

СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив	6
Список сокращений и условных обозначений	8
Предисловие	11
1. Суставной синдром	12
1.1. Особенности сбора анамнеза и физикального обследования	12
1.2. Лабораторные и визуализирующие методы обследования	19
1.2.1. Лабораторные маркеры поражения суставов	20
1.2.2. Исследование синовиальной жидкости	25
1.2.3. Визуализирующие методы исследования	27
2. Поражения суставов при различных заболеваниях	33
2.1. Monoартикулярные поражения	33
2.1.1. Инфекционные моноартриты	33
2.1.2. Микрокристаллические артриты	40
2.2. Олигоартикулярные поражения	53
2.2.1. Реактивный артрит	53
2.2.2. Анкилозирующий спондилит	62

2.3. Полиартикулярные поражения	77
2.3.1. Ревматоидный артрит	77
2.3.2. Псориатический артрит	102
2.3.3. Системная красная волчанка	115
2.3.4. Системная склеродермия	134
2.3.5. Остеоартрит	151
2.3.6. Паранеопластический артрит	162
3. Алгоритм обследования пациента с впервые выявленным артритом	174
4. Медикаментозные препараты, применяемые в лечении заболеваний суставов	177
5. Принципы базисной терапии наиболее часто встречающихся	
заболеваний суставов	212
5.1. Ревматоидный артрит	212
5.2. Анкилозирующий спондилит	219
5.3. Псориатический артрит	225
5.4. Подагрический артрит	232
5.5. Остеоартрит	248
5.6. Системная красная волчанка	253
5.7. Системная склеродермия	253

6. Принципы коммуникации с пациентом с заболеваниями суставов	255
7. Особенности ведения пожилых пациентов с заболеваниями суставов	264
8. Профилактика развития и прогрессирования заболеваний суставов.	267
Тестовый контроль	270
Литература	277
Словарь терминов	281
Приложение 1.	282
Приложение 2.	283

ПРЕДИСЛОВИЕ

Патология суставов — частая причина, приводящая пациентов на прием к врачу амбулаторного звена. Ключевые симптомы — проявления артрита, артралгии, нарушение функции суставов — сходны при многих заболеваниях. Поэтому необходимо четко представлять себе алгоритм обследования пациента, так как своевременная верификация диагноза — фундамент для адекватного подбора терапии. Рассмотренные в книге особенности клинической картины, интерпретация данных лабораторного и инструментального обследования, алгоритм обследования пациентов с заболеваниями суставов, чаще всего встречающимися в амбулаторной практике, позволят врачу оперативно сориентироваться в этой проблеме. Предложены также обзор основных лекарственных препаратов, применяемых для базисной и симптоматической терапии патологии суставов, и принципы лечения самых распространенных заболеваний. Рукопись подготовлена врачами-терапевтами, врачами общей практики, врачом-ревматологом.

5. ПРИНЦИПЫ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ

5.1. Ревматоидный артрит

Современная концепция лечения ревматоидного артрита (РА) базируется на стратегии «лечение до достижения цели» (treat to target) — достижение ремиссии и улучшение качества жизни:

- активное назначение противовоспалительной терапии;
- контроль состояния пациента с момента постановки диагноза (каждые 3 мес до достижения ремиссии, каждые 6 мес после этого);
- изменение схемы лечения при отсутствии ожидаемого эффекта терапии.

Немедикаментозные методы лечения

1. Образование пациентов, в том числе в рамках школ пациентов с РА.
2. С момента установления диагноза пациентам с РА рекомендовано назначение лечебной физкультуры (ЛФК), включая аэробные тренировки, сначала под руководством инструктора по ЛФК, затем дома с профессиональной

- поддержкой. Тренировки могут сочетаться с силовыми упражнениями, комплексами для улучшения подвижности кистей.
3. Эрготерапия, обучающая правильному поведенческому стереотипу (методы защиты суставов, стратегии энергосбережения, применение вспомогательных устройств), улучшающему функциональный статус.
 4. Бальнеотерапию можно применять у пациентов с РА с низкой активностью для уменьшения боли и улучшения функционального статуса.
 5. При боли и/или деформациях суставов стопы рекомендовано использовать ортопедические стельки и ортопедическую обувь.

Медикаментозное лечение

Медикаментозная терапия — базисная при лечении РА.

NB! Препарат первой линии начальной терапии РА — **метотрексат**.

На **рис. 5.1** представлен алгоритм применения метотрексата в начале терапии РА.

При превышении концентрации АЛТ/аспартатаминотрансферазы (АСТ), верхней границы нормы, более чем в 3 раза следует отменить метотрексат и возобновить лечение в более низкой дозе после нормализации лабораторных показателей.

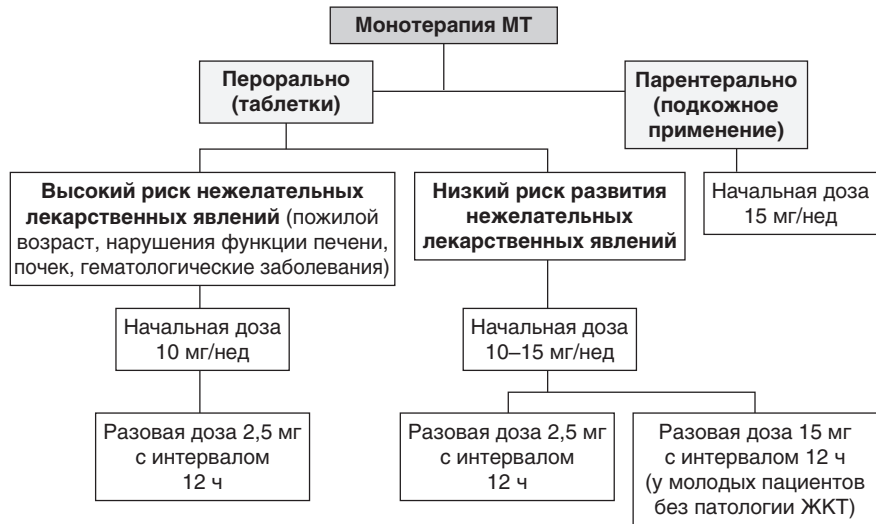


Рис. 5.1. Принципы назначения метотрексата пациентам с ревматоидным артритом. МТ — метотрексат, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

При стойком увеличении уровня АСТ/АЛТ >3 верхней границы нормы следует скорректировать дозу метотрексата.

NB! Через 24 ч после начала приема метотрексата нужно назначить **фолиевую кислоту в дозе **5 мг/нед!****

У пациентов с изначально высокой степенью активности РА ($\text{DAS } 28 \geq 5,1$), которым показано назначение высокой дозы метотрексата (≥ 15 мг), парентеральный путь введения предпочтителен.

Дозу метотрексата корректируют каждые 2–4 нед.

При недостаточной эффективности лечения дозу увеличивают на 2,5–5 мг в неделю.

При достижении стойкого длительного эффекта терапии возможно постепенное снижение дозы препарата под контролем активности воспалительного процесса.

Дозы метотрексата в зависимости от лекарственной формы приведены в табл. 5.1.

При наличии противопоказаний для назначения метотрексата или плохой переносимости возможна замена его на другой препарат из класса БПВП — **лефлуномид** или **сульфасалазин**.

Таблица 5.1. Максимальные дозы лекарственных форм метотрексата

Дозы препаратов	Таблетированная форма	Парентеральная форма
Максимальная разовая доза, мг	20	25
Максимальная суточная доза, мг	20	25

Лефлуномид — более эффективное средство, поэтому с него чаще начинают терапию, принимают внутрь в дозе 20 мг/сут.

При невысокой активности процесса и непереносимости метотрексата терапию можно начинать с назначения **сульфасалазина**. Алгоритм приема препарата представлен на **рис. 5.2**.

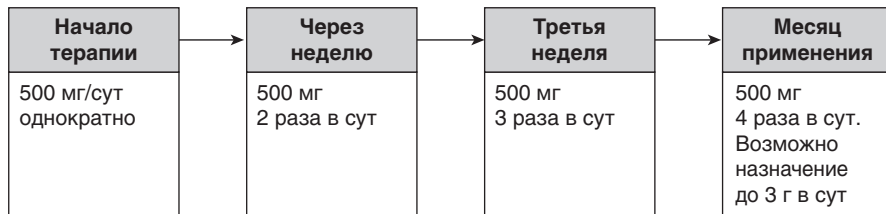


Рис. 5.2. Схема применения сульфасалазина

Если при приеме максимально возможной (или максимально переносимой) дозы метотрексата при монотерапии в течение 3 мес не удастся добиться ремиссии РА, используют комбинированную терапию — метотрексат с одним из БПВП или с гидроксихлорохином, допустима комбинация с ГК.

NB! ГК применяют в начале терапии при высокой активности заболевания до развития эффекта БПВП (bridge-терапия). Также ГК назначают при обострении в любой стадии РА коротким курсом в комбинации с препаратами базисной терапии. Длительность терапии не должна превышать 6 мес.

- Эффективность выбранной терапии оценивают по снижению уровня индекса DAS28. При достижении хотя бы умеренного снижения активности заболевания лечение продлевают на 3 мес с повторной оценкой эффективности.
- При недостаточной эффективности терапии в продолжение 3 мес обсуждают вопрос назначения генно-инженерных биологических препаратов.
- При непереносимости метотрексата и других базисных противовоспалительных средств возможно в качестве монотерапии назначить один из препаратов класса ГИБП, препараты первой линии — ингибиторы ИЛ-6, но возможно назначение других ГИБП в зависимости от клинической ситуации (табл. 5.2).

Таблица 5.2. Выбор препарата первой линии из группы генно-инженерных биологических препаратов в зависимости от клинических ситуаций

Препарат	Клиническая ситуация
Тоцилизумаб, сарилумаб, олокизумаб, левилимаб	Признаки ИЛ-6-зависимого воспаления. Волчаночноподобный синдром (перикардит, плеврит, кожная сыпь), синдром Фелти, ХСН III–IV ФК
Адалимумаб	Серонегативный РА/умеренное повышение АТ. Заболевания кишечника, псориаз, увеит
Этанерцепт	Риск активации туберкулезной инфекции, бессимптомное носительство вируса гепатита С, планирование беременности
Цетролизумаб ⁶⁹	Серонегативный РА/умеренное повышение АТ. Заболевания кишечника, псориаз, увеит, планирование и наличие беременности
Абатацепт	Признаки ИЛ-6-зависимого воспаления. Волчаночноподобный синдром (перикардит, плеврит, кожная сыпь), синдром Фелти, ХСН III–IV ФК
Ритуксимаб	Значимое повышение АТ, лимфопролиферативные заболевания в анамнезе, ХСН, заболевание центральной нервной системы

Примечание. АТ — антитела, ФК — функциональный класс, ИЛ — интерлейкин, РА — ревматоидный артрит, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

При неэффективности лечения с применением одного из ГИБП (в качестве монотерапии или комбинации его с метотрексатом) в течение 6 мес следует заменить его на ГИБП с другим механизмом действия.

NB! Для уменьшения боли в суставах рекомендовано применять НПВП, оказывающие лишь симптоматический (анальгетический) эффект, но не влияющие на прогрессирование деструкции суставов.

При умеренной вероятности развития осложнений со стороны ЖКТ рекомендовано использовать селективные НПВП (с-НПВП) без дополнительной профилактики или неселективные НПВП (н-НПВП) на фоне медикаментозной профилактики гастропатии (ингибиторы H^+ , K^+ -АТФазы).

5.2. Анкилозирующий спондилит

Цель лечения анкилозирующего спондилита (АС) — достижение ремиссии или (альтернативная цель) низкой активности болезни, основанных на стратегии «лечение до достижения цели» (treat to target):

- контроль состояния пациента с момента постановки диагноза (каждые 3 мес до достижения ремиссии, каждые 6 мес после этого);
- изменение схемы лечения при отсутствии ожидаемого эффекта терапии.