглоб (великого пальця кисті) проксимальний міжфаланговий суглоб мізинця

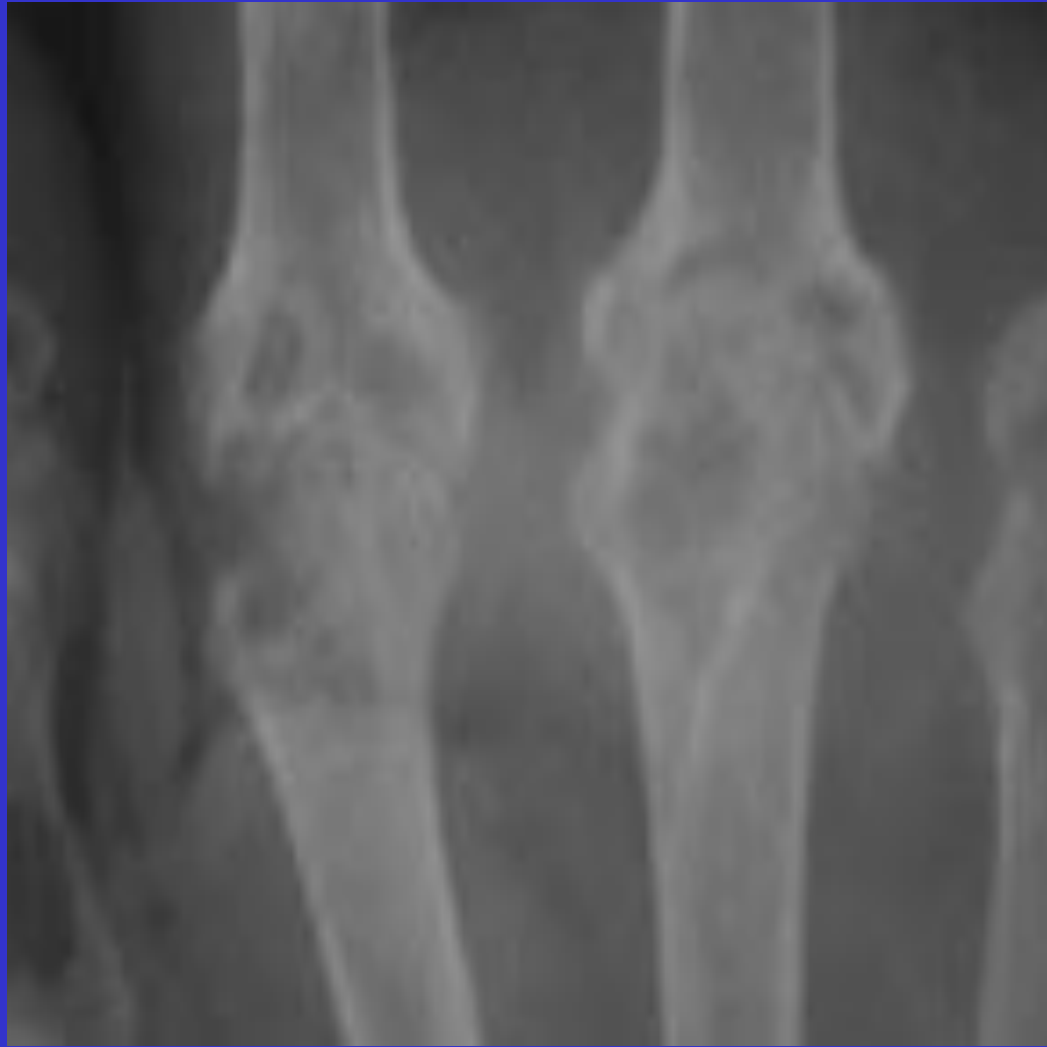
- характерним являється розвиток тендовагінітів згиначів або розгиначів (частіше) пальців кистей й формування з часом аміотрофії.

- тендовагініти можуть обумовити прояви компресійної нейропатії – синдром **карпального каналу**, в основі якого – здавлювання **серединного нерву** в зап'ясному каналі внаслідок його звуження на фоні запалення (хворі жаліються на парестезії в **II, III і медіальній частині IV** пальців, а також на сильний біль, відчуття жару, який поширюється на все передпліччя).

Синдром **каналу Гуйона** проявляється аналогічною симптоматикою в області **IV-У і тильної поверхні III** пальців внаслідок здавлювання ліктьового нерву)

- швидкий розвиток стійких деформацій:
 - ульнарна девіація пальців кисті та ульнарна девіація кисті “плавець моржа”,
 - деформація у вигляді “шиї лебедя” (згинальна контрактура дистального і перерозгинання проксимального міжфалангових суглобів),
 - симптом “бутоньєрки” (згинальна контрактура проксимального і перерозгинання дистального міжфалангового суглобів)





У незначної частини пацієнтів (25%) ревматоїдний артрит певний час має перебіг у вигляді олігоартриту (звичайно, великих або середніх суглобів) і дуже рідко – моноартриту.

Ревматоїдний артрит може починатися з ураження колінного суглобу у чоловіків молодого й середнього віку.

ЯМРТ-колінний суглоб



Особливостями ревматоїдного **гонартриту** є швидкий розвиток фіброзних змін капсули, сухожилків м'язів, що може спричинити розвиток стійких згинальних контрактур.

Враження колінного суглобу вже на ранніх стадіях супроводжується **атрофією** чотириголового м'язу стегна.

Іноді синовіальна рідина збирається в задніх відділах суглоба, що обумовлює формування **кісти Бейкера** – протрузія заднього завороту суглобової сумки в підколінну ямку, з можливим розривом кісти й поширенням синовіальної рідини в міжфасціальному просторі гомілки.

Гомілковостопний суглоб
уражається переважно у чоловіків
молодого та середнього віку, часто з
поширенням процесу на п'яткові
сухожилки.

Суглоби **ступні** вражаються рано і часто, переважно плесне-фалангові (II-У).

Плечові і кульшові суглоби звичайно уражаються пізніше, але у людей похилого віку гострий симетричний синовіїт плечових суглобів із лихоманкою може бути першим проявом ревматоїдного артрити.

Серед рідкісних локалізацій – артрити висково-щелепний, враження черпаловидних хрящів із захриплістю голосу, зчленування слухових кісточок із зниженням слуху.

Позасуглобові прояви ревматоїдного артриту:

- найчастіше виявляються **ревматоїдні вузлики** (у 25% випадків). Розміри їх коливаються від 2-3 мм до 2-3 см.

Локалізація: ділянки ліктя, розгинальний бік передпліччя, суглоби кисті, коліна.

Рання поява ревматоїдних вузликів – несприятлива клінічна ознака, яка вказує на високу активність процесу.

Ревматоїдні вузлики



-ураження судин: синдром Рейно, дигітальний артеріїт, ураження судин, що постачають кров до внутрішніх органів і обумовлюють клінічні прояви абдомінального синдрому, поліневритів.

Полінейропатія, яка виникає на тлі васкуліту судин периферичних нервів, проявляється порушенням чутливості у вигляді оніміння, відчуття жару

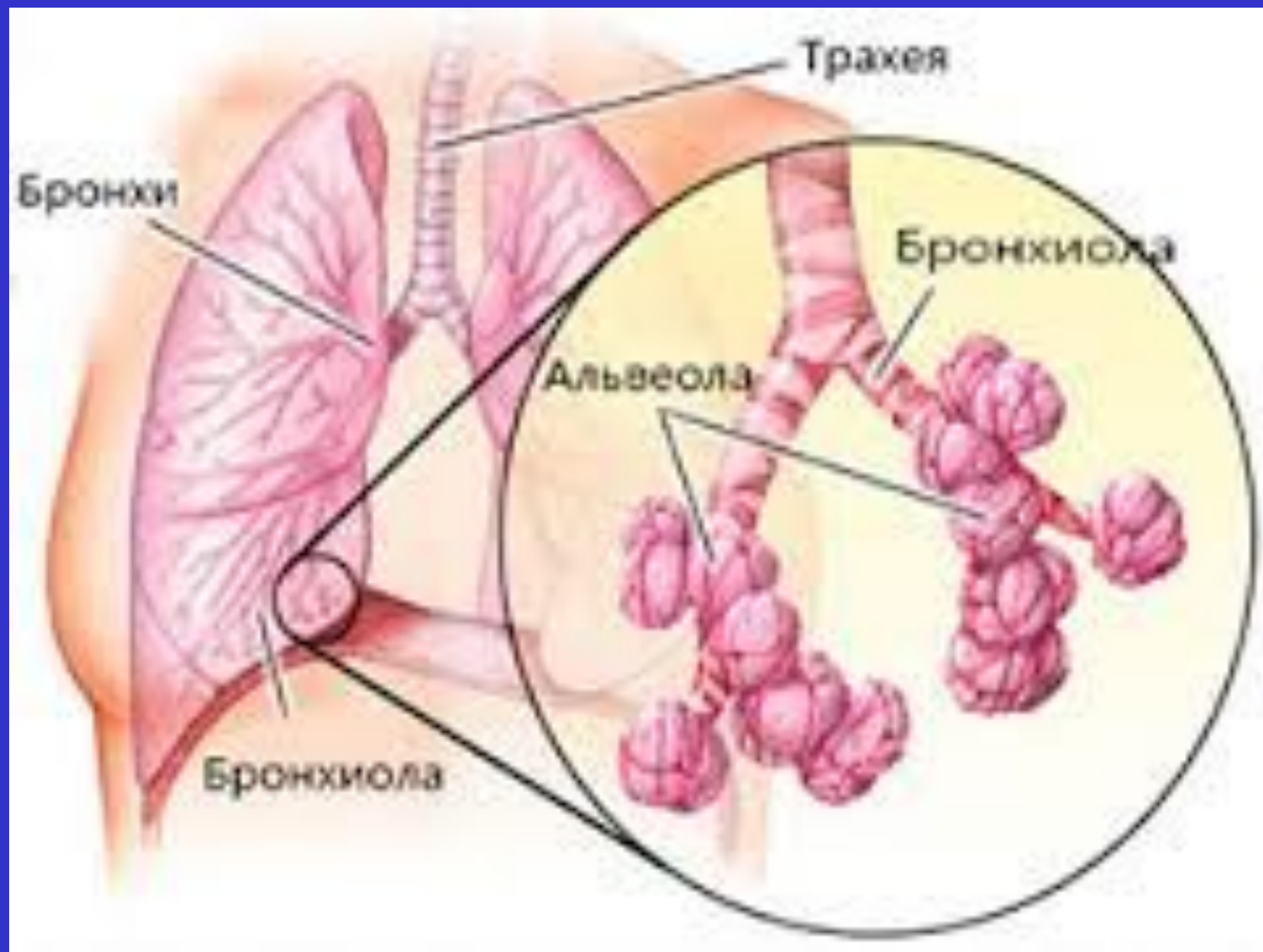
- **дігiтальний артерiїт** (дрiбнi, одиничнi темно-червонi або коричнево-чорнi краплиннi некрози по периметру нiгтьового ложа) може бути єдиною ранньою ознакою системного ревматоїдного васкуліту.

Дігитальний артеріїт



- легеневий васкуліт формує “ревматоїдні легені”. Один з варіантів має перебіг із кровохарканням, деструкцією органу, і утворенням судинних каверн.

Можливий розвиток фіброзуючого альвеоліту, який спричиняє розвиток легеневого серця.



- ураження **серця** найчастіше виявляються у вигляді міокардіодистрофії. В окремих випадках спостерігається ендокардит із розвитком вад клапанів (частіше недостатність мітрального або аортального клапанів).
- **лімфаденопатія**, один із проявів системних уражень у хворих на ревматоїдний артрит, нерідко виявляється уже на ранніх стадіях хвороби і є важливим показником активності процесу.

Виділяють **синдром Фелті**, який характеризується розвитком поліартриту, збільшенням лімфатичних вузлів, значним збільшенням селезінки, що супроводжується анемією, лейкопенією, тромбоцитопенією та іншими симптомами, характерними для гіперспленізму. Враження очей у цієї категорії хворих проявляється епісклеритом і склеритом.

Епісклерит



Клінічні варіанти ураження **нирок** різноманітні – від швидкоплинної протейніта циліндрурії до прогресуючої амілоїдної нефропатії з вираженою протейнурією, нефротичним синдромом, хронічною нирковою недостатністю, яка є однією з основних причин смерті цієї категорії хворих.

Характерним є швидке прогресування атеросклерозу імунозапального генезу, які обумовлюють розвиток інфаркту міокарда, інсульту.

Ревматоїдний артрит із псевдосептичним синдромом – найтяжчий варіант перебігу хвороби

- Частіше розвивається у молодих осіб.**
- Характерний гострий початок і швидке прогресування хвороби.**
- Лихоманка (з коливаннями температури тіла на 3-4 градуси) появляється із самого початку.**
- Клінічна картина – ураження суглобів, генералізовані васкуліти, вісцеропатії, анемія, виражена аміотрофія.**

Перебіг РА

Найбільш тяжкий перебіг характерний для серопозитивного ревматоїдного артрити, ревматоїдного артрити з вісцеритами, особливо з псевдосептичним синдромом.

Серонегативний ревматоїдний артрит має більш сприятливий перебіг, без грубих деструкцій суглобів.

Для чоловіків похилого віку характерний гострий початок і більш важкий перебіг з і швидким розвитком деструктивних змін.

У підлітків частіше спостерігаються вісцеропатії, псевдосептичний синдром.

Класифікація ревматоїдного артриту

1. Клініко-анатомічна характеристика

- ревматоїдний артрит без системних проявів : поліартрит, олігоартрит, моно артрит
- ревматоїдний артрит із системними проявами – враженням ретикулоендотеліальної системи, серозних оболонок, легень, серця, судин, нирок, очей, нервової системи, амілоїдозом органів;
особливі синдроми: псевдосептичний синдром, синдром Фелті
- ревматоїдний артрит в комбінації з: остеoarтрозом, системними захворюваннями сполучної тканини, ревматизмом
- ювенільний артрит (включаючи хворобу Стілла)

2. Клініко-імунологічна характеристика

- серопозитивний (ревматоїний фактор у крові визначається)
- серонегативний

3. Ступінь активності

4. Стадія за рентгенологічними даними

I - Навколосуглобовий остеопороз

II – Остеопороз + звуження суглобової щілини (можуть бути поодинокі узури)

III – Остеопороз, звуження суглобової щілини, множинні узури

IV – Остеопороз + кісткові анкілози

5. Функціональні можливості хворого

0 - Збережені

I. Професійна працездатність збережена

II. Професійна працездатність утрачена

III. Втрачена здатність до самообслуговування

**Уніфікований клінічний протокол
первинної, вторинної
(спеціалізованої), третинної
(високоспеціалізованої) медичної
допомоги та медичної реабілітації
“Ревматоїдний артрит”**

**Наказ МОЗ України від 11.04.2014
№ 263**

http://www.moz.gov.ua/docfiles/dod263_ukp_2014.pdf

3.1 ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

2. Діагностика

Діагностичні заходи спрямовуються на раннє виявлення лікарем загальної практики – сімейним лікарем / дільничним терапевтом ознак РА та направлення пацієнта до лікаря-ревматолога з метою встановлення діагнозу і призначення хворобо-модифікуючої терапії.

Необхідні дії лікаря

2.1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:

2.1.1. Наявність ознак стійкого синовіту невизначеної етіології.

2.1.2. Наявність загрозливих симптомів:

- уражені дрібні суглоби кистей і стоп;
- уражено більше одного суглоба;
- затримка 3 місяці або довше між виникненням симптомів і зверненням за медичною допомогою;
- ранкова скутість;
- нездатність стиснути руку в кулак або згинати пальці;
- наявність підшкірних вузликів;
- наявність підвищеної температури тіла довше двох тижнів.

2.1.3. Наявність сімейного анамнезу захворювання на РА чи інше системне ревматичне захворювання.

2.2. Фізикальне обстеження.

2.3. Лабораторні методи обстеження:

2.3.1. Загальний аналіз крові з обов'язковим визначенням швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ).

2.3.2. Загальний аналіз сечі.

2.3.3. Направити на лабораторне дослідження крові для визначення рівня С- реактивного білка (СРБ).

2.4. Інструментальні методи обстеження

Направити на рентгенографічне дослідження кистей і стоп, за наявності моно-олігоартикулярного ураження іншої локалізації – інших суглобів.

2.5. Скерувати пацієнта на консультацію до:

- ревматолога протягом одного тижня – при підозрі щодо РА;**
- ортопеда-травматолога – при наявності деформації суглобів.**

3. ЛІКУВАННЯ

ПОЛОЖЕННЯ ПРОТОКОЛУ

До встановлення діагнозу не призначати глюкокортикоїди (ГК), за можливості (при слабкому або помірному болю в суглобах) не призначати нестероїдні протизапальні і протиревматичні засоби (НППЗ).

Хворобо-модифікуюче лікування РА призначається лікарем-ревматологом з метою досягнення ремісії або мінімальної активності захворювання.

НЕОБХІДНІ ДІЇ ЛІКАРЯ

ОБОВ'ЯЗКОВІ:

- 3.1. До встановлення діагнозу не призначати ГК, за можливості (при слабкому або помірному болю в суглобах) не призначати НППЗ.
- 3.2. Під час обстеження та хворобо-модифікуючого лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій ревматолога та інших спеціалістів, у т.ч. щодо моніторингу побічних дій хворобо-модифікуючих препаратів, ГК та НППЗ.
- 3.3. Надавати інформацію щодо методів лікування РА на основі даних адаптованої клінічної настанови «Ревматоїдний артрит» та пам'ятки для пацієнта з РА (додаток 1).

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТА З РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТОМ

Що таке ревматоїдний артрит?

Як діагностувати РА?

Яка мета лікування?

Що допоможе усунути біль і зменшити ранкову скутість?

Що треба знати про лікування глюкокортикоїдами?

Що таке базисна терапія?

Терапія біологічними агентами

Фізична активність

Фізіотерапевтичне лікування

Як уникнути загострень РА?

Коли можна застосовувати санаторно - курортне лікування?

Хірургічне лікування

Чи впливає дієта на перебіг РА?

4. ПОДАЛЬШЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ, ВКЛЮЧАЮЧИ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЮ

Положення протоколу

Пацієнт після досягнення ремісії або мінімальної активності захворювання перебуває на обліку у лікаря загальної практики – сімейного лікаря / дільничного терапевта, який веде необхідну медичну документацію, сприяє виконанню пацієнтом рекомендацій спеціалістів та призначає за необхідності симптоматичне лікування.

НЕОБХІДНІ ДІЇ ЛІКАРЯ

Обов'язкові:

1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль дотримання Плану обстежень, які виконуються під час лікування пацієнтів з РА (див. розділ III.2).
2. Погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 025/о).
3. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

НЕОБХІДНІ ДІЇ ЛІКАРЯ (продовження)

4. Пацієнтам, які мають проблеми зі стопою, надавати інформацію про доцільність використання функціональних устілок та ортопедичного взуття.

5. У разі підвищення активності захворювання (за клінічними чи лабораторними даними) або виникнення серйозних побічних ефектів хворобо-модифікуючої терапії негайно скеровувати пацієнта до лікаря-ревматолога. Пацієнтів із задовільно контрольованим РА не рідше одного разу на рік скеровувати на консультацію до лікаря-ревматолога для контролю перебігу хвороби, ефективності та безпеки лікування.

III.2. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ), ТРЕТИННУ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

1. ДІАГНОСТИКА

Положення протоколу

- Діагноз РА встановлюється лікарем-ревматологом на підставі оцінки стану пацієнта за критеріями ACR/EULAR, 2010
- Пацієнти, у яких оцінка склала **≥ 6 балів** з можливих 10 за критеріям ACR/EULAR 2010 р. та пацієнти, які мають ерозивні зміни, характерні для РА, або відповідний анамнез, який ретроспективно задовольняв би критеріям ACR/EULAR 2010р., вважаються такими, які мають РА.
- Пацієнти, у яких оцінка склала **< 6 балів** з 10, не можуть вважатись такими, які мають РА, їх статус має бути оцінений за діагностичними критеріями РА через 3 місяці.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОЗУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ (ACR/EULAR, 2010)

А . ЗАЛУЧЕННЯ СУГЛОБІВ

Один великий суглоб	0
2-10 великих суглобів	1
1-3 дрібних суглоба (із чи без залучення великих)	2
4-10 дрібних суглобів (із чи без залучення великих)	3
>10 суглобів (з них принаймні один дрібний)	5

В. СЕРОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ

Негативний РФ та негативний АЦЦП	0
Слабо-позитивний РФ чи слабо-позитивні АЦЦП	2
Різко-позитивний РФ чи різко-позитивні АЦЦП	3

С. ГОСТРОФАЗОВІ ПОКАЗНИКИ

Нормальний рівень СРБ та нормальна ШОЕ	0
Підвищення СРБ чи підвищення ШОЕ	1

Д ТРИВАЛІСТЬ СИМПТОМІВ

<6 тижнів	0
≥6 тижнів	1

АЛГОРИТМ ВИЗНАЧЕННЯ АКТИВНОСТІ РА

Найбільш доказово обґрунтованим та уніфікованим для використання в клінічній практиці залишається DAS 28 – індекс активності захворювання з урахуванням **28-**ми суглобів (2 плечових, 2 ліктьових, 2 променезап'ясткових, по 2 п'ясно- фалангових 1-5 пальців кисті, 2 міжфалангових 1 пальця та по 2 проксимальних міжфалангових 2-5 пальців кисті, 2 колінних)

$$\text{DAS 28} = 0,56 \sqrt{\text{ЧБС}} + 0,28 \sqrt{\text{ЧПС}} + 0,70[\ln(\text{ШОЕ})] + 0,014 \text{ЗОЗП}$$

ЧБС – число болючих суглобів (0-28),

ЧПС – число суглобів з припухлістю (0-28),

ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів в мм/год,

ЗОЗП – загальна оцінка здоров'я пацієнтом, оцінюється за візуально-аналоговою шкалою в мм (0-100),

Критерії за DAS 28 :

Для обрахунку слід використовувати стаціонарні калькулятори або офіційні онлайн-калькулятори:

Ремісія	$\leq 2,6$
Низька активність	$\leq 3,2$
Помірна активність	$\leq 5,1$
Висока активність	$> 5,1$

При формулюванні діагнозу ревматоїдного артрити необхідно вказати:

- клініко-анатомічну характеристику,**
- ступінь активності,**
- клініко-імунологічну характеристику,**
- стадію по рентгенологічним даним**
- функціональну здатність хворого**

Приклади формулювання діагнозу:

Ревматоїдний артрит: поліартрит, серопозитивний, висока активність, з переважним ураженням суглобів кистей, променевозап'ясних, колінних суглобів; синдром Рейно, Ro ст-III, СФН-II.

Ревматоїдний артрит, серонегативний варіант, поліартрит з переважним ураженням колінних суглобів, кистей і стоп, помірна активність, Ro ст-II, СФН-I.

ЛІКУВАННЯ

Метою лікування: є ремісія або мінімальна активність захворювання, яка може бути досягнута шляхом якомога раніше, ідеально – протягом 3 місяців з моменту появи стійких симптомів, призначення хворобо-модифікуючих протиревматичних препаратів (ХМПРП).

Основна стратегія – лікування до досягнення мети (T2T). Поки мета не досягнута, медикаментозна терапія повинна переглядатися, як мінімум кожні 3 місяці!

Необхідні дії лікаря

2.1. ПРИЗНАЧЕННЯ ХВОРОБО–МОДИФІКУЮЧИХ ПРОТИРЕВМАТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ (ХМПРП)

2.1.1. Синтетичні ХМПРП є препаратами першої лінії:

а) Метотрексат (МТ) є препаратом вибору за відсутності протипоказань, за наявності протипоказань терапію слід розпочати з використанням лефлуноміду (ЛФ) або сульфасалазину (СС).

б) У разі недостатнього ефекту монотерапії МТ чи (у разі протипоказань до нього чи непереносимості) ЛФ або СС, за відсутності факторів несприятливого прогнозу і протипоказань, застосовується комбінована терапія МТ+ЛФ та/або СС чи гідроксихлорохін.

2.1. ПРИЗНАЧЕННЯ ХМПРП (продовження)

в) Пацієнтам з нещодавно діагностованим активним РА як лікування першої лінії слід призначати комбінацію ХМПРП (включаючи МТ і мінімум ще один інший ХМПРП, плюс глюкокортикоїди коротким курсом).

При неможливості застосування комбінованої терапії (супутня патологія або вагітність, під час яких протипоказані окремі препарати), розпочати монотерапію ХМПРП, з акцентом на швидкому підвищенні дози до клінічно ефективної, а не на виборі ХМПРП.

2.1.2. ГЛЮКОКОРТИКОЇДИ

- а) Пацієнтам із вперше діагностованим РА ГК призначаються короткими курсами для швидкого покращення симптомів РА.**
- б) ГК призначаються короткими курсами для швидкого зменшення запалення при загостреннях РА.**
- в) ГК призначаються тривало пацієнтам із пізнім РА, при цьому мають бути обговорені ускладнення, викликані довготривалою терапією ГК та запропоновані всі інші варіанти лікування (включно з БА).**

2.1.3. БІОЛОГІЧНІ ПРЕПАРАТИ :

- а) Призначаються пацієнтам з важким активним РА, які лікувались синтетичними ХМПРП та мали неадекватну відповідь на лікування або непереносимість синтетичних ХМПРП.**
- б) Пацієнтам із несприятливим перебігом РА, які на момент вирішення питання про призначення терапії не вживали жодних ХМПРП, як виняток, первинно може бути призначена комбінація МТ з блокаторами ФНП- α або тоцилізумабом.**

БІОЛОГІЧНІ ПРЕПАРАТИ

1. Інгібітори фактора некрозу пухлин (ФНП- α)
2. Антитіла до CD-20 антигену В-лімфоцитів
3. Антитіла до рецепторів інтерлейкіну-6

Інгібітори фактора некрозу пухлин (ФНП- α)

Інфліксимаб (Ремікейд) - хімерні моноклональні антитіла **ФНП- α** (мишиний компонент+людський IgG)

Етанерцепт (Енбрел) – рекомбінантні розчинні рецептори **ФНП- α**

Адаліумаб (Хуміра) – людські рекомбінантні моноклональні антитіла до **ФНП- α**

Голіумаб (Сімпоні) – людські моноклональні антитіла до **ФНП- α**



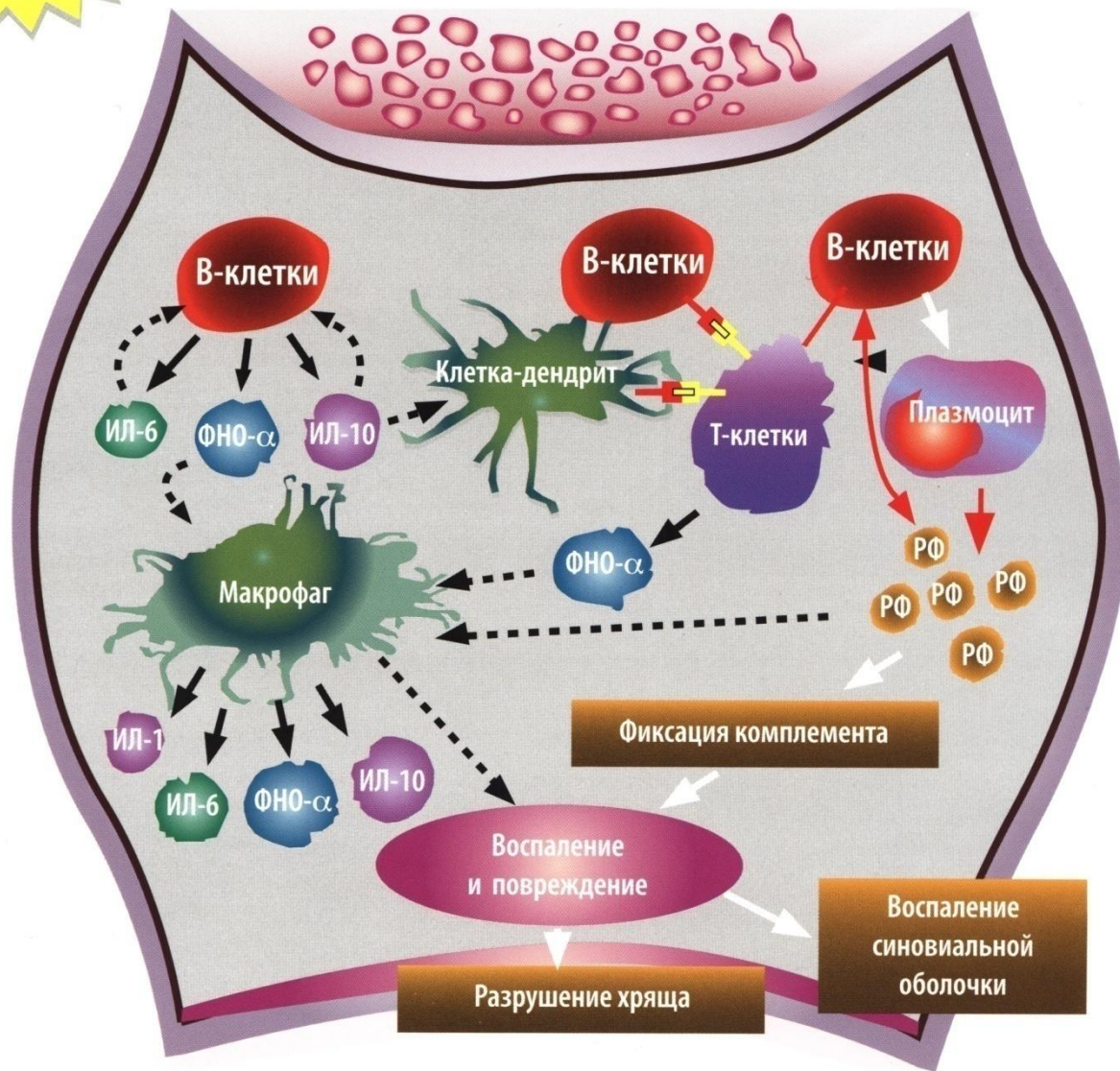
Рис. 1. Основные эффекты ФНО

РУТИКСИМАБ (МабТера)

- ХИМЕРНІ АНТИТІЛА ДО CD-20 АНТИГЕНУ В-ЛІМФОЦИТІВ
- ПЕРШИЙ І ЄДИНИЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ В-КЛІНІННОЇ ТЕРАПІЇ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ
- ПРИЗНАЧАЮТЬ У РАЗІ НЕЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ ІНФЛІКСИМАБОМ

НОВОЕ!

Иммунопатогенеза ревматоидного артрита



➔ Секретия провоспалительных цитокинов

➔ Презентация антигена



Пациенты РА



«Стандартные» БПВП
(метотрексат как «золотой стандарт»)

Эффективность 50-

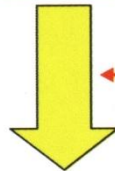
Неэффективность 40-50%



Ингибирование ФНП α (инфликсимаб и др.)

Эффективность 70% + метотрексат или лефлуноמיד?

Неэффективность 30%



Блокада ко-стимуляции Т клеток
«Истощение» В-клеток
+ метотрексат или лефлуноמיד?

Эффективность ???

Тоцілізумаб (Актемра)

Актемра (тоцілізумаб) - перший лікарський засіб на основі моноклональних антитіл до рецепторів інтерлейкіну-6

- **Препарат схвалений для терапії тяжкої форми ревматоїдного артриту у пацієнтів, не чутливих до терапії інгібіторами фактора некрозу пухлини.**

ІЛ-6 - багатofункціональний цитокін, який продукується різними типами клітин, що беруть участь в регуляції системних фізіологічних і патологічних процесах, таких як стимуляція секреції Іg, активація Т-клітин, стимуляція синтезу білків гострої фази у печінці і стимуляція гемопоезу.

2.2. СИМПТОМАТИЧНА ЗНЕБОЛЮВАЛЬНА ТА ПРОТИЗАПАЛЬНА ТЕРАПІЯ:

2.2.1. НППЗ призначають з урахуванням вихідних рівнів ризику з боку органів травлення та серцево-судинної систем; лікарські засоби повинні бути використані у найменшій ефективній дозі протягом найкоротшого можливого періоду часу.

2.2.2. Анальгетики призначають пацієнтам з РА, яким не вдається досягти адекватного контролю болю та для зниження потреби у тривалому лікуванні НППЗ.

ПОДАЛЬШЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ, ВКЛЮЧАЮЧИ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЮ

Пацієнт з РА перебуває на диспансерному обліку у лікаря-ревматолога протягом життя.

Необхідні дії лікаря

Визначати активність хвороби (використовуючи сумарний індекс **DAS28** у пацієнтів з активним РА – щомісячно, у пацієнтів із задовільно контрольованим РА (низька активність або ремісія) - не рідше одного разу на рік.

7.2. НАПРАВИТИ ПАЦІЄНТА З РА ДО ХІРУРГА/ОРТОПЕДА/НЕЙРОХІРУРГА, ЯКЩО БУДЬ-ЩО З НАВЕДЕНОГО НИЖЧЕ НЕ ВІДПОВІДАЄ НА ОПТИМАЛЬНЕ НЕХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ:

- персистуючий біль через пошкодження суглоба чи ураження м'яких тканин, що піддається ідентифікації;**
- погіршення функціонування суглоба;**
- прогресуюча деформація;**
- персистуючий локалізований синовіт;**
- неминучий або фактично існуючий розрив сухожилку;**
- компресія нерва (наприклад, зап'ястний синдром);**
- стресовий перелом;**
- розвиваються будь-які симптоми чи ознаки, що вказують на шийну мієлопатію;**
- підозра або підтверджений септичний артрит (у т.ч. протезованого суглоба).**

ПРОФІЛАКТИКА РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Специфічних заходів профілактики ревматоїдного артрити до цього часу не існує.

Для попередження захворювання має значення врахування сімейно-генетичного анамнезу, а також факторів ризику

В комплекс засобів первинної профілактики входять:

- активне виявлення і обстеження військовослужбовців з різними формами поліартритів, в тому числі із симптомами поліартралгії;
- обов'язкова санація вогнищ хронічної інфекції,

Основні задачі вторинної профілактики включають:

- попередження загострень і прогресування процесу,**
- відновлення функціонального стану суглобів і працездатності хворого.**

Військовослужбовцям, хворим на ревматоїдний артрит необхідно обмежити інтенсивні фізичні навантаження, перебування в холодних, вологих приміщеннях, несприятливих кліматичних умовах із значним коливанням температури повітря. Необхідно уникати переохолоджень.

Військово-лікарська експертиза. При проведенні військово-лікарської експертизи необхідно керуватись Наказом міністра оборони №402 від 14 серпня 2008 р. “Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України”

Згідно з додатком 1 “Розклад хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби” стаття **60**

а) всі хворі зі значними порушеннями функції, стійкими і значними змінами вважаються непридатними до військової служби з виключенням з військового обліку;

б) з помірними порушеннями функції та частими загостреннями – I - графа – непридатні до військової служби у мирний час, обмежено придатні у воєнний час; II- III графа – непридатність до військової служби або обмежена придатність визначається індивідуально;

в) з незначними порушеннями функції та рідкими загостреннями – I - графа – непридатні до військової служби у мирний час, обмежено придатні у воєнний час, II-III графа – придатність до військової служби або обмежена придатність визначається індивідуально.



Бажаю успіхів!