

РАННИЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

М. Н. РАПЦУН

Тульский государственный университет, медицинский институт, Тула

Представлен клинический случай типичного течения ревматоидного артрита высокой активности, заболевание диагностировано терапевтом амбулаторного звена на ранней стадии, показана положительная динамика в ответ на стандартную базисную терапию метотрексатом.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, ранняя стадия, своевременный диагноз, метотрексат.

Введение

Ревматоидный артрит (РА) — иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание, характеризующееся прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов, развитие которого определяется сложным взаимодействием факторов внешней среды и генетической предрасположенности, ведущих к глобальным нарушениям в системе гуморального и клеточного иммунитета [1,2]. Гетерогенность патогенетических механизмов РА находит свое отражение в существовании широкого спектра фенотипов и эндотипов заболевания, что позволяет рассматривать его не как «одну болезнь», а как клинко-иммунологический синдром [3,6].

Хотя этиология РА неизвестна, риск развития заболевания связан с широким спектром генетических, гормональных и внешнесредовых (курение, загрязнение воздуха, инфекционные агенты) и метаболических (дефицит витамина D, ожирение, низкое потребление полиненасыщенных жирных кислот) факторов, а также нарушениями микробиоты кишечника (ротовая полость, легкие) [1,2,5].

Патогенез РА определяется сложным взаимодействием факторов внешней среды и генетической предрасположенности, ведущих к глобальным нарушениям в системе врожденного и приобретенного иммунитета, которые выявляются задолго до развития клинических симптомов болезни [2,12].

Суть патологического процесса при РА составляет системное аутоиммунное воспаление, которое с максимальной интенсивностью затрагивает синовиальную оболочку суставов [3,12].

Эволюция РА включает несколько последовательно (или дискретно) развивающихся стадий: «преклиническая», которая трансформируется в «симптоматическую», завершающуюся формированием клинко-лабораторного симптомокомплекса, характерного для раннего, а затем развернутого РА [2,3,6,12].

Предполагается, что развитие «субклинического» синовита наблюдается уже в «преклинической» стадии РА и связано с локальной микротравмой, повреждением микрососудов суставов, активацией системы комплемента и/или патогенным действием аутоантител (или иммунных комплексов), вызывающих активацию периартикулярных остеокластов, экспрессирующих цитруллинированные белки, которые вызывают деструкцию костной ткани, синтезом «провоспалительных» медиаторов, индуцирующих развитие боли и воспаления [1,2,6,12].

В синовиальной ткани при РА выявляется массивная инфильтрация «иммунными» клетками (Т-лимфоциты, В-лимфоциты, плазматические клетки, макрофаги, тучные клетки, активированные стромальные клетки и синовиальные фибробласты), характер взаимодействия которых между собой и профиль синтеза «провоспалительных» медиаторов, существенно варьирует в зависимости от стадии болезни [2,3,12].

Раннее назначение базисной терапии ревматоидного артрита способствует предотвращению прогрессирования деструкции суставов и потери их функции, позволяет сохранить физическую и социальную активность и трудоспособность пациентов на долгие годы [4,5,10,13].

Клинический случай:

Больная Т. 1986 года рождения обратилась на прием к ревматологу с жалобами на боль, отечность, утреннюю скованность более 1 часа в области лучезапястных, пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей.

Анамнез заболевания: впервые боль и кратковременная скованность в суставах кистей начали беспокоить около полугода назад. В больницу не обращалась, эпизодически принимала нимесулид 100 мг с положительным эффектом. На данный момент обратилась к участковому врачу из-за усиления интенсивности боли, отечности и увеличения продолжительности утренней скованности.

Анамнез жизни: наличие хронических заболеваний отрицает; Вредные привычки-отрицает; наследственность неотягощена; аллергологический анамнез без особенностей.

Объективно: Рост 170 см, вес 63 кг, ИМТ 21,8 кг/м²(норма), нормостенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа чистая, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы, доступные для пальпации, не увеличены, безболезненные.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 16 в минуту.

Тоны сердца ясные, ритм правильный, частота сердечных сокращений — 74 в минуту. Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез — без особенностей.

Местный статус: движения в суставах сохранены в полном объеме, умеренно болезненны в лучезапястных, пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей. Отечность в области лучезапястных суставов обеих рук.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

В Общеклиническом анализе крови- увеличение СОЭ до 62 мм/ч, в биохимическом — СРБ 36 мг/л;

Ревматоидный фактор — 26 МЕ/мл, АЦЦП — 523 Ед/мл.

DAS28 5.9 — высокая активность заболевания.

Рентгенография кистей: сужение суставных щелей, кистовидные просветления, узур не обнаружено.

Таким образом, пациентке был поставлен диагноз: Ревматоидный артрит, серопозитивный (РФ+ АЦЦП +), неэрозивный, очень ранняя стадия, активность 3, ФК 2.

Рекомендовано: Метотрексат 10 мг/неделю, Фолиевая кислота 5 мг/неделю, Эторикоксиб 90 мг/сутки. Контроль ОАК, БАК (СРБ, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, Липидный профиль, глюкоза, креатинин); Консультация ревматолога КДЦ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского».

По итогам консультации — диагноз подтвержден, терапию пациентка продолжила, доза метотрексата была увеличена до 15 мг в неделю.

Пациентка ежемесячно проходила обследование. К концу 5-го месяца лечения — стойкая положительная динамика в виде уменьшения болей, отсутствия отеков, сокращения времени утренней скованности до 15 минут.

Рекомендовано продолжать терапию. Прием НПВП — по потребности.

Выводы

Ранняя диагностика ревматоидного артрита способна привести к лучшему ответу на лечение. Назначение базисной противовоспалительной терапии в режиме «Тreat to target», контроль за состоянием пациента позволяет достичь ранней ремиссии и снизить вероятность осложнений [7,12,13,14,15]. Заслуживает внимания то, что в представленном случае диагноз ревматоидного артрита на ранней стадии был установлен терапевтом, назначено грамотное лечение с применением «золотого стандарта» базисной терапии — метотрексата [8,9,10,11]. Это подтверждает высокую актуальность обучения врачей терапевтов и врачей общей практики основам ревматологии в рамках программ непрерывного медицинского образования.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ:

1. Клинические рекомендации. Ревматология / 2-е издание исправл. и допол. Под ред. Е. Л. Насонова. — М., 2001. — 738 с.
2. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р. М. Ревматоидный артрит. В кн.: Ревматология. Национальное руководство. Под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008.С. 290—3318.
3. Балабанова Р. М., Иванова М. М., Каратеев Д. Е. Ревматоидный артрит на рубеже веков. В кн. Насонова В. А., Бунчук Н. В. (ред.) Избранные лекции по клинической ревматологии. — М.: Медицина; 2001; с. 61—67.
4. Каратеев А. Е., Насонов Е. Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. — РМЖ, 2006; том 14, № 25, с. 1769—1778.
5. Насонов Е.Л., Чичасова Н. В., Баранов А. А. и др. Клиническое значение С-реактивного белка при РА (обзор литературы и собственные данные). Клиническая медицина 1997;(6):34—6
6. Насонов Е. Л. Лечение ревматоидного артрита: современное состояние проблемы. РМЖ 2006;8(14):573—7.
7. Насонов Е. Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение ревматоидного артрита? РМЖ 2002;22:1009—12.
8. Насонов Е.Л., Соловьев С. К. Применение метотрексата в ревматологии. М., 2000;128 с.
9. Насонов Е. Л. Метотрексат. Перспективы применения в ревматологии. М., 2009.
10. Насонов Е. Л., Каратеев Д. Е., Чичасова Н. В., Чеме-рис Н. А. Современные стандарты фармакотерапии ревматоидного артрита. — Клиническая фармакология и терапия, 2005; № 1, с. 72—75.
11. Сизова Л. В. Возможности диагностики и лечения больных ранним ревматоидным артритом в амбулаторно-поликлинических условиях. Фарматека. 2010;12:88—93.
12. Турдалиева С.А., Мажаровская Е.А., Кудрина О. М., Черкашин Д. В. Наиболее часто встречающиеся забо-

- левания суставов: актуальные вопросы диагностики и лечения. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2015;3(51):227–33.
13. Чичасова Н. В. Предотвращение неблагоприятных исходов ревматоидного артрита: современная терапевтическая тактика. Фарматека. 2012;6:49–56.
14. Чичасова Н. В. Лечение воспалительных ревматических заболеваний в клинической практике. РМЖ 2002;10(22):1026–8.
15. Шостак Н.А., Мурадянц А. А. Ранний ревматоидный артрит: алгоритмы диагностики и лечения. Фарматека. 2011;11:61–6.

EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS

M. N. RAPTSUN

A clinical case of a typical course of high-activity rheumatoid arthritis is presented, the disease was diagnosed by an outpatient therapist at an early stage, and positive dynamics in response to standard basic methotrexate therapy is shown.

Keywords: *rheumatoid arthritis, early stage, timely diagnosis, methotrexate.*