

**ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ**

---

# **РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ**

**Москва  
2014**

**Оформление серии И. Голыженкова  
Рисунки Н. Якунина**

**Каратеев Д.Е.**

Ревматоидный артрит. – М., 2014.

© НП «РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ», 2014

**В соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»**

Информация о рецептурных лекарственных средствах, представленная в данном буклете, предназначена для специалистов в области здравоохранения и медицины и не является рекламой.

Представленная информация о лекарственных средствах не может быть использована пациентами для принятия решения о приобретении или использовании лекарств, изменении режима и способа их применения, не может рассматриваться как рекомендация пациентам по диагностике и лечению каких-либо заболеваний и не может служить заменой консультации с врачом. Точка зрения, изложенная в представленных материалах, может не отражать официальную точку зрения уполномоченных государственных органов и не совпадать с мнением компаний – производителей лекарственных средств и другой медицинской продукции (если прямо не указано обратное).

Издатели и авторы не несут ответственности за возможные негативные последствия использования данной информации потребителями, не являющимися специалистами, и настоятельно советуют читателям тщательно проверять любую информацию и не применять на практике полученные сведения без предварительной консультации с врачом.

Упоминание в буклете лекарственных средств, способов их применения и методов диагностики не означает, что издатели и авторы рекомендуют их или отдают им предпочтение.

# Зачем мы написали эту книгу

Ревматоидным артритом в России болеет примерно 300 тысяч человек. Это серьезное заболевание, если его не лечить, пациент может стать инвалидом и потерять возможность двигаться и обслуживать себя. Но если вовремя поставить диагноз и назначить современное лечение, то болезнь можно контролировать. Люди с таким диагнозом могут жить совершенно нормальной жизнью, работать, завести семью, рожать детей. Но все это возможно только при правильном лечении. А с этим в России все еще большие проблемы.

В нашей стране система здравоохранения не всегда может предложить качественное и бесплатное лечение. Не всегда врачи на местах могут правильно и вовремя поставить диагноз. Иногда очереди на бесплатную помощь растягиваются так сильно, что драгоценное время уходит и болезнь прогрессирует. Зачастую пациенты не знают о том, что лечат их по устаревшим стандартам, тогда как современные препараты могли бы им гораздо лучше помочь.

Во время лечения у пациентов и их близких всегда возникает масса вопросов. Ревматоидный артрит – это болезнь, которая меняет жизнь очень сильно.

Эта книга написана ведущим специалистом по лечению ревматоидного артрита, доктором медицинских наук Д.Е. Каратеевым при поддержке Некоммерческого партнерства по содействию в продвижении социальных программ в области здравоохранения «Равное право на жизнь» и Ассоциации ревматологических пациентов «Надежда». В этой книге мы постарались ответить на самые частые и важные вопросы о том, как победить болезнь. Надеемся, книга будет вам полезна.

---

## СОДЕРЖАНИЕ

### I глава

Стр. 6

#### Что это за болезнь

Симптомы ревматоидного артрита

Почему развивается артрит?

Можно ли было предотвратить болезнь?

Основные иммунные механизмы развития ревматоидного артрита

### II глава

Стр. 16

#### Диагностика

Как врач ставит диагноз ревматоидный артрит?

Что надо сделать, чтобы не потерять время?

Какие методы исследования применяются при ревматоидном артрите и зачем?

### III глава

Стр. 22

#### Лечение

Как мы можем повлиять на воспалительный процесс: обзор методов лечения

#### Медикаментозное лечение

Основные принципы лекарственной терапии

Как врач контролирует процесс лечения? Что такое ремиссия?

Стратегия лечения. Взаимоотношения врача и пациента

Препараты, применяющиеся для лечения ревматоидного артрита

Как избежать нежелательных реакций?

Можно ли отменить лечение?

---

---

## СОДЕРЖАНИЕ

### Нелекарственная терапия и реабилитация

Лечебная физкультура и трудотерапия

Физиотерапия и бальнеотерапия

Хирургическое лечение

Ортезирование

Стр. 39

### IV глава

#### РА и Беременность

Как планировать и вести беременность?

Будут ли обострения?

Принимать ли лекарства?

Стр. 42

### V глава

#### Юридические советы

Диагностика и госпитализация

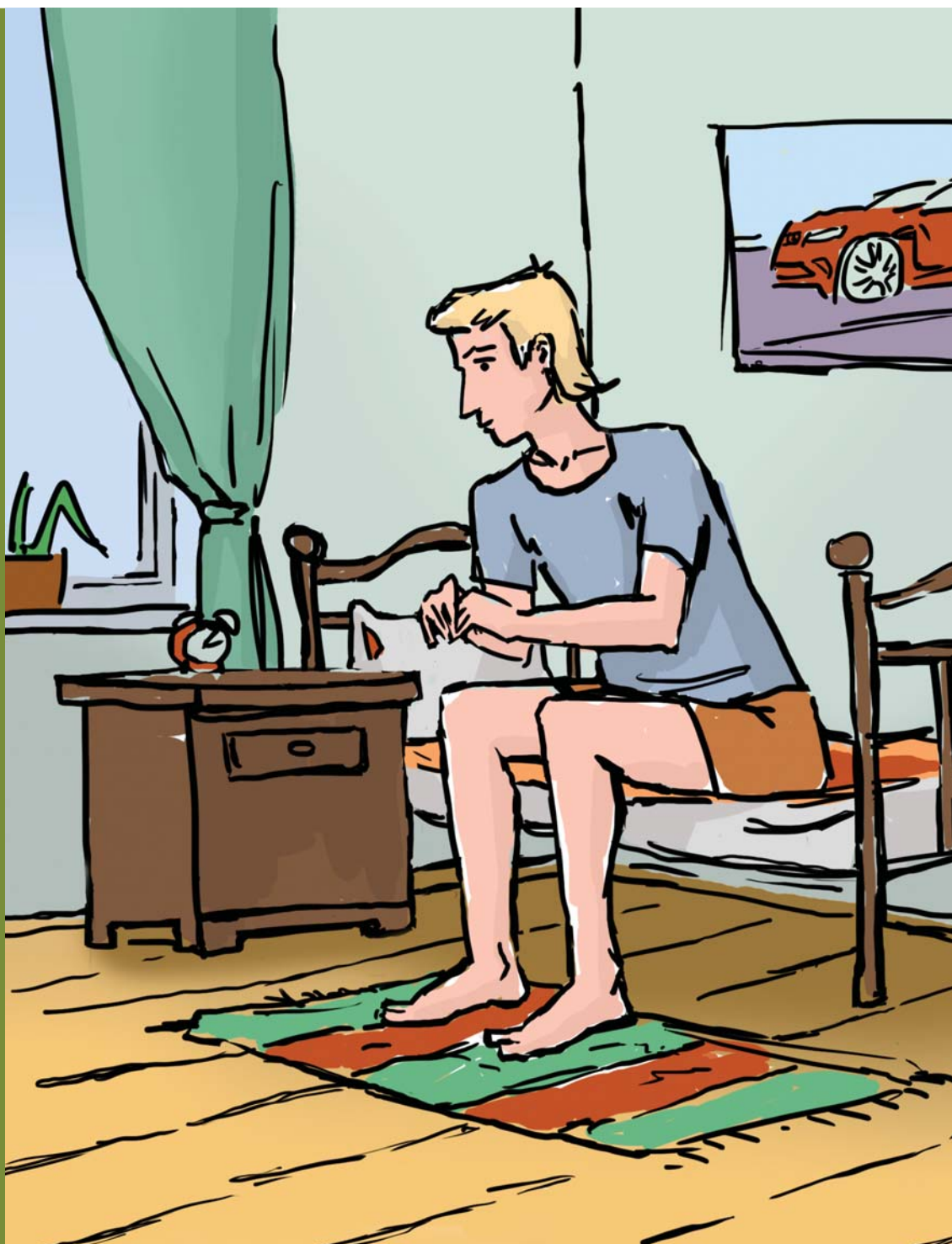
Получение инвалидности

Льготные препараты

Стр. 50

### VI глава

#### Психологическая помощь



# Что это за болезнь?

**Симптомы ревматоидного артрита. Отчего развивается артрит? Можно ли было предотвратить болезнь? Основные иммунные механизмы развития ревматоидного артрита.**

Ревматоидный артрит (РА) – это хроническое воспалительное заболевание всего организма, главным проявлением которого является артрит (воспаление суставов). Это частое заболевание, встречается во всех странах и среди всех народов мира примерно у 1% от общей численности населения. РА развивается в любом возрасте, но чаще всего в период 45–60 лет. Болезнь, аналогичная РА, может развиваться у детей, в этом случае она называется ювенильный идиопатический артрит. Женщины заболевают РА примерно в три раза чаще, чем мужчины.

РА относится к группе иммуновоспалительных заболеваний, и его надо отличать от невоспалительных болезней суставов – различных вариантов артроза (остеоартроза). Зачастую путают разные термины, называя артритом вообще все болезни суставов. Причина этой терминологической путаницы в том, что в литературе на английском языке термин «артрит» на самом деле имеет очень широкое значение. На русском языке терминология ближе к оригинальной латинской и более четко определена: артрит – это болезнь сустава, в основе которой лежит воспаление. А те болезни, при которых поражение суставного хряща происходит из-за возрастных изменений, травм и прочего – это остеоартроз.

РА – это именно артрит, воспаление при нем составляет сущность болезни. Он сразу переходит в хронический процесс – то есть, раз начавшись, РА не проходит сам по себе. Изредка воспаление при РА временно ослабевает даже без лечения, что создает иллюзию излечения, но через какое-то время снова наступает обострение. У подавляющего большинства пациентов болезнь протекает с постоянным воспалением, стойкой болью и скованностью движений в суставах, постепенно захватывает новые суставы.

## Симптомы ревматоидного артрита

Главный симптом РА – это воспаление в различных суставах, в первую очередь суставах пальцев кистей. Вообще при РА могут поражаться абсолютно любые суставы, но наиболее типично поражение следующих суставов (*рис. 1*): пястнофаланговых (у основания пальцев кисти), проксимальных межфаланговых (по центру пальцев кисти), лучезапястных и межзапястных. Также часто поражаются суставы стоп, особенно плюснефаланговые (у основания пальцев стопы (*рис. 2*)). Наоборот, не характерно для РА (но у некоторых пациентов все-таки встречается) поражение дистальных межфаланговых суставов кистей (у кончиков пальцев) и межфаланговых суставов стоп.

При РА также могут поражаться и другие суставы: плечевые, локтевые, коленные, голеностопные, тазобедренные, суставы нижней челюсти, суставы шейного отдела позвоночника и даже суставы гортани. При этом заболевании воспаляется сразу много суставов, причем происходит это симметрично.

Воспаление при РА сопровождается болью, припухлостью (увеличением объема мягких тканей) в области сустава, ограничением подвижности в пораженных суставах. В отличие от поражений суставов невоспалительного характера для РА типично появление боли не только при движениях, но и в покое. Движения же могут, наоборот, приносить некоторое облегчение.

Так формируется один из важных симптомов РА – утренняя скованность. Он состоит в том, что боль в суставах и тугоподвижность в них сильнее всего сразу после ночного сна, когда человек долго не двигался. И когда он встает с постели, боли постепенно уменьшаются. Пациенты в состоянии утренней скованности вынуждены долго расхаживаться, разминать суставы, для того чтобы более или менее нормально двигаться. Обычно утренняя скованность проходит (или заметно уменьшается) в течение одного-двух часов.



ХАРАКТЕРНОЕ И НЕХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ РА ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ  
(КРАСНЫМ ВЫДЕЛЕНЫ СУСТАВЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РА)

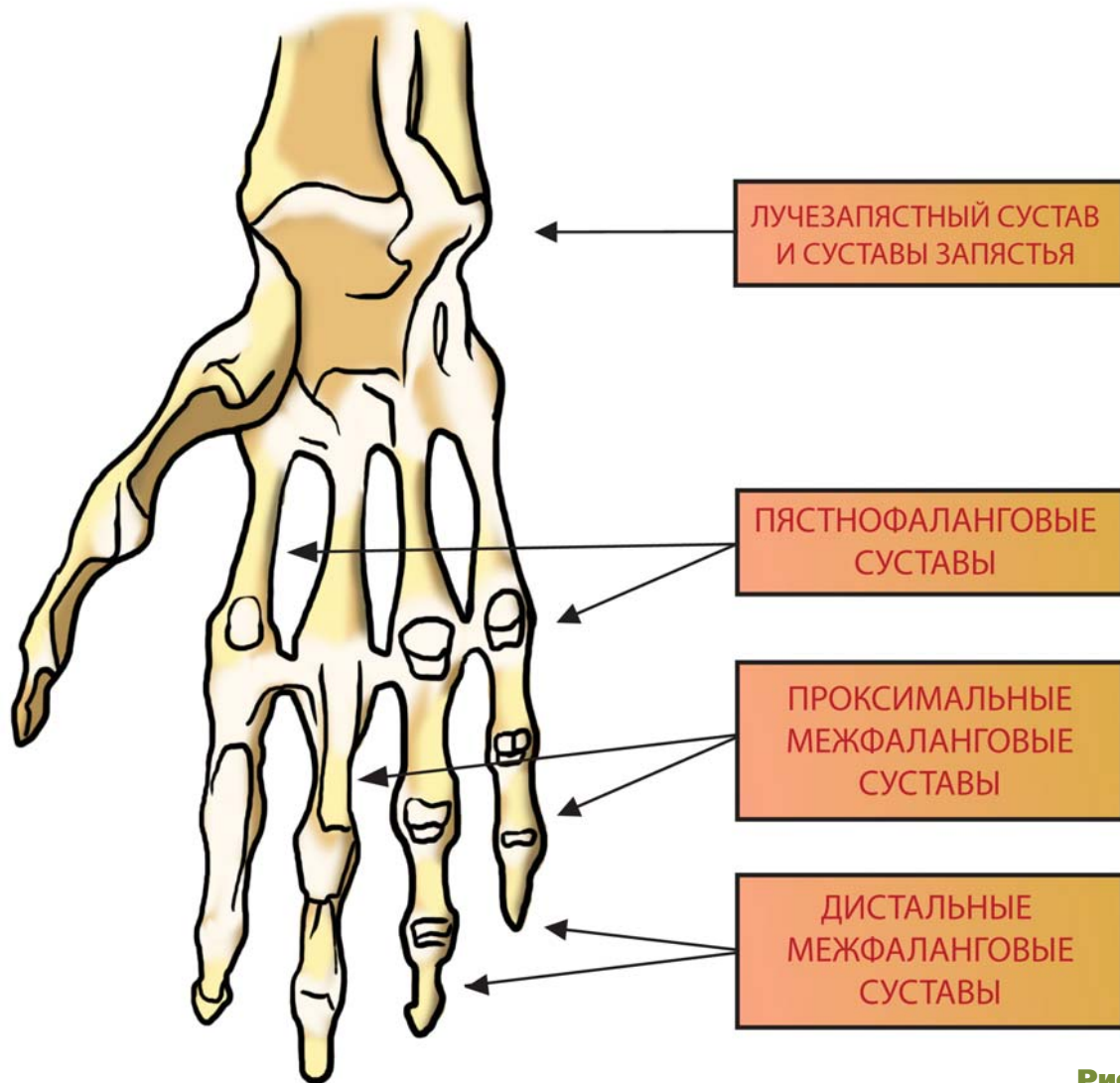


Рис. 1

Хочется еще раз подчеркнуть, что РА – это заболевание всего организма, а не только суставов, как говорят врачи – это системное заболевание. Системность воспалительного процесса у многих пациентов проявляется общими симптомами: повышением температуры тела, слабостью, потливостью, похудением. Могут увеличиваться лимфоузлы, развивается анемия. У некоторых больных образуются безболезненные подкожные очаги воспаления – ревматоидные узелки. Реже встречаются тяжелые системные проявления болезни – воспаление мелких сосудов (васкулит) кожи, которое 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. Больные с трудом могут двигать пальцами рук, испытывают затруднения при одевании (застегивании пуговиц, завязывании шнурков и т.д.). Из-за деформации пальцев на ногах и стоп пациентам трудно подобрать себе обувь. Развиваются тяжелое плоскостопие и хромота. Если имеет место стойкое воспаление в крупных суставах (коленных, тазобедренных и др.), их деформация с разрушением костной ткани (некроз) может быстро приводить к тому, что человек не сможет передвигаться без трости и даже костылей. Длительно текущий воспалительный процесс может приводить к полному зарастанию сустава (анкилоз). Могут также поражаться околоуставные ткани, что ведет к ограничению подвижности (контрактура), в некоторых случаях – к разрыву сухожилий. Все эти

повреждения сопровождаются нарушениями движений в суставах вплоть до полной неподвижности.

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 к развитию почечной

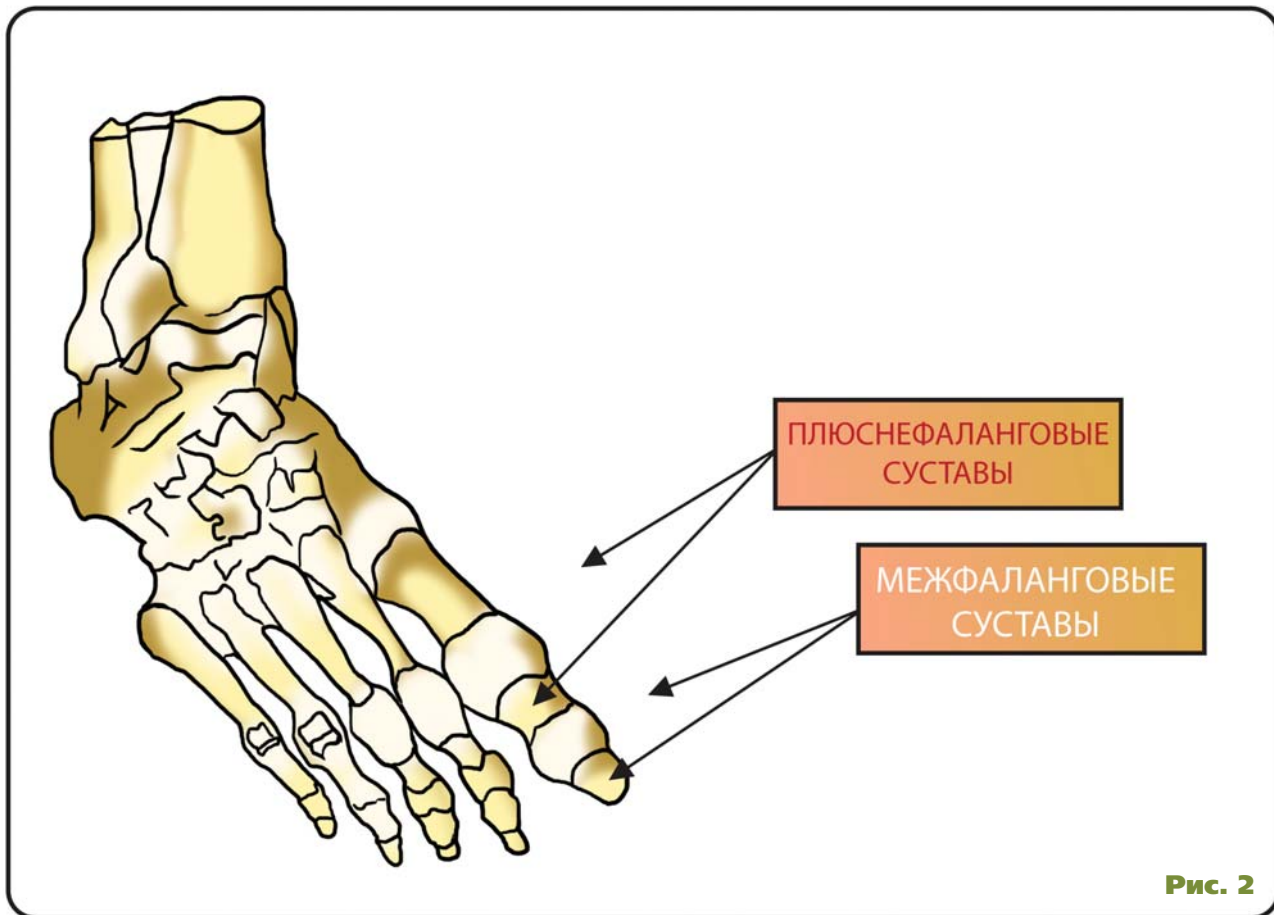


Рис. 2

недостаточности, что является опасным для жизни осложнением. К счастью, амилоидоз развивается далеко не у каждого пациента, но при отсутствии правильного лечения представляет собой реальную угрозу.

Кроме того, хроническое системное воспаление при РА по своим механизмам связано с развитием атеросклероза сосудов и артериальной гипертонией. По статистике у пациентов с 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.

## От чего развивается артрит?

Этот вопрос пациенты задают очень часто. Но какой-то одной, конкретной причины не выявлено.

**В течение многих лет ученые проводили (и проводят до сих пор) поиски такого «этиологического фактора» – бактерии, вируса или гена. В результате было обнаружено несколько факторов, каждый из которых играет определенную роль в предрасположенности к болезни, но не объясняет однозначно ее появление.**

У значительной части пациентов болезнь появляется после перенесенных инфекций, чаще всего носоглоточных, но конкретный микроб, способствующий развитию РА, так и не был определен.

Было обнаружено, что некоторые варианты генов, отвечающих за совместимость тканей человека и связанных с формированием иммунного ответа, чаще встречаются у заболевших РА. Это же время у 30–40%

пациентов этого фактора нет. Болезнь не передается по наследству, по крайней мере напрямую.

Было выявлено, что курение существенно повышает риск развития РА, однако он поражает также и некурящих.

Связь с женским полом очевидна, но конкретные механизмы этого пока не полностью раскрыты.

Было показано, что характерные для РА иммунные нарушения в крови могут появляться задолго до первых проявлений болезни, однако далеко не у каждого пациента.

В связи с этим в последние годы наиболее распространена точка зрения, что РА развивается в результате комплекса причин. Это так называемое полиэтиологическое заболевание, в развитии которого у конкретного больного участвуют как генетические, так и многие факторы внешней среды.

### Можно ли было предотвратить болезнь?

Поскольку мы не знаем достоверно какой-то конкретной причины РА, профилактика болезни в настоящее время сводится к рекомендациям общего характера: отказ от курения, соблюдение правильного режима труда и отдыха, профилактика носоглоточных инфекций.

### Основные иммунные механизмы развития ревматоидного артрита

В основе воспаления при РА лежит неправильная работа иммунной системы. Клетки иммунной системы активируются, как если бы в организме появилось нечто чужеродное и опасное, и начинают вырабатывать вещества, вызывающие воспалительную реакцию и изменение работы

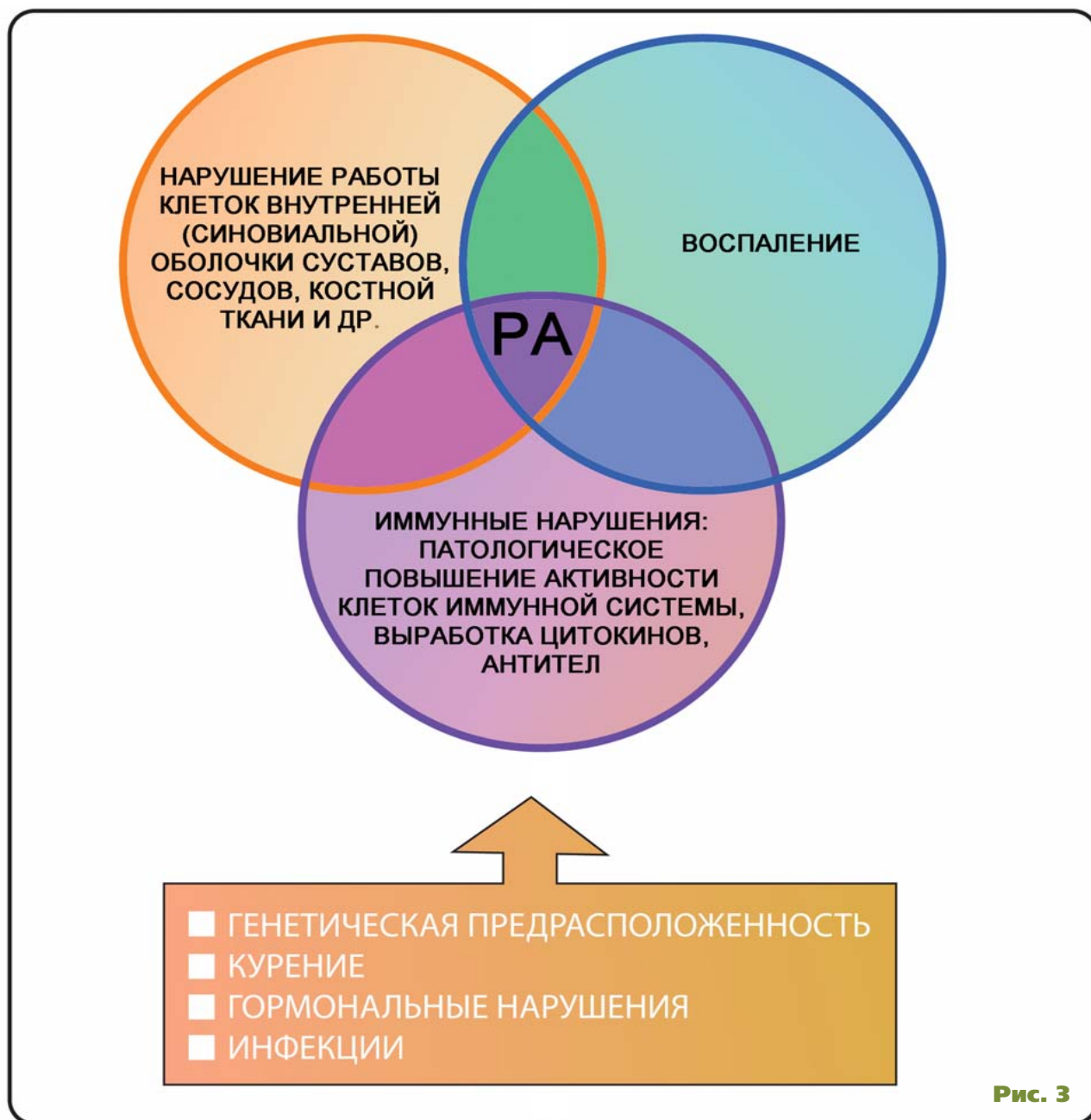


Рис. 3

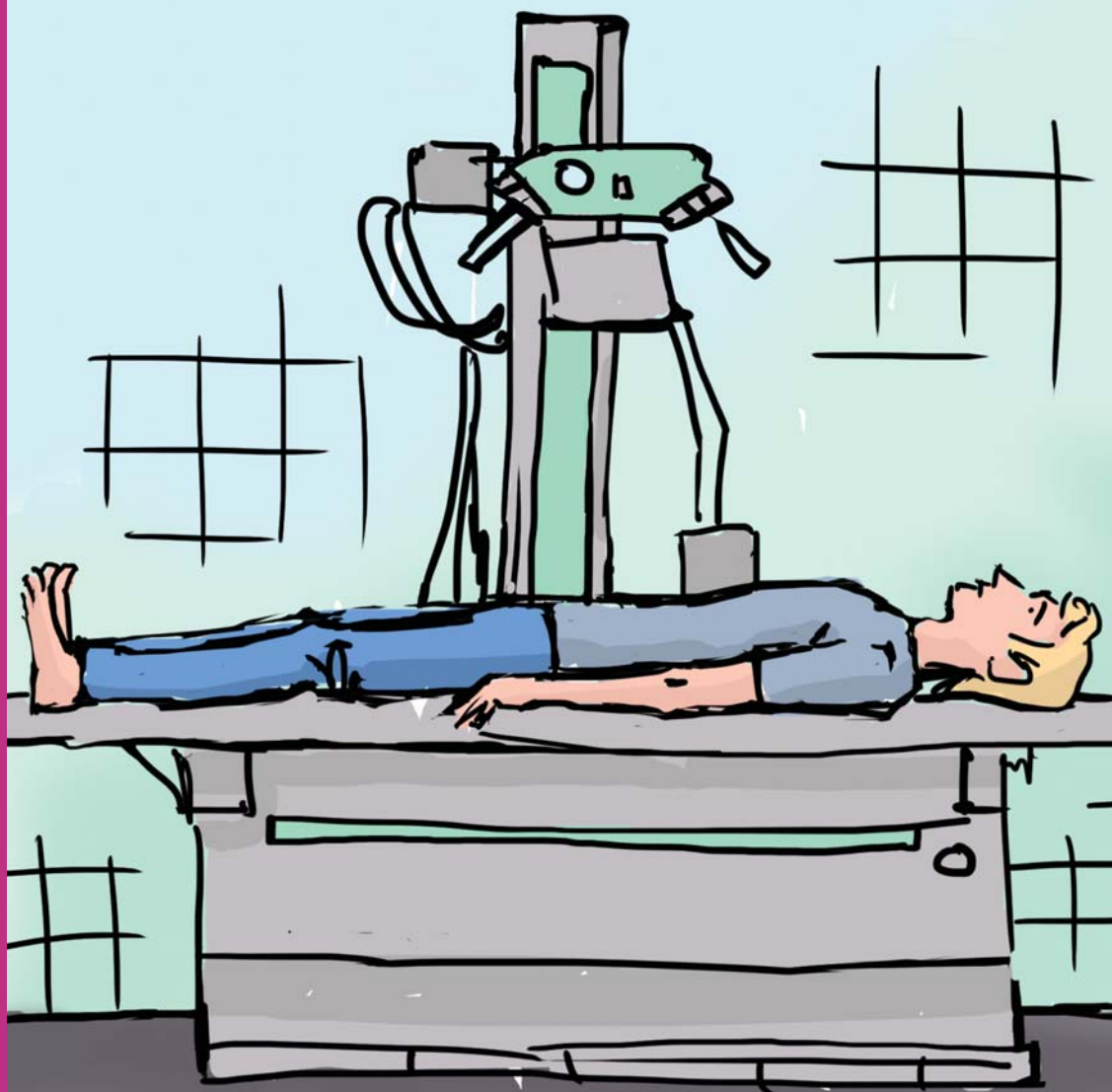
клеток оболочки сустава, внутренней выстилки сосудов, костной ткани и др. В результате формируется самоподдерживающийся постоянно текущий воспалительный процесс (рис. 3).

Как видно, при РА толчком для развития хронического воспаления является активная работа иммунной системы. В дальнейшем активированные иммунные клетки постоянно вырабатывают специальные регуляторные белки – противовоспалительные цитокины – которые поддерживают воспаление и способствуют разрушению тканей.

**Очень важно понять, что воспаление при РА является следствием именно избыточной, слишком активной (хотя и неправильной) работы иммунной системы. Никакого ослабления иммунитета при РА не наблюдается, активность иммунных клеток повышена, имеет место активная выработка антител (защитных белков).**

В определенном смысле (хотя и с некоторыми оговорками) 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.





# Диагностика

**Как врач ставит диагноз ревматоидный артрит? Что надо сделать, чтобы не потерять время? Какие методы исследования применяются при ревматоидном артрите и зачем?**

Ключевым моментом при диагностике РА является ее своевременность. РА гораздо проще поддается терапии на ранней стадии, чем когда уже имеются далеко зашедшие изменения и осложнения. Согласно современным рекомендациям, диагноз должен быть установлен (или отвергнут) не позднее шести месяцев (лучше трех) от появления первых симптомов.

Казалось бы, три-шесть месяцев – это значительный срок, в который нетрудно уложиться. К сожалению, для этого существует ряд объективных и субъективных препятствий.

Во-первых, РА начинается по-разному у разных пациентов. Только у 40–50% больных с самого начала имеется типичная картина болезни с множественным симметричным воспалением в суставах и длительной утренней скованностью. У остальных пациентов заболевание может развиваться медленно, с поражения одного-двух суставов, или с суставной боли при отсутствии внешних признаков воспаления либо протекать в виде отдельных эпизодов артрита, проходящих самостоятельно. Иногда болезнь дебютирует с общих явлений (повышение температуры и т.п.) без определенного поражения суставов. Во многих случаях требуется проведение дифференциальной диагностики, то есть выбора между несколькими заболеваниями, которые могут быть у пациента.

Во-вторых, в случаях постепенного начала болезни пациенты нередко слишком оптимистично оценивают свое состояние, рассчитывают на то, что «само пройдет», занимаются самолечением, на что уходят драгоценные недели и месяцы.

В-третьих, врачи общей практики (терапевты, хирурги), к которым первично приходят на прием пациенты, зачастую недостаточно ориентированы в диагностике ревматических болезней, чтобы быстро поставить правильный диагноз, а специалисты-ревматологи, к сожалению, есть далеко не в каждой поликлинике.

Поэтому очень важен деловой и активный настрой самого пациента, который много значит для своевременной диагностики.

*Что надо сделать, чтобы не потерять время?*

**Необходимо как можно раньше обратиться к врачу, лучше к специалисту-ревматологу, в случае подозрения на артрит. Поскольку РА – по статистике самое частое воспалительное заболевание суставов, его и надо подозревать в первую очередь, если появляются 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).**

Для подозрения на РА хорошо подходят предложенные еще в 2002 году Европейской антиревматической лигой (EULAR) критерии. Они разработаны для врачей общей практики, но вполне могут быть использованы и самими пациентами. Это:

1) припухлость суставов (определенное подозрение – припухлость трех и более суставов, но по современным представлениям достаточно и одного);

- 2) утренняя скованность длительностью 30 минут и более;
- 3) положительный симптом сжатия кистей и/или стоп. Этот тест очень прост. Необходимо сжать своей рукой по очереди правые и левые кисти и стопы с боков (как при рукопожатии). Если при этом в сжатой конечности возникает боль, тест считается положительным.

## Как врач ставит диагноз ревматоидный артрит?

Поскольку, как уже отмечалось, картина болезни у многих пациентов поначалу может быть неопределенной, врачи-ревматологи пользуются специально разработанными международными критериями. Последний вариант критериев диагноза РА был опубликован в 2010 году.

Согласно этим критериям, сначала врач путем осмотра и пальпации (ощупывания) должен определить, что у больного имеется хотя бы один достоверно припухший сустав. Если это так, врач по определенной системе (в баллах) детально оценивает следующие признаки:

- количество и локализацию пораженных суставов;
- наличие лабораторных параметров, которые характеризуют иммунные нарушения и активность воспаления;
- стойкость и продолжительность симптоматики.

После этого врач получит возможность подтвердить, есть ли у пациента РА или нет. 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 один-три месяца получить подтверждение диагноза (или, наоборот, убедиться в отсутствии болезни).

## Какие методы исследования применяются при ревматоидном артрите и зачем?

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 одного раза в две недели до одного раза в три 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 в начале лечения и затем отслеживается 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, 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.

Магнитно-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.



# Лечение

## Как мы можем повлиять на воспалительный процесс: обзор методов лечения. Медикаментозное лечение. Нелекарственная терапия и реабилитация.

### Как мы можем повлиять на воспалительный процесс: обзор методов лечения:

Принципиально мы можем воздействовать на болезнь на трех уровнях.

1. Нормализация работы иммунной системы. Как уже было сказано, на практике это означает подавление избыточно активной работы иммунных клеток (в научной литературе это называется латинским термином «иммуносупрессия»). Иммуносупрессия – это самый эффективный способ воздействия на воспаление при РА, поскольку влияет на глубокие иммунные механизмы его развития и может вызывать стойкий положительный эффект. Так действуют базисные противовоспалительные препараты (БПВП), генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) и, в определенной степени, глюкокортикоидные гормоны (ГК).
2. Подавление собственно воспалительной реакции организма. Активированные иммунные клетки с помощью регуляторных белков-цитокинов стимулируют выработку веществ, вызывающих те изменения, которые мы называем общим термином «воспаление» – расширение мелких сосудов, развитие отека тканей, боль и т.д. Подавление воспалительной реакции приводит к быстрому уменьшению симптомов артрита, но эти симптомы тут же возвращаются, как только перестает действовать лекарство. Так работают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Они уменьшают симптомы, но не могут остановить болезненный процесс, поэтому, несмотря на уменьшение боли и припухлости в суставах, может наблюдаться прогрессирование их деформации.
3. Компенсация нанесенных болезнью повреждений. Как уже говорилось, длительно текущий РА может приводить к значительным разрушениям в суставах и околосуставных тканях. Эти изменения являются

стойкими и сохраняются после стихания воспалительного процесса. К сожалению, лекарств, которые были бы способны в достаточной степени восстановить разрушенные ткани, не существует. Поэтому в таких случаях главную роль играют хирургические и нехирургические методы реабилитации.

## Медикаментозное лечение

Лекарственные препараты – основа лечения РА. Все остальные (немедикаментозные) методы лечения являются дополнительными (хотя и во многих случаях очень важными).

**Это объясняется просто: лекарства действуют на воспаление в целом, на весь организм, а немедикаментозные методы – либо на конкретные суставы, либо на конкретные проявления болезни (боль, нарушение подвижности и т.д.).**

Поэтому именно медикаментозное лечение способно контролировать течение РА или даже полностью остановить развитие болезни.

Лекарственная терапия обладает важнейшим качеством: ее эффективность строго доказана. Существует специальная, признанная на международном уровне, система достоверного определения лечебного эффекта лекарственных препаратов (клинические испытания), без которых новые медикаментозные средства не могут получить разрешение на применение. Поэтому лекарственная терапия является наиболее надежным способом лечения РА.



## Основные принципы лекарственной терапии

Для лечения РА используется множество лекарственных средств, которые объединяются в несколько групп (см. далее). Обычно врач назначает одновременно два-три (иногда больше) лекарственных препарата, потому что разные лекарства по-разному влияют на разные компоненты воспаления, различается скорость развития лечебного эффекта и т.д.

Поскольку РА – хроническое заболевание, пациент должен получать лекарственные препараты очень длительно, много лет, без перерывов. Пациенты часто опасаются длительного, фактически в течение всей жизни, медикаментозного лечения. В то же время, помимо РА, постоянный прием лекарств необходим при очень многих широко распространенных хронических болезнях: сахарном диабете, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, бронхиальной астме и т.д. Лекарственные средства, которыми лечат РА, при условии правильного назначения и контроля так же безопасны, как кардиологические или антидиабетические препараты. Риск нежелательных реакций на лечение (побочных эффектов), как правило, не повышается с течением времени. В любом случае этот риск значительно ниже, чем риск тяжелых осложнений самой болезни.

### **Основные принципы успешного лечения РА:**

- Немедленное начало активной терапии после установления диагноза;
- Тщательный контроль эффективности лечения;
- Изменение терапии при недостаточной эффективности.

Важнейшим правилом современного лечения РА является раннее начало активного лечения – это означает, что наиболее эффективные (иммуносупрессивные) лекарственные средства должны назначаться сразу, как только установлен диагноз. Дело в том, что чем раньше начинает подавляться иммунное воспаление, тем больше вероятность, что его причины – нарушения иммунитета – также будут подавлены и болезнь остановится.

## Как врач контролирует процесс лечения?

Контроль эффективности лечения осуществляется врачом при непосредственном участии самого больного. Существует несколько систем оценки активности болезни при РА. В России принята методика, рекомендованная EULAR, основывающаяся на подсчете индексов активности. Общепринятых индексов несколько (DAS28, SDAI, CDAI), но методики подсчета похожи. Врач оценивает по определенной методике число припухших и болезненных суставов, лабораторные показатели воспаления, а пациент оценивает состояние своего здоровья по так называемой визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (рис. 4). Врач складывает полученные значения по специальной формуле и получает индекс, комплексно представляющий активность РА. При эффективном лечении индекс должен снижаться. Если снижение недостаточное, врач должен принять решение об усилении терапии.

Конечно, такое решение принимается не автоматически, врач должен учитывать множество других параметров, которые он получает при осмотре, анализах крови, инструментальных исследованиях, а также безопасность назначения тех или иных препаратов. Кроме того, врач может предложить оценить функциональное состояние (подвижность) суставов в повседневной жизни и качество жизни с помощью специальных опросников. Это также важно и позволяет более тщательно отслеживать состояние пациента.

## Что такое ремиссия?

Ремиссия при РА – это отсутствие признаков активного воспаления. Обычно состояние ремиссии определяется с помощью индексов активности (клиническая ремиссия). Кроме того, нормализация функциональных возможностей – это функциональная ремиссия, а отсутствие ухудшения на рентгенограммах суставов – это рентгенологическая ремиссия. В идеале все эти виды ремиссии сочетаются между собой.

## ВИЗУАЛЬНАЯ АНАЛОГОВАЯ ШКАЛА



Вертикальной чертой больной отмечает точку, которая соответствует его ощущениям.

Больной определяет общее состояние здоровья (общую активность болезни) как воздействие, которое заболевание оказывает на него в целом с учетом всех имеющихся неблагоприятных факторов (включая боли, снижение трудоспособности, уменьшение возможности выполнять какие-то действия в быту и т.д.).

По оценке боли 0 шкалы означает отсутствие боли, 100 мм - нестерпимая боль.

Рис. 4

## Стратегия лечения. Взаимоотношения врача и пациента

Стратегия лечения – это свод правил оптимального назначения препаратов и контроля над состоянием больного. В настоящее время на международном уровне признается наиболее правильной стратегия лечения РА, названная «Лечение до достижения цели» (англ. – *Treat to target – T2T*). T2T включает четыре основных принципа и десять рекомендаций, разработанных ведущими мировыми экспертами по РА с участием представителей пациентских организаций Европы. Стратегия T2T адаптирована для пациентов и переведена на русский язык (табл. 1).

**Табл.1. Принципы и рекомендации стратегии  
«Лечение до достижения цели» – «Treat to target» (T2T),  
русская версия для пациентов**

<b>Общие принципы T2T для пациентов</b>	
<b>A</b>	Решения, касающиеся лечения ревматоидного артрита, должны приниматься совместно пациентом и ревматологом
<b>B</b>	Важнейшая цель лечения – обеспечить максимально долгое сохранение высокого качества жизни, связанного с состоянием здоровья. Она может быть достигнута путем: <ul style="list-style-type: none"> <li>• контроля над симптомами болезни, такими как боль, воспаление, скованность и утомляемость</li> <li>• предупреждения повреждения суставов и костей</li> <li>• восстановления нормальной функции и участия в повседневной жизнедеятельности</li> </ul>
<b>C</b>	Главный способ достижения этой цели – остановка воспаления в суставах
<b>D</b>	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
<b>Рекомендации T2T для пациентов</b>	
<b>1</b>	Первичная цель лечения РА – достижение клинической ремиссии
<b>2</b>	Клиническая ремиссия означает отсутствие значимых признаков и симптомов заболевания, вызванных воспалением
<b>3</b>	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
<b>4</b>	До тех пор пока не будет достигнута цель лечения, пересмотр лекарственной терапии должен осуществляться не реже 1 раза в 3 месяца
<b>5</b>	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)
<b>6</b>	В каждодневной клинической практике для принятия решений о лечении необходимы комплексные показатели активности заболевания, включающие обследование суставов
<b>7</b>	Кроме активности заболевания при принятии решений о лечении в клинической практике должны также учитываться поражения суставов и ограничения в повседневной жизнедеятельности
<b>8</b>	Желаемая цель лечения должна поддерживаться на протяжении всего периода заболевания
<b>9</b>	Выбор соответствующего показателя активности заболевания и цели может зависеть от конкретной ситуации: наличия других заболеваний, индивидуальных особенностей пациента и безопасности приема лекарственных препаратов
<b>10</b>	Пациент должен быть в достаточной степени информирован о цели лечения и запланированной стратегии для достижения этой цели под наблюдением ревматолога

Как видно, в стратегии T2T не говорится о конкретных видах лечения и препаратах. Речь идет именно об основных рекомендациях, на основе которых можно построить индивидуальный план лечения для каждого больного. Стратегия T2T лежит в основе современных российских и европейских рекомендаций по лечению РА.

Следует обратить внимание, что в принципах и рекомендациях T2T самому пациенту отводится очень существенная роль – он разделяет с врачом ответственность за результаты лечения. Совершенно очевидно, что при непонимании того, как проходит лечение РА, при наличии предубеждения против лекарственной терапии (которое зачастую поддерживается недостоверной информацией из немедицинских и ненаучных источников) больной очень часто неточно выполняет рекомендации врача и вообще отказывается от тех или иных препаратов. О каком успехе лечения может идти речь в таком случае?

Взаимоотношения врача и пациента могут строиться по-разному, но главное – пациент должен относиться к врачу с доверием, а врач должен приложить все усилия, чтобы пациент хорошо понял, что врач собирается сделать, чтобы обуздать болезнь. При наличии взаимного доверия и готовности сотрудничать процесс подбора терапии превращается в плодотворный диалог, а результаты лечения значительно улучшаются: доказано, что высокая приверженность к лечению – один из важных факторов его успеха.

## Препараты, применяющиеся для лечения ревматоидного артрита

**Синтетические базисные противовоспалительные препараты (БПВП)** – это самая важная группа лечебных средств для лечения РА. БПВП подавляют работу избыточно активированных иммунных клеток. Их действие развивается медленно – в течение двух-трех месяцев от начала лечения. Наиболее часто применяется препарат метотрексат (считающийся «золотым стандартом» лечения РА), реже – лефлуномид, сульфасалазин, гидроксихлорохин, еще реже – некоторые другие препараты. Согласно

современным рекомендациям, каждый больной РА должен получать метотрексат, а при невозможности его назначения – какой-либо другой БПВП. В особых случаях врач может одновременно назначить два или даже три БПВП для усиления эффекта. Использование препаратов данной группы может вызывать стойкую ремиссию.

Синтетические БПВП могут вызывать токсические реакции (обычно нетяжелые и быстро проходящие) со стороны печени, почек, костного мозга, а также несколько снижать сопротивляемость к инфекциям. Поэтому в процессе лечения обязательно контролировать общий и биохимический анализы крови. Для улучшения переносимости метотрексата назначают витамин – фолиевую кислоту.

**Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП)** – лекарственные средства, которые производятся путем биологического синтеза и представляют собой искусственно созданные белковые молекулы. Название «биологические» ни в коем случае не должно приводить к путанице и к смешиванию ГИБП с биологическими добавками!

**ГИБП – это крайне высокотехнологические лекарственные средства с мощным противовоспалительным эффектом. В России к 2014 году зарегистрированы для лечения РА восемь препаратов из группы ГИБП (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, цертолизумаба пэгол, голимумаб, ритуксимаб, тоцилизумаб и абатацепт), они различаются своей структурой и механизмами действия.**

В то же время для ГИБП характерно 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 конкретный вид иммунных клеток, ответственных за возникновение и развитие воспалительных и аутоиммунных реакций тоцилизумаб

влияет на рецепторы определенных регуляторных белков и т.д. Некоторые ГИБП обладают высоким быстродействием (эффект развивается в течение нескольких дней, а иногда и часов), другие оказывают лечебное действие за два-три месяца. Все ГИБП могут вызывать стойкую ремиссию.

### **Главные правила назначения ГИБП**

- ГИБП назначаются больным, у которых доказан недостаточный эффект синтетических БПВП при наблюдении в течение трех-шести месяцев.
- ГИБП полностью разворачивают свое действие только в сочетании с синтетическими БПВП, в первую очередь с метотрексатом. Метотрексат также улучшает переносимость ГИБП. Поэтому наиболее правильная схема применения любого из ГИБП – назначение совместно с метотрексатом. Существуют особые ситуации, когда синтетические БПВП плохо переносятся, в таких случаях врач может назначить ГИБП без синтетического БПВП.

ГИБП применяются в инъекционных формах (внутривенно или подкожно), поскольку их белковые молекулы разрушаются в желудке. В последние годы появились препараты (один из них уже зарегистрирован для лечения РА), которые, с одной стороны, являются синтетическими и могут назначаться внутрь, а с другой – похожи по механизму действия на ГИБП. Их место в терапии РА пока изучается.

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

**Глюкокортикоидные (стероидные) гормоны (ГК)** – действуют быстро и эффективно, это наиболее сильные противовоспалительные средства. К сожалению, действие ГК при РА у большинства пациентов достаточно быстро заканчивается даже при продолжении приема в прежней

дозе. Отменять же ГК приходится медленно и постепенно во избежание обострения. Кроме того, ГК часто вызывают нежелательные реакции: задержку жидкости, повышение артериального давления, повышение глюкозы в крови, остеопороз. Поэтому в настоящее время считается, что назначение ГК при РА должно проводиться только специалистом-ревматологом в малых дозах по конкретным показаниям и на как можно более короткий срок. Специальные формы ГК применяются для внутрисуставного введения, как компонент терапии вместе с другими препаратами.

**Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)** также действуют быстро. К ним относятся такие широко применяющиеся лекарства, как ацетилсалициловая кислота, диклофенак, ибупрофен, нимесулид, целекоксиб и многие другие. У НПВП в отличие от всех упомянутых препаратов имеется собственно обезболивающее действие (БПВП, ГИБП и ГК уменьшают боль в суставах за счет подавления воспаления), так что субъективно улучшение может наступать уже через час-два после приема. К сожалению, это только уменьшение проявлений болезни (боли и скованности), а противовоспалительный эффект при РА (в отличие от некоторых других заболеваний) у НПВП значительно слабее, чем у других лекарств. Поэтому НПВП применяются как симптоматические препараты, при развитии эффекта от БПВП и ГИБП они могут быть отменены.

**Многие пациенты, основываясь на быстром обезболивающем эффекте НПВП, полагают, что именно НПВП – главные лекарства для лечения РА. Кроме того, существует ложное представление, что НПВП – это безопасные препараты. И то и другое категорически неверно.**

НПВП сами по себе не способны остановить развитие РА и вызвать ремиссию, не предупреждают обострений, а лишь помогают ослабить проявления болезни. Кроме того, НПВП могут вызывать тяжелые нежелательные реакции со стороны желудка и кишечника, почек, печени и др.



## Как избежать нежелательных реакций?

Для каждой группы противоревматических препаратов и для многих отдельных препаратов разработаны методы контроля над безопасностью лечения. 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 один-три месяца), а также на периодических инструментальных исследованиях, таких как рентгенография органов грудной клетки (обычно один раз в год). Для большинства ГИБП в программу контроля входит проведение туберкулинового теста (проба Манту) или диаскин-теста один раз в шесть месяцев. Пациентам, регулярно получающим НПВП, рекомендуется проводить гастроскопию каждые 6–12 месяцев.

Выбор методов контроля обусловлен обширным врачебным опытом, который говорит о наиболее часто возникающих проблемах с переносимостью. В то же время существуют редкие и необычные побочные эффекты, появление которых очень трудно предусмотреть. Поэтому пациентам рекомендуется как можно скорее обращаться к врачу при появлении необычных симптомов, которые могут быть связаны с лекарственной непереносимостью.

Для некоторых препаратов существуют методы профилактики нежелательных реакций. Так, при лечении метотрексатом рекомендуется принимать фолиевую кислоту, при назначении НПВП врач может назначить препараты, контролирующие выделение желудочного сока, при лечении ГК назначаются препараты для профилактики остеопороза, а при внутривенном введении ритуксимаба назначается небольшая доза гормонов. В целом тщательный контроль и профилактика делают лекарственную терапию достаточно безопасной.

## Можно ли отменить лечение?

Этот вопрос решается лечащим врачом сугубо индивидуально. Потенциально это возможно в случае, если достигнута стойкая ремиссия (в течение 6–12 месяцев и более). В то же время даже продолжающаяся более года ремиссия не гарантирует, что после отмены всего лечения не разовьется обострение. Поэтому современные рекомендации говорят о постепенном сокращении объема терапии: сначала снижаются дозы и отменяются ГК и НПВП, затем возможно снижение дозы (или увеличение интервала между введениями) ГИБП.

## Нелекарственная терапия и реабилитация

Несмотря на то что медикаментозная терапия является главным компонентом лечения РА, нелекарственные методы играют важную роль в достижении полноценного лечебного эффекта.

**Цель реабилитационных мероприятий – восстановление нарушенных или утраченных способностей пациента, его адаптация к хроническому заболеванию. Поэтому даже если пациент достиг клинической ремиссии, реабилитационные мероприятия могут помочь ему улучшить функциональное состояние.**

Нелекарственная терапия всегда должна сочетаться с правильно подобранным медикаментозным лечением.



## Лечебная физкультура и трудотерапия

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 и 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.

## Хирургическое лечение

При РА на поздних стадиях болезни нередко возникает необходимость в реконструктивных (восстанавливающих) операциях на суставах. Целью правильно проводимой медикаментозной терапии является подавление воспалительного процесса, торможение разрушения тканей суставов, достижение ремиссии и, таким образом, недопущение необходимости хирургического лечения. Тем не менее многие больные, как правило, не получавшие лечения в соответствии с современной стратегией терапии, нуждаются в коррекции состояния разрушенных суставов. Встречаются случаи очень упорного течения воспалительного процесса, когда, несмотря на активную терапию, в некоторых суставах все же сохраняется воспалительный процесс. В таких случаях также на помощь приходит ревмоортопедическая хирургия.

Операции, применяемые при РА, весьма разнообразны. Могут производиться: удаление воспаленной оболочки сустава (синовэктомия), реконструктивные операции на костях, связках и сухожилиях крупных и мелких суставов (пластика), а также полное удаление пораженного сустава и замена его на искусственный (эндопротезирование). Объем операций также различается, от щадящих артроскопических (проникновение в сустав через маленький разрез с помощью специального эндоскопического инструментария) до очень обширных при эндопротезировании тазобедренных и коленных суставов.

**Важнейшими правилами успешного исхода хирургического лечения являются:**

- сочетание хирургии с подобранной и постоянно применяющейся активной медикаментозной терапией;
- обязательное проведение активных реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде (ЛФК, в том числе аппаратные упражнения, специальный массаж, по показаниям физиотерапевтическое лечение).

## Ортезирование

В случаях образования у пациентов стойких деформаций, подвывихов, контрактур, плоскостопия показано применение ортезов – специальных приспособлений, которые могут в определенной степени компенсировать эти нарушения, уменьшая боль и способствуя восстановлению функции. К ортезам относятся ортопедические приспособления, такие как туторы, бандажи, наколенники, налокотники, ортопедические стельки, лонгеты, ортопедические аппараты и пр.

Ортезы широко используются в пред- и послеоперационной реабилитации больных, направляемых на хирургическое лечение. В последнее время показано, что применение ортезов на раннем этапе болезни, когда имеется стойкий воспалительный процесс, в комплексе с лекарственной терапией может дать хороший лечебный эффект и, вероятно, в ряде случаев способствует предотвращению появления деформаций.



# РА и Беременность

## Как планировать и вести беременность? Будут ли обострения? Принимать ли лекарства?

Наличие РА у женщины или мужчины существенно не сказывается в целом на возможности зачатия ребенка. РА не передается по наследству напрямую, поэтому опасения в отношении рождения больного ребенка необоснованны. Женщины, страдающие РА, вполне могут выносить и родить здорового ребенка.

## Как планировать и вести беременность?

Основные вопросы в отношении беременности связаны с лекарственной терапией. Большинство противовоспалительных препаратов противопоказано во время беременности. В связи с этим и женщинам, и мужчинам рекомендуется использовать надежные методы контрацепции. Есть несколько лекарственных средств из разных групп, включая ГИБП, для которых показано отсутствие значительного риска для плода. С учетом соотношения вреда и пользы врач-ревматолог может принять решение о продолжении терапии. В то же время недостаточно данных, для того чтобы прямо рекомендовать те или иные препараты для приема во время беременности. Поэтому беременность надо планировать.

Оптимальной ситуацией будет достижение состояния стойкой ремиссии, когда будет возможность постепенно уменьшить дозы и отменить все лекарственные препараты с минимальным риском обострения. После отмены целесообразно выждать период, достаточный для полного освобождения организма от следов препаратов (в большинстве случаев три-шесть месяцев) – и можно начинать!

Во время беременности женщина с РА должна аккуратно наблюдать у гинеколога и соблюдать все его рекомендации.



## Будут ли обострения? Принимать ли лекарства?

Во время беременности в связи с изменениями собственного гормонального фона обострения РА обычно не возникают. В целом лучше воздержаться от лекарственной терапии. Если же боль и воспалительные изменения в суставах все же усиливаются, необходима консультация ревматолога для индивидуального подбора лечения. Фактически единственным методом лекарственной терапии, который подходит в этой ситуации, является введение маленьких доз ГК внутрь или внутрисуставное введение ГК. С другой стороны, на основании индивидуальной оценки врач может принять решение о применении других средств.



# Юридические советы

## **Диагностика и госпитализация. Получение инвалидности. Льготные препараты**

### Диагностика и госпитализация

1. Путь к диагностике ревматоидного артрита начинается с осмотра обычного врача-терапевта в районной поликлинике, который, в свою очередь, дает направление к специалисту-ревматологу. Ранняя диагностика – ключевой момент для лечения артрита. В большинстве поликлиник штатного ревматолога нет. В таком случае врач-терапевт обязан выдать пациенту письменное направление в то специализированное лечебно-профилактические учреждения, где такой специалист имеется. При наличии медицинских показаний и отказе врача-терапевта выдать направление к ревматологу следует обращаться с жалобами к главному врачу поликлиники, затем в страховую компанию, ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, областной минздрав.

2. Ревматолог проводит поверхностный осмотр суставов, кожи. Он же должен назначить ряд анализов и диагностических исследований. В качестве первичных диагностических мер применяются анализ крови и рентгенологическое исследование суставов, но могут быть назначены иммунологические и инструментальные методы исследования.

Как узнать, полагается ли пациенту провести тот или иной вид диагностики? Спросить у врача, какой стандарт применяется при вашем лечении, и свериться с ним. Если врачи не выдают письменное направление на диагностику и предлагают пройти указанные в стандарте исследования за плату, то следует обратиться с жалобой к главному врачу поликлиники, а при его отказе решить проблему жаловаться следует в свою страховую компанию (ТФОМС).

3. Направление на госпитализацию выписывает лечащий врач-ревматолог.

Стандартные диагностика и лечение, которые проводятся в стационаре, являются бесплатными в полном объеме. Врач не вправе требовать оплаты лекарств или расходных материалов на том основании, что их нет в наличии.

4. При наличии медицинских показаний, например отсутствии диагностических возможностей в регионе проживания или отсутствии эффекта от лечения, пациент имеет право на получение специализированной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения других субъектов РФ или в федеральных государственных медицинских учреждениях. Направление на специализированное лечение может выдать:

- минздрав региона или то медицинское учреждение, которое не смогло оказать помощь;
- департамент организации медицинской помощи Минздрава РФ (если минздрав региона не обеспечил такое направление);
- пациент может обратиться в федеральное учреждение самостоятельно при условии наличия необходимости оказания такой помощи. Решение о госпитализации принимает комиссия учреждения.

**Важно! Получить помощь или консультацию амбулаторно в специализированном медицинском учреждении или медучреждении другого города пациент может самостоятельно, без всяких направлений, только с паспортом и полисом обязательного медицинского страхования.**

## Получение инвалидности

Группа инвалидности дает право на получение денежных выплат (пенсия по инвалидности и ежемесячная денежная выплата – ЕДВ), право на социальный пакет: бесплатное получение льготных дорогостоящих

лекарств, льготный проезд к месту лечения и обратно, льготы при оплате услуг ЖКХ, трудовые льготы.

На Медико-социальную экспертизу (МСЭ) для получения группы инвалидности направляет лечащий врач поликлиники по месту жительства. Он оформляет посыльный лист на МСЭ и выдает пациенту направление на прохождение узких специалистов, диагностики и анализов. После того как пройдены узкие специалисты и врачебная комиссия поликлиники (ЛПУ), посыльный лист направляют в бюро МСЭ, а пациента извещают о сроках явки на освидетельствование.

**Важно! При оформлении посыльного листа необходимо проследить, чтобы в него было включено заключение врача-ревматолога, так как часто в составе комиссии МСЭ ревматолога нет.**

**Важно! На практике для получения инвалидности с диагнозом «ревматоидный артрит» необходим хотя бы один случай госпитализации в год. После госпитализации в заключении ревматолога должно быть указано, что пациент по состоянию здоровья нуждается в получении группы инвалидности.**

Ту или иную группу инвалидности устанавливают, определяя ограничения жизнедеятельности (ОЖД) в результате заболевания пациента и степень их выраженности. Критериев ОЖД семь:

- ограничение способности к самообслуживанию;
- передвижению;
- ориентации;
- общению;
- возможности контролировать свое поведение;
- обучению;
- трудовой деятельности.

Инвалидность любой группы устанавливается на один год с последующим ежегодным переосвидетельствованием.

Инвалиды имеют право на пенсию, а также ЕДВ – ежемесячную денежную выплату. Часть ее выплачивается деньгами, часть предоставляется в виде социального пакета.

**В социальный пакет входят:**

- бесплатное лекарственное обеспечение (в соответствии со стандартом медицинской помощи);
- обеспечение путевками на санаторно-курортное лечение;
- бесплатный проезд на пригородных электричках, оплата проезда к месту лечения и обратно.

**Важно! От льготы в части лекарственного обеспечения инвалид может отказаться в пользу денежной выплаты, однако пациенту с ревматоидным артритом лучше этого не делать. Ведь в случае отказа он лишается права на бесплатное обеспечение по рецептам врача дорогостоящими лекарствами за счет федерального бюджета. При резком ухудшении состояния эти лекарства могут понадобиться срочно, а восстановить льготное обеспечение можно будет только с 1 января следующего года.**

**Другие льготы:**

- 50-процентная оплата услуг ЖКХ;
- социальный проездной билет;
- бесплатное обеспечение техническими средствами реабилитации;
- ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней;
- отпуск без сохранения зарплаты до 60 календарных дней;
- сокращенное рабочее время (не более 35 часов в неделю);

- сверхурочная работа, работа ночью и в выходные – только по желанию самого инвалида.

### Льготные лекарства

Лечение в стационаре по полису ОМС является бесплатным для пациента – в том числе обеспечение лекарствами. Лекарства, которые назначает врач, входят в стационарный стандарт по заболеванию пациента и в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). При индивидуальной непереносимости или по жизненным показаниям пациенту может быть назначено лекарство, не входящее в перечень ЖНВЛП. В этом случае лечащий врач назначает его по согласованию с заведующим отделением или комиссией стационара.

После выписки из стационара или если госпитализация не требуется, консилиум или врачебная комиссия назначает пациенту лекарства, на которые выписывается льготный рецепт. Пациентам с ревматологическим диагнозом лекарства предоставляются бесплатно, если они входят в льготный перечень – федеральный или региональный. Федеральные льготники – это инвалиды с социальным пакетом. Чтобы получить рецепт по федеральной льготе, нужно предъявить в поликлинику паспорт, полис ОМС, документ, подтверждающий наличие инвалидности, и справку из Пенсионного фонда РФ.

Если у пациента нет инвалидности, это не означает, что он не имеет права на льготные лекарства. Диагноз «ревматоидный артрит» относится к категориям заболеваний, по которым назначенное врачом лекарство можно получить по льготному рецепту по региональной льготе. В список льготных препаратов входят гормоны, цитостатики, противовоспалительные нестероидные препараты, антибиотики, антигистаминные препараты, сердечные гликозиды, коронаролитики, мочегонные, антагонисты кальция, препараты калия, хондропротекторы.

Для получения назначенного льготного лекарства требуйте включить вас в региональный регистр льготников и выписать льготный рецепт.

Если препарат не входит в региональный перечень, он все же может быть предоставлен по льготному рецепту – по медицинским показаниям по решению врачебной комиссии лечебного учреждения.

## Тенно-инженерные биологические препараты

Иммуномодулирующая терапия с использованием генно-инженерных биопрепаратов (ГИБП) является самым современным методом лечения ревматоидного артрита на определенных стадиях. Пациенты-льготники получают терапию ГИБП на бюджетной основе. Пациенты, приобретающие препараты за свой счет, также могут получить лечение на базе кабинетов ГИБП после консультации врача и подтверждения показаний.

К ГИБП относятся: ритуксимаб, инфликсимаб, абатацепт, тоцилизумаб, цертолизумабпегол, этанерцепт, голимумаб.

## ГИБП в стационаре

В стационаре пациенты получают лекарства из списка ЖНВЛП РФ на соответствующий год и из стационарного стандарта лечения. В ЖНВЛП РФ на 2014 год входят инфликсимаб, ритуксимаб, абатацепт, тоцилизумаб и этанерцепт (распоряжение Правительства РФ от 19 декабря 2013 г. № 2427-р). Перечень на 2015-й и последующие годы будет указан в отдельном распоряжении.

Если лекарство из категории ГИБП не входит в стационарный стандарт при лечении ревматоидного артрита, оно может быть предоставлено по решению врачебной комиссии больницы.

## ГИБП при амбулаторном лечении

В процессе амбулаторного лечения пациентам по льготному рецепту могут предоставляться ритуксимаб и инфликсимаб – они входят



в перечень лекарств для федеральных льготников (приказ Минздравсоцразвития РФ от 18 сентября 2006 г. № 665).

Если пациенту жизненно необходимо лекарство, не входящее в льготный перечень, его также могут предоставить по решению врачебной комиссии за подписью главврача поликлиники (об этом говорится в приложении 1 к приказу Минздравсоцразвития РФ от 22 ноября 2004 г. № 255).

При амбулаторном лечении в стандарт первичной медико-санитарной помощи при ревматоидном артрите входят абатацепт, тоцилизумаб, цертолизумабпегол, этанерцепт, голимумаб, инфликсимаб.



# Психологическая помощь

**Ревматоидный артрит – тяжелое заболевание, и постановка подобного диагноза меняет жизнь человека. Многие пациенты, особенно те, у кого болезнь развивается и вступает в острый период, впадают в отчаяние и думают, что так тяжело будет всегда и жизнь больше не станет привычной и нормальной. Но это не так!**

Да, болезнь требует лечения, усилий, мужества и настойчивости. Но это не значит, что жизнь теперь остановится или полностью подчинится болезни. Во-первых, современная медицина дает возможность достичь ремиссии, снизить вероятность обострений и улучшить качество жизни и ежедневное самочувствие. Во-вторых, даже если сейчас болезнь проявляет себя очень интенсивно, человек, которому поставлен такой диагноз, не перестает быть тем, кем являлся до постановки диагноза: мужем или женой, матерью, сестрой, ценным специалистом, экспертом в своей области, верным другом. Важно помнить об этом и не давать болезни лишать себя радостей и гармонии.

Чтобы адаптироваться к новому состоянию, избавиться от страхов и настроиться на конструктивный и позитивный лад, вам помогут простые, но важные правила!

Важно **лечиться**: соблюдать назначения врача, своевременно обращаться в больницу при ухудшении самочувствия и незнакомых ощущениях. Как бы ни было соблазнительно удариться в эзотерику, религию или нетрадиционную медицину – целители обычно обещают полное выздоровление без особых усилий, – вам стоит помнить, что только своевременное лечение, грамотно назначенная терапия дают действительно эффективные результаты, подтвержденные доклиническими и клиническими исследованиями. Народные средства, которые вам советуют «знающие люди», нужно обсудить со своим лечащим врачом: не страшно, если от них просто нет никакой пользы, важно, чтобы не было вреда.

Отказ от лечения в пользу чтения мантр, молитв или питья «заряженной» воды – недопустим.

Лучший способ оградить себя от обмана и некомпетентности – разбираться в своей болезни и **не бояться информации**. Не стоит верить всему, что пишут в Интернете или популярных журналах, но собирать и анализировать сведения о своей болезни, пытаться подойти к вопросу с «холодной головой» исследователя – полезно и для самоощущения (душевного), и для самочувствия (физического). Просвещенный, информированный человек не даст себя запугать и не станет доверять шарлатанским методам лечения.

**Не разрешайте болезни управлять вашей жизнью.** Диагноз «ревматоидный артрит» не мешает одним людям объехать десятки стран или совершить восхождение в горы, другим – учить языки и писать красивейшие картины, третьим – создавать семью и рожать детей. Занимайтесь любимым делом, живите своими достижениями на этом поприще, а не по графику посещений ревматолога. Лечение важно, но проблемы нужно решать по мере их поступления, не откладывая саму жизнь на дальнюю полку.

*Самое тяжелое – не физическая боль, а осознание того, что теперь все будет не так, как было. А когда окружающие начинают жалеть, охать и плакать – это вообще невыносимо!.. Помогает в такие минуты одно воспоминание. Когда я первый раз оказалась в больнице, со мной в палате лежала женщина-музыкант. Она не представляла свою жизнь без музыки, а о том, чтобы сесть за пианино, уже не могло быть и речи. Но она заявила, что не позволит никаким болезням испортить ей жизнь и обязательно найдет такой инструмент, на котором сможет играть, и научится это делать, несмотря ни на что. Так что если ревматоидный артрит и нельзя вылечить, то взять его под свой контроль можно.*

*Карина, 25 лет (ревматоидный артрит диагностирован в 19 лет).*

**Двигайтесь. Известное изречение «движение – это жизнь», может, потеряло новизну, но не актуальность. Не давайте суставам, причиняющим вам дискомфорт или боль, оставаться в постоянном покое. Не пренебрегайте гимнастикой по утрам, давайте себе нагрузку в течение дня, больше ходите. Обсудите с врачом, показана ли вам физкультура – может быть, бассейн или даже йога.**

*Нужно беречь суставы, но ни в коем случае их не жалеть. Если перестать разгибать больной локоть, то через пару недель он перестанет разгибаться. Надо очень бережно и аккуратно, но давать ему работу, как бы ни было больно.*

*Андрей, 60 лет (живет с ревматоидным артритом с 21 года)*

Соблюдайте режим, помните, какое важное значение для ослабленного ревматоидным артритом организма имеет **сон**. Любимая работа или увлечения, семейные неурядицы или диагностические «сюрпризы» – все это не повод отказывать себе в отдыхе. Болевой синдром при обострениях может влиять на качество сна, особенно в утренние часы, и в эти периоды особенно важно дать своему организму надежную опору. Нужно выстроить режим так, чтобы на восстановление сил было достаточно времени. Решив придерживаться режима, слушайте свой организм: кому-то нужно восемь часов сна подряд, а кто-то предпочитает пять-шесть часов сна ночью и еще два-три днем.

Научитесь **расслабляться**. Попробуйте аутогенные тренировки, настраивайте себя на позитивный лад после пробуждения и в течение дня. Напоминайте себе о своих успехах, концентрируйтесь на положительных эмоциях. Смотрите на прекрасное: бывайте на природе, в красивых местах, картинных галереях, по возможности выбирайтесь на море или просто в ближайший парк. Полезны медитации и дыхательные гимнастики (если нет медицинских противопоказаний – спросите об этом заранее у лечащего врача).

**Аутогенная тренировка** – это психотерапевтический метод, основанный на мышечной релаксации, самовнушении и аутодидактике. Начинать аутогенные тренировки рекомендуют с шести простых упражнений. Все их следует выполнять, приняв так называемую «позу кучера»: сесть на край стула, расслабившись, успокоившись, закрыв глаза и ровно дыша.

**Упражнение «Тяжесть»** – на расслабление мышечного тонуса. «Моя правая рука тяжелеет... Моя левая рука тяжелеет... Мои руки стали тяжелыми. Моя правая нога тяжелеет... Моя левая нога тяжелеет... Мои ноги стали тяжелыми... Мои руки и ноги стали тяжелыми...».

**Упражнение «Тепло»** – на расширение сосудов кожного покрова. «По моей правой руке разливается тепло... По моей левой руке разливается тепло... По моим рукам разливается тепло... По моей правой ноге разливается тепло... По моей левой ноге разливается тепло... По моим ногам разливается тепло... По моим рукам и ногам разливается тепло...».

**Упражнение «Пульс»** – для нормализации сердцебиения. «Мое сердце бьется ровно и спокойно...» (повторить 4 раза).

**Упражнение «Дыхание»** – для выработки спонтанного и равномерного дыхания. «Мое дыхание спокойно и ровно... Я дышу абсолютно легко...» (повторить 4 раза).

**Упражнение «Солнечное сплетение»** – для нормализации кровоснабжения внутренних органов. «В области солнечного сплетения разливается тепло...» (повторить 4 раза).

**Упражнение «Прохладный лоб»** – для ослабления или прекращения головной боли. «Мой лоб прохладен...» (повторить 4 раза).

**Делитесь** своими эмоциями, страхами, переживаниями, наблюдениями. Если вы чувствуете опору в друзьях или родственниках – замечательно. Если боитесь их травмировать и хотите оградить и чувствуете, что они не готовы к разговору, не понимают вас – ищите другого собеседника, но не замыкайтесь в себе. Очень полезны в таких случаях группы взаимопомощи: кто лучше человека, уже прошедшего через то же самое, сможет по-

нять и поддержать вас? Группы взаимопомощи пациентов пока не очень распространены в России, но постепенно начинают появляться. Зайдите на форумы в Интернете, там много тех, кто вас поймет и поддержит.

*Когда меня госпитализировали в 1989 году, нас в палате оказалось пять человек, все с тяжелыми диагнозами, с обострениями, но такие бодрые, энергичные. И с тех пор прошло 25 лет, а мы до сих пор общаемся, звоним друг другу за новостями, за опытом.*

*Наталья Булгакова, президент  
Российской ревматологической ассоциации.*

Если общения с близкими и «коллегами» по диагнозу вам недостаточно, вы ощущаете необходимость выговориться или, наоборот, поймали себя на том, что замкнулись, впадаете в депрессию или панику, спешите **обратиться к специалисту – психологу**. Разовая консультация, регулярные сеансы психотерапии, курс антидепрессантов – всем помогает разное, но хуже от посещения или разговора со знающим человеком, готовым выслушать, точно не станет. Прогрессивно мыслящие врачи-ревматологи придерживаются междисциплинарного подхода в лечении, и, возможно, ваш врач даже сможет посоветовать вам конкретного психолога. Если нет, – обратитесь к специалисту самостоятельно, помните, что ваше душевное спокойствие, внутреннее равновесие и позитивный настрой – лучшие союзники в борьбе с болезнью.





Lined area for notes with 26 horizontal lines.





Информационный буклет

**Д.Е. Каратеев,  
доктор медицинских наук**

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Редактор серии М. Цыбульская  
Верстка С. Ланцынова  
Корректурa Н. Зилова

Подписано в печать с готовых диапозитивов  
Формат 200x210. Печать офсетная. Тираж 3000 экз.