

ВРАЧ - ПАЦИЕНТУ

ИНФОРМАЦИЯ
О РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

(методическое пособие по материалам
Всероссийских конференций в рамках
«12 октября – Всемирный день артрита»
World Arthritic Day)

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

Разработана коллективом

Федерального государственного бюджетного научного учреждения "Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой" под руководством директора ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» академика РАН Е. Л. Насонова, при участии Президента Общероссийской общественной организации инвалидов "Российская ревматологическая ассоциация «Надежда» Н. А. Булгаковой и Ассоциации Ревматологов России.

АВТОРЫ:

д.м.н. Каратеев Д.Е.,
д.м.н. Новикова Д.С.,
д.м.н. Орлова Е.В.,
к.м.н. Лучихина Е.Л.

Издание 3-е, дополненное

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Ревматоидный артрит (РА) — аутоиммунное ревматическое заболевание, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением других тканей и органов. Ревматоидный артрит является распространенным заболеванием, встречается во всех странах и среди всех народов мира примерно у 1% от общей численности населения, в России им страдает около 0,6% населения. Заболеть ревматоидным артритом может и ребенок, и старик, но преимущественно недуг поражает женщин активного возраста (женщины заболевают ревматоидным артритом в 3 раза чаще, чем мужчины). Пик начала заболевания 45–60 лет, по данным Института ревматологии, средний возраст начала болезни — 47-49 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. Доказано, что курение увеличивает риск развития ревматоидного артрита.

У 20–30% пациентов болезнь начинается после перенесенной инфекции, чаще всего носоглоточной. Однако 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.). В то же время примерно у трети больных первые симптомы появляются среди полного здоровья, без видимой причины.

В связи с этим большинство ученых рассматривает ревматоидный артрит как «полиэтиологическое» заболевание, в развитии которого у конкретного больного участвуют как генетические, так и многие внешне средовые факторы.

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

Было установлено, что в основе воспаления при РА лежит неправильная работа иммунной системы. Клетки иммунной системы активируются (причина этого неизвестна) и начинают вырабатывать специальные регуляторные белки — провоспалительные цитокины — вызывающие воспалительную реакцию и изменение работы клеток оболочки сустава, внутренней выстилки сосудов, костной ткани и др. В результате формируется самоподдерживающийся постоянно текущий воспалительный процесс. Воспаление при РА является

следствием именно избыточной, слишком активной (хотя и неправильной) работы иммунной системы. Какого-либо явного иммунодефицита (ослабления работы иммунной системы) при РА не наблюдается, активность иммунных клеток повышена, имеет место активная выработка антител (защитных белков). В целом РА может быть отнесен к группе аутоиммунных болезней – то есть состояний, когда иммунная система активно работает против собственного организма.

Поэтому основным методом эффективного лечения РА является подавление патологически повышенной деятельности иммунной системы.

Проявления и течение болезни

Основное проявление симптомов РА – это воспаление в различных суставах, в первую очередь суставах пальцев кистей. Вообще при РА могут поражаться абсолютно любые суставы, но наиболее типично поражение именно кистей. Характерны боль при движениях и в покое, скованность, припухлость, нарушение функции суставов. 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. 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.

РА – это заболевание всего организма, а не только суставов, как говорят медики, это – «системное» заболевание. Системность воспалительного процесса у

многих больных проявляется общими симптомами: повышением температуры тела, слабостью, потливостью, похуданием. Могут увеличиваться лимфоузлы, развиваться анемия. У некоторых больных образуются безболезненные подкожные очаги воспаления – ревматоидные узлы. Реже встречаются тяжелые системные проявления болезни – воспаление мелких сосудов (васкулит) кожи, который приводит к появлению сыпи вплоть до язв и сухой гангрены; воспаление внутренних органов (легких, плевры, сердца) и др. РА может сочетаться с сухим синдромом (другое название – синдром Шегрена), при котором воспаляются слюнные и слезные железы.

На поздних стадиях болезни, чаще всего при недостаточно активном лечении, хроническое воспаление приводит к разрушению тканей суставов (хряща и кости), из-за чего происходят подвывихи и формируются стойкие деформации, резко ограничивающие подвижность и трудоспособность. Формируется так называемая «ревматоидная кисть» (рис. 2). Больные с трудом могут двигать пальцами рук, испытывают затруднения при одевании (застегивание пуговиц, завязывание шнурков и т.д.), деформация пальцев стоп приводит к затруднениям при пользовании обувью, тяжелому плоскостопию и хромоте. Если имеет место стойкое воспаление в крупных суставах (коленных, тазобедренных и др.), их деформация с разрушением (некроз) костной ткани может быстро

приводить к невозможности передвигаться без трости и даже костылей.

Длительно протекающий воспалительный процесс может приводить к тяжелому системному осложнению – амилоидозу, при котором в разных органах и тканях (почки, сердце, кишечник, язык и др.) откладывается патологический белок – амилоид – что резко нарушает их работу. Чаще всего амилоидоз при РА приводит к тяжелому поражению почек с массивной потерей белка с мочой и, в дальнейшем, развитием почечной недостаточности, что является опасным для жизни осложнением. К счастью, амилоидоз развивается далеко не у каждого пациента, но при отсутствии правильного лечения представляет из себя реальную угрозу.

Кроме того, хроническое системное воспаление при РА по своим механизмам связано с развитием атеросклероза сосудов, артериальной гипертонии. Согласно большим статистическим данным, у больных РА значительно быстрее развиваются нарушения обмена холестерина, появляются атеросклеротические бляшки, резко повышается риск тяжелых сосудистых заболеваний – инфаркта миокарда, инсульта. Во многих случаях сердечно-сосудистая патология может рассматриваться как осложнение РА.

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.

Поскольку РА — по статистике самое частое воспалительное заболевание суставов, его и надо подозревать в первую очередь, если появляется стойкая боль и припухлость в суставах (или даже одном суставе). Единственное исключение — это случаи появления данных симптомов непосредственно после травмы (хотя

травма также изредка бывает провоцирующим фактором развития РА).

Нередко бывают ситуации, когда картина болезни очень напоминает РА, но при оценке по критериям достоверности диагноза не получается. В этом случае говорят о «недифференцированном» (то есть неопределенном) артрите, и ревматолог оставляет такого пациента под наблюдением, чтобы при повторном обследовании через 1-3 месяца получить подтверждение диагноза (или, наоборот, убедиться в отсутствии болезни).

Врачи-ревматологи пользуются специально разработанными международными критериями. Последний вариант критериев РА был опубликован в 2010 г. Основным для диагноза является локализация и количество пораженных суставов, поэтому главное – это тщательный осмотр специалиста-ревматолога.

Помимо врачебного осмотра, при РА назначаются многие лабораторные тесты и инструментальные исследования. Они помогают подтвердить диагноз и отслеживать состояние больного в процессе лечения.

Больным обязательно назначаются общий (клинический) и биохимический анализы крови. Они необходимы для оценки безопасности назначения терапии и в дальнейшем ее переносимости. Кроме того,

один из компонентов общего анализа крови – скорость оседания эритроцитов (СОЭ) является одним из диагностических критериев РА. СОЭ также используется для оценки эффективности лечения. Эти тесты назначаются при первичном обследовании и затем повторно по мере необходимости с частотой от 1 раза в 2 недели до 1 раза в 3 месяца.

С этими же целями (диагностика в начале и оценка эффективности лечения в динамике) применяется один из ключевых иммунологических тестов – С-реактивный (читается: «сэ-реактивный») белок (СРБ). Он также назначается исходно и затем в динамике. Два других важных иммунологических теста – определение в сыворотке крови ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – применяются в основном для диагностики и входят в состав критериев диагноза РА. Кроме того, наличие этих показателей, особенно их высокий уровень, особенно АЦЦП, говорят о возможно более тяжелом течении болезни. Иногда вместо (или наряду с) АЦЦП применяются другие, похожие по значению, тесты, такие как тест на антитела к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ), на антикератиновые антитела и др., но они менее точны, чем АЦЦП.

Для определения наличия разрушений костной ткани (и их прогрессирования) применяется рентгенография кистей и стоп (именно этих отделов, поскольку в них раньше всего появляются и бывают наиболее выраженными изменения). Для отслеживания состояния легких и сердца делается рентгенография органов грудной клетки, по особым показаниям – компьютерная томография легких. Рентгенологические исследования проводятся обычно каждые 6-12 месяцев в зависимости от стадии и клинической характеристики болезни.

В последние годы все большее значение придается ультразвуковому исследованию (УЗИ) суставов. УЗИ позволяет быстро получить ценную дополнительную информацию в отношении диагноза (особенно в случаях, когда на рентгеновских снимках еще нет явных изменений), а также активности и тяжести воспалительного процесса. В ряде клиник УЗИ применяется для контроля эффективности лечения. В то же время УЗИ суставов требует наличия хорошей ультразвуковой аппаратуры и специального обучения врача, выполняющего исследование.

Магнито-резонансная томография (МРТ) суставов также позволяет значительно раньше, чем рентгеновское исследование, обнаружить характерные для РА изменения. Кроме того, МРТ дает возможность оценить

тяжесть и прогноз больного в отношении прогрессирования разрушений суставных тканей. Ограничением для применения МРТ является большая продолжительность и высокая стоимость исследования

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 — являются дополнительными.

Базисные противовоспалительные препараты

Основой лечения РА является назначение базисных противовоспалительных препаратов (БПВП), таких как, метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, гидроксихлорохин, циклоспорин А, азатиоприн и т.д. Их объединяет способность в большей или меньшей степени и с помощью различных механизмов подавлять воспаление и/или патологическую активацию системы иммунитета. За счет этого подавляются не только проявления воспаления, но и процесс разрушения тканей сустава (хотя, к сожалению, этот эффект может наблюдаться не у всех пациентов).

Лечебное действие при применении БПВП развивается медленно (за 2-3 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).

Наиболее широко применяемым препаратом является **метотрексат**. 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.

Кроме того, метотрексат характеризуется широкими возможностями для индивидуального подбора дозы и метода введения. Препарат назначается 1 раз в неделю. Для лечения РА используется большой диапазон дозировок метотрексата – обычно от 7,5 до 30 мг в неделю. Для большинства пациентов оптимальными дозами могут быть 15-25 мг в неделю. Повышение дозы, как правило, сопровождается повышением эффективности при сохранении удовлетворительной переносимости метотрексата.

Препарат может применяться в таблетированной форме внутрь, в виде подкожных, внутримышечных и внутривенных инъекций. Инъекционные формы предпочтительны при назначении метотрексата в дозе 20 мг в неделю и более. В последние годы наиболее активно назначаемой формой метотрексата становятся подкожные инъекции. Подкожная форма метотрексата обеспечивает хорошее (лучше, чем таблетированная форма) усвоение препарата, высокую эффективность и достаточно хорошую переносимость, а также удобство применения (одна подкожная инъекция в неделю, которая может производиться самим пациентом в домашних условиях).

Метотрексат в дозах, применяемых для лечения РА, является достаточно безопасным препаратом даже при многолетнем применении, но все же может проявлять токсическое действие в отношении печени, крови, легких, снижать сопротивляемость к инфекциям. В связи с этим на фоне лечения врач обязательно должен назначать регулярный контроль (анализы крови и пр.). Необходимо обязательно сообщать врачу о подозрениях на любые инфекции (поскольку может потребоваться временная отмена метотрексата).

Лефлуномид является современным препаратом, который также хорошо зарекомендовал себя, особенно при раннем ревматоидном артрите. Применяется в таблетках внутрь ежедневно в дозе 20 мг в сутки (для

поддерживающего лечения может назначаться доза 10 мг в неделю). В целом эффективность лефлуномида при РА приблизительно равна эффективности метотрексата. Обычно лефлуномид назначается при невозможности назначения или продолжения лечения метотрексатом (как правило, из-за непереносимости). Предосторожности при назначении лефлуномида в целом аналогичны таковым при лечении метотрексатом.

Сульфасалазин несколько уступает двум первым препаратам по эффективности (особенно в случаях тяжелого течения РА), но при умеренной активности воспаления может работать достаточно хорошо. Применяется внутрь в дозах от 1500 до 3000 мг (3-6 таблеток) в сутки. Положительной чертой сульфасалазина является то, что он несколько меньше, чем метотрексат и лефлуномид, снижает сопротивляемость к инфекциям. Однако лабораторный контроль в отношении безопасности все же требуется.

БПВП в некоторых случаях могут назначаться в комбинации друг с другом. Так, нередко применяются сочетания метотрексата и сульфасалазина, а также так называемая «тройная схема» - метотрексат, сульфасалазин и гидроксихлорохин.

Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП)

ГИБП представляют собой искусственно созданные белковые молекулы. В отличие от биологических добавок, ГИБП – это высокотехнологические лекарственные средства с мощным противовоспалительным эффектом. В нашей стране зарегистрированы для лечения РА 8 препаратов из группы ГИБП (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, цертолизумаба пэгол, голимумаб, ритуксимаб, тоцилизумаб и абатацепт), они различаются своей структурой и механизмами действия. Все ГИБП оказывают точечное воздействие на конкретные механизмы воспаления: так называемые «ингибиторы фактора некроза опухоли альфа» блокируют конкретное вещество, регулирующее процесс воспаления и разрушения костной ткани; ритуксимаб влияет на клетки иммунной системы, ответственные за возникновение и развитие воспалительных и аутоиммунных реакций и т.д.

ГИБП применяются в инъекционных формах (внутривенно или подкожно), поскольку их белковые молекулы разрушаются в желудке.

ГИБП могут вызывать аллергические и аутоиммунные реакции, но основная проблема – это повышение риска инфекций. В частности, большинство ГИБП снижает сопротивляемость к туберкулезной инфекции, поэтому перед назначением ГИБП врач

назначит скрининговое исследование – пробу Манту или диаскин-тест, рентгенографию органов грудной клетки. При подозрении на наличие тубинфицированности необходима консультация фтизиатра.

Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа

Это – наиболее «старая» (применяется уже более 15 лет) группа ГИБП. Фактор некроза опухоли – одна из важнейших регуляторных молекул (цитокинов), отвечающая за развитие воспаления в суставе и разрушение костной ткани. Поэтому связывание этого цитокина специально созданным лекарственным белком (ГИБП) приводит к быстрому и сильному противовоспалительному эффекту, а также тормозит развитие эрозий в суставах, замедляя или полностью останавливая их деформацию. В настоящее время зарегистрировано 5 препаратов из этой группы.

Инфликсимаб – один из наиболее длительно применяемых ГИБП, вводится внутривенно по схеме (9 раз в год), эффект от его применения обычно развивается очень быстро, у некоторых больных уже через несколько часов. В то же время препарат содержит значительное количество мышинового белка, поэтому нередко организм человека реагирует на него, вырабатывая специальные антитела, что приводит к потере лечебного действия.

Адалимумаб 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 (хотя явление потери эффекта также может наблюдаться у ряда пациентов). Препарат вводится подкожно один раз в 2 недели (выпускается в готовых лекарственных формах, удобных для самостоятельного применения) и поэтому хорошо подходит для амбулаторного лечения пациентов, когда внутривенное введение нежелательно или неудобно.

Этанерцепт – один из первых ГИБП, также содержит только человеческий белок. Вводится подкожно еженедельно, может длительно применяться в амбулаторных условиях. Согласно некоторым наблюдениям, несколько меньше снижает сопротивляемость к туберкулезной инфекции, на этанерцепт реже всего наблюдается выработка антител.

Цертолизумаба пэгол применяется подкожно один раз в 2 недели, инъекции отличаются хорошей переносимостью. В то же время требуется настороженность в отношении туберкулезной инфекции (как, впрочем, и при лечении другими ГИБП). Имеются предварительные данные о возможной безопасности применения цертолизумаба пэгола у беременных женщин, больных РА, хотя для

окончательного заключения необходимо накопление научных данных.

Голимумаб – полностью человеческое антитело к фактору некроза опухоли альфа, по структуре близок к адалимумабу. Вводится подкожно 1 раз в месяц, отличается вполне удовлетворительной переносимостью.

Следует подчеркнуть, что все ингибиторы фактора некроза опухоли альфа обладают примерно одинаковой эффективностью.

ГИБП с другими механизмами действия

Три других ГИБП обладают уникальными механизмами действия.

Действие **ритуксимаба**, пришедшего в ревматологию из онкологии, где применяется для лечения ряда злокачественных болезней крови, направлено против одной из разновидностей иммунных клеток – В-лимфоцитов. Эти клетки активно участвуют в иммунном воспалении при РА на разных стадиях. Ритуксимаб вызывает гибель этих клеток, за счет чего постепенно (обычно через 2-3 месяца после введения препарата) развивается подавление активности воспаления. К положительным характеристикам ритуксимаба относится большая длительность действия (как правило, препарат вводится внутривенно в виде

курсов по 2 внутривенных вливания с промежутком в 2 недели, один курс в 6 месяцев), а также возможность активного воздействия на внесуставные проявления болезни (поражения кожи, легких, нервной системы и др., если они появляются при РА). В то же время ритуксимаб чаще других препаратов дает аллергические и другие нежелательные реакции прямо в процессе введения, поэтому его вливания должны проводиться очень медленно (одна капельница занимает несколько часов) с помощью специального оборудования в условиях инфузионного кабинета или блока интенсивной терапии, где есть условия для проведения реанимации. Кроме того, перед началом введения ритуксимаба проводится вливание достаточно большой дозы гормонов в качестве десенсибилизирующего средства.

Тоцилизумаб (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 вводится внутривенно один раз в месяц и может применяться в случаях, когда нет возможности комбинировать его с метотрексатом (хотя эффект может снижаться).

Абатацепт по механизму действия является препаратом регулирующим иммунный ответ, который предотвращает избыточное возбуждение клеток иммунной системы. Абатацепт вводится внутривенно один раз в месяц. К положительным чертам препарата надо отнести хорошую переносимость вливаний, которые длятся всего 30 минут, редкость аллергических реакций и несколько меньший, чем при лечении другими ГИБП, риск инфекций.

В целом же, эффективность ритуксимаба, тоцилизумаба и абатацепта примерно одинакова и приближается к эффективности ингибиторов фактора некроза опухоли альфа.

Таргетные синтетические препараты («малые молекулы»)

В последние годы появились препараты которые, с одной стороны, являются синтетическими и могут назначаться внутрь, а с другой стороны похожи по механизму действия на ГИБП. Они получили название «таргетных» (от англ. “target” – «цель»), это название подчеркивает их влияние на конкретные механизмы (в отличие от несколько более общего действия на организм обычных синтетических препаратов).

Один из них – **тофацитиниб** - уже зарегистрирован для лечения РА. Это препарат,

который принимается внутрь 2 раза в день, подавляет активность фермента, участвующего во внутриклеточной передаче сигналов, стимулирующих воспалительные реакции. По предварительным данным, эффективность тофацитиниба сходна с эффективностью ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (в частности, адалимумаба). Препарат в целом хорошо переносится, но все же может снижать сопротивляемость к инфекциям, влиять на обмен холестерина, уровень гемоглобина и др. Его место в терапии РА пока изучается. Согласно инструкции по применению тофацитиниб может применяться при неэффективности терапии БПВП, в т.ч. метотрексатом. Клинические рекомендации Ассоциации ревматологов России (проект 2014 г.) предлагают применять тофацитиниб в случаях, когда недостаточно эффективны биологические препараты (ингибиторы фактора некроза опухоли)

Глюкокортикоиды (стероидные гормоны)

Гормональные препараты действуют быстро и эффективно, это наиболее сильные противовоспалительные средства. К сожалению, их действие при РА у большинства пациентов достаточно быстро заканчивается даже при продолжении приема в прежней дозе. Отменять же их приходится медленно и постепенно во избежание обострения. Кроме того,

глюкокортикоиды часто вызывают нежелательные реакции: задержку жидкости, повышение артериального давления, повышение глюкозы в крови, остеопороз. Поэтому их назначение при РА должно проводиться только специалистом-ревматологом в малых дозах по конкретным показаниям и на как можно более короткий срок. Специальные формы гормонов применяются для внутрисуставного введения как компонент терапии вместе с другими препаратами.

Нестероидные противовоспалительные препараты

Нестероидные противовоспалительные препараты (сокращенно «НПВП», либо «НПВС» — «нестероидные противовоспалительные средства») представляют собой важный компонент лечения ревматоидного артрита. Наиболее часто **применяются диклофенак, мелоксикам, кетопрофен, целекоксиб, нимесулид.** НПВП назначаются для уменьшения боли и скованности в суставах, потому что у них, в отличие от всех упомянутых выше препаратов, имеется собственно обезболивающее действие, так что субъективно улучшение может наступать уже через 1-2 часа после приема. К сожалению, это — только уменьшение проявлений болезни, а собственно противовоспалительный эффект при РА у НПВП значительно слабее, чем у БПВП, ГИБП и гормонов.

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 люди, а также пациенты, страдающие заболеваниями желудка и кишечника, сердечно-сосудистой патологией. Врач обязательно должен учитывать риск осложнений при назначении НПВП.

Контроль над безопасностью лечения

На фоне лечения РА обязательно должны приниматься меры по обеспечению безопасности терапии. Они основаны на лабораторных анализах, которые должны контролироваться, чтобы определить переносимость лечения со стороны печени, почек, костного мозга (частота устанавливается врачом для конкретных пациентов, чаще всего каждые 1-3 месяца), а также периодических инструментальных исследованиях, таких как рентгенография органов грудной клетки (обычно 1 раз в год). Для большинства ГИБП в программу контроля входит проведение туберкулинового теста (проба Манту) или диаскин-теста 1 раз в 6 мес. Пациентам, регулярно получающим НПВП, рекомендуется проводить гастроскопию каждые 6-12 мес. 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.

Стратегия лечения

Поскольку РА – хроническое заболевание, в процессе лечения, как правило, требуется вносить те или иные изменения в схему терапии. Стратегический

подход чрезвычайно важен и приводит к значительному улучшению результатов лечения.

В целом, активная медикаментозная терапия РА должна начинаться как можно раньше – сразу после установления диагноза. Больной должен находиться под тщательным врачебным контролем, врачу необходимо как минимум 1 раз в 3 месяца оценивать эффективность терапии и усиливать ее, если нужно, вплоть до достижения ремиссии болезни – состояния, когда признаки воспаления вообще отсутствуют. Для определения ремиссии существуют специальные критерии.

Современные представления о стратегии лечения собраны в международных рекомендациях «Лечение до достижения цели» (по-английски – “Treat to target”, сокращенно T2T). Существует специальная версия этих рекомендаций для пациентов (Орлова Е.В. и соавт., 2014), представленная в таб. 1.

Таб.1. Принципы и рекомендации стратегии «Лечения до достижения цели» – “Treat to target” (T2T), русская версия для пациентов.

Общие принципы Т2Т для пациентов

- А** Решения, касающиеся лечения ревматоидного артрита, должны приниматься совместно пациентом и ревматологом.
- В** Важнейшая цель лечения – обеспечить максимально долгое сохранение высокого качества жизни, связанного с состоянием здоровья. Она может быть достигнута путем:
- контроля над симптомами болезни, такими как боль, воспаление, скованность и утомляемость;
 - предупреждения повреждения суставов и костей;
 - восстановления нормальной функции и участия в повседневной жизнедеятельности.
- С** Главный способ достижения этой цели – остановка воспаления в суставах.
- Д** Лечение ревматоидного артрита, направленное на достижение четкой цели дает наилучшие результаты. Этого можно добиться путем оценки активности болезни и пересмотра терапии, если цель не достигнута.

Рекомендации Т2Т для пациентов

1	Первичная цель лечения РА – достижение клинической ремиссии.
2	Клиническая ремиссия означает отсутствие значимых признаков и симптомов заболевания, вызванных воспалением.
3	Хотя целью лечения должно быть достижение ремиссии, у некоторых пациентов, особенно при длительно текущем заболевании, это невозможно. Поэтому, низкая активность РА может быть приемлемой альтернативой.
4	До тех пор, пока не будет достигнута цель лечения, пересмотр лекарственной терапии должен осуществляться не реже 1 раза в 3 месяца.
5	Активность заболевания должна регулярно оцениваться и документироваться. У пациентов с высокой или умеренной активностью болезни это необходимо проводить каждый месяц. У пациентов с устойчивой низкой активностью болезни или ремиссией это может быть сделано реже (например, каждые 3-6 месяцев).

6	В каждодневной клинической практике для принятия решений о лечении необходимы комплексные показатели активности заболевания, включающие обследование суставов.
7	Кроме активности заболевания, при принятии решений о лечении в клинической практике должны также учитываться поражения суставов и ограничения в повседневной жизнедеятельности.
8	Желаемая цель лечения должна поддерживаться на протяжении всего периода заболевания.
9	Выбор соответствующего показателя активности заболевания и цели может зависеть от конкретной ситуации: наличия других заболеваний, индивидуальных особенностей пациента и безопасности приема лекарственных препаратов.
10	Пациент должен быть в достаточной степени информирован о цели лечения и запланированной стратегии для достижения этой цели под наблюдением ревматолога.

Необходимо подчеркнуть, что принципы и рекомендации T2T подчеркивают совместную ответственность врача и больного за результаты лечения. Пациент должен приложить максимальные усилия, чтобы понять принципы лечения и самым тщательным образом выполнять рекомендации доктора,

тогда можно ожидать развития ремиссии и сохранения работоспособности и социальной активности больного в течение всей жизни.

Диета при РА

При РА имеется целый ряд факторов, которые необходимо учитывать при формировании диеты:

- 1) из-за активного хронического воспаления 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.

Физиотерапия и реабилитация

Нелекарственная терапия при РА не могут заменить медикаменты, поскольку только применение БПВП, НПВП, при необходимости гормонов и ГИБП, способны эффективно подавить воспаление. В то же время различные методы реабилитации могут значительно улучшить результаты лечения в комплексе с лекарствами.

Основные цели реабилитации при РА состоят в следующем:

- 1) уменьшение боли;
- 2) снижение воспалительных явлений: выпота, припухлости и скованности суставов;
- 3) предупреждение и коррекция функциональной недостаточности;
- 4) сдерживание прогрессирования деформаций суставов;
- 5) увеличение диапазона движений, мышечной силы и аэробных возможностей;
- 6) сохранение способности к самообслуживанию, выполнению повседневной бытовой деятельности, профессиональному труду;
- 7) коррекция психологических нарушений;
- 8) улучшение качества жизни;
- 9) поддержания больного как активной социальной личности.

Лечебная физкультура, трудотерапия и массаж

В систему ЛФК при РА входят как аэробные и динамические тренировки, так и силовые упражнения (естественно, со строгим дозированием нагрузок).

Лечебная физкультура (ЛФК) и трудотерапия (специальные упражнения, имитирующие движения в процессе самообслуживания и некоторых видов трудовой деятельности, направленные на восстановление моторики в первую очередь мелких суставов) полезны больным РА на всех стадиях болезни, могут применяться при активном процессе. В связи с большим разнообразием физических упражнений они могут быть индивидуализированы для каждого пациента или проводиться в группе. Как правило, комплексы ЛФК при РА содержат:

- упражнения для плечевых и локтевых суставов без снарядов и со снарядами (мяч, палка)
- упражнения для шеи
- упражнения для тазобедренных и коленных суставов
- упражнения для стоп, в том числе со снарядами.

Чтобы получить максимальный эффект, пациент начинает упражнения под руководством инструктора, а затем продолжает их самостоятельно.

Существуют специальные приспособления и аппараты, позволяющие точно и индивидуально регулировать объем движений и степень нагрузки, а также оптимальным образом их повышать для достижения тренировочного эффекта.

Физиотерапия и бальнеотерапия

К ним относятся разные методы электролечения (включая синусоидальные модулированные токи, магнитотерапию, электромиостимуляцию и др.), ультразвуковая терапия (фонофорез и др.), лазеротерапия, криотерапия (лечение холодом), теплотечение, гидротерапия (применение лечебных ванн, лечебных душей, обливаний и пр.), грязелечение и т.д. Сюда же можно отнести и лечебный массаж.

Эти методы лечения применяются очень давно, но их место в лечении РА до сих пор обсуждается. Дело в том, что в отношении физических методов терапии мало доказательных данных, в отличие от медикаментозных методов лечения. Пациенты по-разному реагируют на процедуры, нередки случаи ухудшения. Физиотерапия и бальнеотерапия не должны применяться при высокой активности воспалительного

процесса, поскольку могут усугубить симптоматику, имеют значительное число противопоказаний (заболевания кожи, сердечно-сосудистая патология, опухолевые процессы, в том числе имевшие место ранее и т.д.). Лечебный массаж больным с артритом назначается в щадящем режиме, сами суставы, как правило, не массируются.

Тем не менее, при правильном назначении (у пациентов с низкой активностью воспаления на фоне хорошо подобранной терапии, не имеющих противопоказаний) они могут заметно уменьшить симптоматику и улучшить подвижность.

Кардиологические осложнения при ревматоидном артрите: как их избежать? – рекомендации для пациентов

Инфаркты и инсульты – наиболее частые причины смерти. В России отмечается самая высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди развитых стран Европы - она составляет 59% всех причин смерти. Ежегодно 700 тыс. человек переносят острый инфаркт миокарда. Для многих первый инфаркт, становится последним. Мужчины подвержены инфаркту в 3-4 раза больше, чем женщины. Критический возраст для мужчин 40 лет и старше, для женщин – 50-55 лет с наступлением менопаузы. У

одиноких мужчин инфаркт миокарда встречается чаще, чем у женатых. В России ежегодно случается 450 тыс. инсультов, из них 1/3 - у лиц трудоспособного возраста. Мужчины среднего возраста (40-50 лет) погибают от инсульта в 1,5 раза чаще своих ровесниц. У больных ревматоидным артритом риск инфаркта миокарда и инсульта в 2 раза выше и развиваются эти осложнения в среднем на 10 лет раньше, чем в общей популяции.

Что такое инфаркт? С каждым сокращением сердце перекачивает кровь, доставляя кислород и питательные вещества во все части тела. Само сердце получает кислород и питательные вещества через кровеносные сосуды, называемые коронарными артериями. Доставка кислорода к тканям ухудшается при закупорке коронарной артерии атеросклеротической бляшкой, тромбом, спазмом артерии или их сочетанием. Если прекращение кровотока происходит внезапно, возникает инфаркт. Если закупорка артерий частичная и в сердце начинает поступать меньше крови, то это может вызвать болевые приступы в груди, называемые стенокардией. **Инфаркт миокарда** обычно начинается с боли или неприятного ощущения в центре грудной клетки, которые продолжаются несколько минут или постоянно повторяются. Это состояние может ощущаться в виде сдавливания, сжимания или переполнения. Боль или неприятное ощущение могут также чувствоваться в

руках, левом плече, локтевой области, челюсти или в спине. Другие симптомы включают: затрудненное дыхание или одышку; ощущение тошноты или рвоту; появление головокружения или слабости; покрытие холодным потом; появление бледности на лице. Люди, страдающие диабетом и ревматоидным артритом в течение длительного времени могут не ощущать так сильно боль в грудной клетке. **Стенокардия** проявляется как дискомфорт, сдавливание, боль или тяжесть в грудной клетке с длительностью не более 10 мин. Локализуется чаще всего за грудиной. Иногда она может отдавать в левую руку, плечо, челюсть, живот. Боль усиливается на физическую активность, ходьбу, эмоциональную нагрузку, после еды или при выходе на холод. Облегчает или устраняет боль прекращение нагрузки, отдых или прием нитроглицерина. Пациенты с ревматоидным артритом чаще переносят приступ стенокардии не в виде характерной боли, а под маской сильной слабости, одышки, боли в шее, плече, поэтому такие жалобы не расцениваются как сердечные. Кроме того, больные ревматоидным артритом не обращают внимание на боль в сердце в связи с выраженными болями в суставах.

Что такое инсульт? Два крупных кровеносных сосуда, расположенные по обе стороны шеи, поставляют кровь из сердца в головной мозг. Кровеносные сосуды разветвляются и становятся все

меньше и меньше до тех пор, пока крошечные кровеносные сосуды не обеспечат кислородом и питательными веществами все части головного мозга. Инсульт возникает таким же образом, как и инфаркт, но происходит в головном мозге. Если прерывается поступление крови в головной мозг, то головной мозг лишается обеспечения кислородом и питательными веществами. Это вызывает повреждение ткани головного мозга, которое мы называем инсультом. **Инсульт** может проявляться внезапной бледностью на лице, слабостью в руке или ноге, в большинстве случаев с одной стороны тела. Другие симптомы включают внезапное появление: онемения лица, руки или ноги, особенно на одной стороне тела; спутанности сознания, затруднения при произнесении слов или понимании речи; затруднения смотреть одним или обоими глазами; затруднения при ходьбе, головокружения, нарушения равновесия или координации; резкой головной боли по неизвестной причине; обморочного или бессознательного состояния.

Наиболее распространенной причиной инфаркта и инсульта является атеросклероз. **Атеросклероз** – хроническое заболевание артерий, сопровождающееся формированием одиночных и множественных липидных, главным образом, холестериновых отложений или бляшек во внутренней оболочке артерий. Существует несколько стадий атеросклероза.

В начале на внутренней оболочке сосуда образуются липидные пятна, затем возвышения. В дальнейшем это приводит к формированию атеросклеротической бляшки, которая суживает просвет сосуда. По мере отложения в ней липидов бляшка увеличивается в размерах. Ситуация резко накаляется, если бляшка вскрывается, как нарыв, в просвет сосуда. В ответ на это организм старается закрыть образовавшееся повреждение и формируется пристеночный тромб. Зачастую тромб не может остановиться в своем росте и закрывает, как пробка, весь просвет сосуда. Ток крови останавливается, ткань органа без питательных веществ отмирает. Если это происходит в сердце – развивается инфаркт миокарда, если в головном мозге – инсульт.

Инфаркт миокарда и мозговой инсульт на пустом месте не возникают. Инфаркт миокарда и мозговой инсульт обычно являются результатом длительного (от многих месяцев до нескольких лет) течения артериальной гипертонии и атеросклероза сосудов сердца и мозга. Инфаркт миокарда и мозговой инсульт во многих случаях может быть успешно предупрежден, если внимательно относиться к своему здоровью. Большинство больных имеют предшествующие факторы риска. Разделяют неустраняемые и устраняемые факторы риска. К первым относят: возраст старше 50 лет, мужской пол и наследственное предрасположение к сердечно-

сосудистым заболеваниям. Так, мужчины более подвержены развитию атеросклероза, чем женщины. Раннее развитие инфаркта также происходит, когда прямые родственники пациента по мужской линии перенесли инфаркт миокарда или умерли от внезапного сердечного заболевания до 55 лет, по женской линии до 65 лет. Но то, что эти факторы риска относят к неустранимым, не означает, что их наличие не позволит снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний. Именно этой категории людей необходимо обратить пристальное внимание на свой образ жизни с целью воздействия на устранимые факторы риска. Устранимые факторы риска связаны с выбором нами образа жизни. Наиболее важными факторами, связанными с образом жизни являются: курение; неправильное питание; отсутствие физической активности. Неправильный выбор образа жизни может привести к трем серьезным проблемам физического здоровья: повышенное кровяное давление (артериальная гипертензия); повышенное содержание сахара (сахарный диабет); повышенное содержание жира в крови (гиперлипидемия).

Курение. В табачном дыме содержится большое количество веществ, наносящих вред вашим легким, кровеносным сосудам и сердцу. Они заменяют кислород в крови, требующийся сердцу и головному мозгу для функционирования. Курение в значительной

степени повышает вероятность возникновения инфаркта или инсульта. Столь же вредно и пассивное курение. Средняя продолжительность жизни курящего человека на 12 лет меньше, чем у некурящего. У женщин риск инфаркта и инсульта увеличен даже при выкуривании 1–4 сигарет в день. Курение повышает риск тяжелого течения ревматоидного артрита.

Неправильное питание. Неправильное питание связано с: избыточным количеством калорий; чрезмерным потреблением жира, сахара или соли; недостаточным употреблением фруктов и овощей. Если вы потребляете много пищи и недостаточно активны для ее сжигания, вы будете набирать вес. Избыточная масса тела может привести к возникновению диабета, повышенного кровяного давления и повышенному содержанию жира в крови.

Отсутствие физической активности. При гиподинамии не происходит полного расщепления жиров и холестерина. Эти вещества накапливаются в организме, создавая благоприятные условия для их отложения в стенках артерий, что способствует развитию и дальнейшему прогрессированию атеросклероза. У людей, ведущих малоподвижный образ жизни, инфаркт миокарда встречается в 2 раза чаще, чем у физически активных лиц.

Избыточная масса тела и ожирение.

Избыточный вес способствует увеличению нагрузки на сердце, повышает АД, холестерин и триглицериды в крови, увеличивает риск развития сахарного диабета. При сочетании артериальной гипертензии и избыточной массы тела, риск развития сахарного диабета возрастает в 3-6 раз, многократно увеличивается скорость поражения сосудов атеросклерозом. Более «вредным» и опасным для здоровья считается абдоминальное ожирение, когда жир откладывается преимущественно в области талии. Кроме того, у пациентов с ожирением труднее достичь ремиссии ревматоидного артрита. Частота абдоминального ожирения у больных ревматоидным артритом достигает 55%. Как понять, что у Вас избыточный вес? Во-первых, можно проверить свой вес, рассчитав индекс массы тела. Индекс массы тела = вес (кг)/рост (м²). Для женщин нормальный индекс массы тела составляет 18,5 –24,5 кг/м², для мужчин - от 20 до 25 кг/м². Во-вторых, нужно взять обычную сантиметровую ленту и измерить окружность талии на уровне пупка. Абдоминальный тип ожирения можно распознать по окружности талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин.

Повышенное кровяное давление (артериальная гипертензия). Артериальная гипертензия впервые может быть выявлена в любом возрасте, включая детей и подростков. Каждый 4-ый

гипертоник узнает о своем заболевании, уже перенеся грозные осложнения – инфаркт миокарда и инсульт. Распространенность артериальной гипертензии у больных ревматоидным артритом составляет около 60%. Если кровяное давление повышено, сердце работает более интенсивно, чем следует; со временем это вызовет его ослабление. **Запомните! Нормой артериального давления (АД)** является цифра меньше 140/90 мм.рт.ст. Регулярно измеряйте свое АД, даже если ничего не беспокоит, так как повышенное давление может себя до поры до времени ничем не проявлять, а приводит к поражению сосудов, сердца, мозга, почек. Чтобы избежать повышенного кровяного давления вам необходимо сохранять физическую активность, поддерживать нормальный вес и соблюдать правильный рацион питания. Правильный рацион питания включает большое количество фруктов и овощей. Чем больше Вы употребляете соли, тем выше АД. Натрий накапливается в стенке сосудов и способствует спазму (сужению). Соль задерживает жидкость. Если вы внесете все эти изменения в свой образ жизни, но по-прежнему не сможете понизить свое кровяное давление, то необходимо принимать лекарственные средства, снижающие АД. Назначить препараты, понижающие давление может только врач. На приеме врача не забудьте спросить – помимо тех средств, которые вам нужно применять ежедневно,

какие таблетки нужно выпить, если внезапно повысилось давление. Знайте! Лечиться придется долго, пожизненно! При отмене лекарств возможен синдром отмены и резкий подъем АД (криз).

Гиперлипидемия. Холестерин является обязательным компонентом всех клеточных стенок, то есть теми кирпичиками, из которых состоит оболочка любой клетки организма. Он жизненно необходим человеку. В норме уровень общего холестерина плазмы крови варьируется от 3,5 до 4,5 ммоль/л. Когда жиров в крови слишком много, они вызывают накопление жировых отложений в артериях, что ведет к возникновению атеросклероза и значительно повышает риск инфарктов и инсультов. Нарушения липидного обмена встречаются у 70-80% больных ревматоидным артритом. Нужно знать не только уровень общего холестерина, важно определить еще и соотношение его составляющих—липопротеидов. Липопротеиды - это водорастворимые частицы, представляющие собой комплекс жиров и белков. Они обеспечивают транспорт липидов в кровеносном русле и доставку их в различные органы и ткани. Существуют липопротеиды низкой и высокой плотности. Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) считаются атерогенными. Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), наоборот, являются «полезными» и замедляют прогрессирование атеросклероза. Следующий ингредиент жиров крови -

триглицериды. Даже при нормальных уровнях всех видов холестерина, но высоком уровне триглицеридов возможно развитие инфаркта. Содержание триглицеридов в крови увеличивается при сахарном диабете, ожирении и пристрастии к жирной пище. **Запомните нормы содержания холестерина и его составляющих в крови:** Общий холестерин < 5,0 ммоль/л, ЛПНП < 3,0 ммоль/л, ЛПВП > 1,0 ммоль/л (мужчины), > 1,2 ммоль/л (женщины), Триглицериды < 1,7 ммоль/л. Если показатели выходят за эти границы, то риск прогрессирования атеросклероза возрастает. Если у вас повышенные уровни холестерина или триглицеридов в крови, вам необходимо потреблять меньше жиров, сохранять физическую активность и контролировать свой вес. Если эти меры недостаточны, вам могут также потребоваться лекарственные средства для понижения содержания жира в крови.

Сахарный диабет. Помимо нарушений жирового обмена к факторам риска инфаркта и инсульта относят и нарушение углеводного обмена. Это, в первую очередь, сахарный диабет, но не только он один. Гораздо чаще у больных ревматоидным артритом отмечается скрытая форма нарушения углеводного обмена - нарушение усвоения глюкозы тканями и органами. Поэтому больным ревматоидным артритом необходимо не только регулярно проверять сахар крови, но ежегодно проходить несложное исследование

- тест толерантности к глюкозе и анализ крови на гликированный гемоглобин. Лечение диабета предусматривает изменение вашего питания и образа жизни. Иногда требуются лекарственные средства для понижения содержания сахара в крови.

Алкоголь. Алкоголь увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний, неблагоприятно влияя на уровень АД, триглицеридов крови, вес. Риск развития инсульта в 4 раза выше у лиц, употребляющих более 50 мл алкоголя в день.

Хронический стресс. Ощущение одиночества или волнения в течение длительного времени может сочетаться с другими факторами риска, что повышает вероятность возникновения у человека инфаркта или инсульта.

Сочетание факторов риска. Если у человека имеется сочетание факторов риска, например, повышение АД, содержания сахара и жира в крови, то значительно возрастает риск инфарктов и инсультов. Чем больше факторов риска, тем выше вероятность инфаркта и инсульта.

Аритмичное сердечное сокращение (мерцательная аритмия). При аритмичном сердечном сокращении сердце не сокращается так интенсивно, как следует. Это может привести к накоплению крови в

сердце и появлению сгустков (тромбов). Тромбы могут попасть в головной мозг и застрять в узкой артерии головного мозга, вызвав закупорку кровотока. До 20% случаев инсульта могут быть вызваны мерцательной аритмией. Многие люди не знают, что у них аритмичные сердечные сокращения. Если вы обеспокоены этим, ваш врач может легко проверить это, прослушав ваше сердцебиение. В случае необходимости ваш врач может назначить электрокардиограмму. Если у вас аритмичное сердечное сокращение, то лекарственные препараты могут значительно сократить риск возникновения инсультов.

Контроль активности ревматоидного артрита.

Важную роль в развитии инфаркта и инсульта при ревматоидном артрите играют не только перечисленным традиционным факторам риска, но и хроническому ревматоидному воспалению. Поэтому эффективная противовоспалительная терапия – основа профилактики инфаркта и инсульта при ревматоидном артрите. В тоже время пациент должен обсудить с ревматологом положительные и отрицательные эффекты антиревматической терапии. Так, метотрексат, являясь золотым стандартом лечения ревматоидного артрита, приводит к значительному снижению смертности от сердечных катастроф. Применение лефлуномида (аравы) также снижает вероятность

развития сердечно-сосудистых осложнений, но при регулярном приеме аравы необходимо тщательно контролировать АД. При регулярном приеме глюкокортикоидов требуется тщательный контроль АД, уровня глюкозы крови, по возможности необходимо минимизировать дозу и длительность их приема.

Как избежать инфаркта и инсульта.

Начните с выбора здорового образа жизни.

- Если вы курите или иным образом употребляете табак, бросьте это. Избегайте вдыхания дыма от сигарет других людей. При отказе от курения риск внезапной смерти и инфаркта миокарда снижается на 40-50%. Если бросить курить после инфаркта миокарда риск повторного инфаркта в 10 раз ниже. У бросивших курить риск инсульта сразу же начинает снижаться и уже через 5 лет становится таким же, как у некурящих.

- Проводите 30 минут в день, занимаясь какой-либо активной физической деятельностью, такой как прогулки, работа в саду или работа по дому. Физическая активность понижает риск возникновения инфарктов и инсультов посредством: способствования сжиганию организмом сахара и жира и сохранению нормального веса тела; понижения кровяного давления; повышения уровня содержания кислорода в организме; сокращения стресса; укрепления сердечной мышцы и

костей; улучшения кровообращения и мышечного тонуса. Комплекс упражнений и уровень нагрузки следует обсудить с лечащим врачом.

- Ежедневно пять раз в день потребляйте фрукты и овощи. Фрукты и овощи содержат вещества, способствующие предупреждению инфарктов и инсультов. Они предохраняют кровеносные сосуды, ткань сердца и головного мозга. Вам следует есть свежие фрукты или овощи, по меньшей мере 400-500 грамм ежедневно. Какое количество составляет одна порция? Один среднего размера банан, яблоко или апельсин составляет порцию фруктов. Две столовые ложки приготовленных овощей или один большой помидор составляют порцию овощей.

- Ограничьте содержание соли, жира и сахара в вашем рационе питания. Многие консервированные продукты, такие как соленья и соленая рыба, содержат много соли. Кроме того, быстро приготовляемая пища, такая как картофель фри, часто содержит много дополнительной соли. Старайтесь не добавлять соль в свою пищу. Полезный совет – ежедневно потреблять менее одной чайной ложки (5 грамм) соли. При ограничении соли можно снизить вес на 4 кг в неделю, при этом АД снижается на 8 мм рт ст. Используйте лишь небольшое количество масла при приготовлении пищи. Вместо того, чтобы жарить пищу на сковороде,

запекайте ее, готовьте на пару или пользуйтесь микроволновой печью. Перед приготовлением мяса снимите с него жир и пленку. Потребляйте больше клетчатки. Клетчатка предохраняет от инфарктов и инсультов. Источниками клетчатки служат фасоль, бобы, чечевица, горох, овсяная крупа, фрукты и овощи. Ешьте жирную рыбу не менее двух раз в неделю. Рыбные жиры содержат «полезные» жиры, называемые жирными кислотами омега-3. Они предохраняют людей от инфарктов и инсультов путем предотвращения образования сгустков крови. Одна порция рыбы по объему приблизительно равна колоде игральных карт.

- Раз в год обращайтесь к своему врачу для проверки своего веса, кровяного давления, содержания жира и сахара в крови.

- Четко следуйте указаниям ревматолога, чтобы достичь ремиссии ревматоидного артрита.

