

Понимать ревматизм: краткое изложение“ выдержки из „Понимать ревматизм“, 5-е Издание, 2014

Выходные данные издания:

Издатель и владелец издательства:

ООО MedMedia Verlags- und Mediaservice, 1070 Вена, Зайденгассе 9/1,1;

Издатель: маг. Вольфганг Майерхофер;

Руководитель проекта: Томас Шула,

Редакция: маг. Николь Герфертц,

Макет вёрстки и графика: ООО креатив-директор.сс Лахмайр

Редакционная коллегия: маг. Андреа Кревато

Печать: Leykam Druck ООО & Co KG, 8020 Грац

Фотография shutterstock.com, fotolia.com

Уставные положения согласно параграфа 25 о средствах массовой информации вы найдёте по интернет-адресу www.medmedia.at/home/impresum.

Поиск всех текстов для брошюры „Понимать ревматизм“ был проведен с должной компетенцией и добросовестностью. Ошибки возможны. Несмотря на тщательную сверку, издатель и владелец издательства не несут никакой ответственности за опечатки и ошибки по содержанию. Ради удобочитаемости в каждом случае используется лишь мужская форма обозначения больных (напр., пациент). При этом, однако, подразумевается форма обращения как к женщинам, так и к мужчинам. Без письменного разрешения издательства запрещается размножение, сохранение на электронных носителях, обработка, распространение, распечатка и использование данного материала и его частей в любом виде (фотокопии, микрофильмы или любые другие варианты)

В данном документе речь идет о выдержке из полной версии брошюры.

Воспалительные ревматические заболевания

Ревматоидный артрит это самое частое и самое известное из всех воспалительных ревматических заболеваний.

Ревматоидный артрит (хронический полиартрит)

Что означает ревматоидный артрит?

Ревматоидный артрит (сокр.: РА) или также хронический полиартрит (сокр.: ХП) является формой воспалительных ревматических заболеваний. Чаще всего он протекает приступообразно, при этом характерным является воспалительный отёк суставной внутренней оболочки и околосуставных структур (напр. околосуставной сумки).

Ревматоидный артрит встречается у женщин в три раза чаще, чем у мужчин; пик начала заболевания - 40 лет.

В частности в Австрии ревматоидным артритом страдают от 70.000 до 80.000 человек. Ежегодно отмечается от 2.400 до 4.800 новых заболеваний.

Существует ли причина, которая вызывает заболевание?

Согласно нынешнему уровню знаний медицина не может возложить ответственность за вспышки РА ни на одну из причин. При имеющейся наследственной расположенности и при воздействии внешних факторов взаимодействие многих факторов ведет к сбою в деятельности иммуно-защитной системы организма. Это означает, что иммунная система выступает против своего собственного организма, в данном случае против суставной ткани.

В последние годы мы пришли к пониманию, что во вспышке заболевания на моделях животных могут участвовать ретровирусы. Правда, у человека пока еще нет никаких доказуемых результатов исследований, так что лечения причины заболевания на данный момент еще не существует.

Что происходит в организме?

В норме суставная внутренняя оболочка (синовиальная оболочка или мембрана) вырабатывает суставную смазку, ответственную за беспрепятственные движения сустава и снабжает хрящевую ткань питанием. При РА из-за избыточной иммунной системы возникает воспаление внутренней оболочки сустава. Ключевую роль в этом воспалительном каскаде играют, так называемые, проинфламаторные (способствующие воспалению) **цитокины**. Они являются протеинами и медиаторами, которые повышают в иммунной системе аутогенную защиту организма и вызывают или усиливают воспаления.

К числу наиболее известных проинфламаторных **цитокинов** относятся, например, TNF- α (Фактор некроза опухоли-альфа), интерлейкин-1 или интерлейкин-6. Под влиянием этих проинфламаторных цитокинов наступает повышенное выработка измененной суставной смазки. Отсюда происходят болезненные отёки и в некоторых случаях образование выпотов (воды в суставах). Позднее суставная внутренняя оболочка вырастает как доброкачественная опухоль в сустав. Хрящевая ткань и лежащая под ней кость поражаются и сустав деформируется.

Каким образом я определяю, что у меня РА?

РА проявляется часто по-разному, он может проявиться внезапно или заявить о себе через вялотекущие неспецифические симптомы. Чаще всего имеет место классическая форма протекания:

- боль в суставах или их опухание, чаще всего симметрично на обоих суставах кисти, а также на пястно-фаланговом и среднем суставе пальца, позднее также и на больших суставах
- отёки, повышение температуры над суставами, болезненность при надавливании сразу на нескольких суставах
- болезненные ограничения движения
- нехарактерные предвестники, такие как отсутствие аппетита, похудение, сильная потливость, повышенная температура тела и усталость, разбитость

-утренняя скованность (по меньшей мере, в течение одного часа), осложняющая процесс одевания и умывания; симптомы проходят в течение дня в зависимости от тяжести и активности заболевания

-годы спустя: появление ревматических узлов – грубые узелки под кожей, часто с разгибательной стороны локтевых суставов.

Что происходит, если не заниматься лечением?

Если вышедшую из под контроля иммунную систему не сдерживать, разрушение суставов с годами будет безудержно прогрессировать. Через несколько недель от начала воспаления симптомы частично отступают для того, чтобы затем приступообразно проявиться вновь, при этом продолжая разрушать суставные структуры. Поскольку в случае ревматоидного артрита речь идет о системном заболевании, то при длительной продолжительности заболевания возможно также воспалительное поражение внутренних органов, таких как сосуды, сердце, почки, печень и легкие. Болезнь сама по себе таит в себе повышенный риск инфекции. Кроме того, РА повышает вероятность заболевания раком лимфатических желез. С прогрессирующим разрушением суставов, из-за их тугоподвижности и деформации болезнь может довести до инвалидности.

Что может вызвать приступ?

Существует единогласное мнение по поводу того, что зачастую роль играют психические аспекты. Заботы и нерешенные проблемы могут ослаблять иммунную систему. У больного РА это может вызвать новый приступ.

Приступ проявляется у больного в усилении болей в суставах и в их опухании, в разбитости и в большей степени болей при движении и/или болей в состоянии покоя.

0000

Какие обследования нужны для постановки диагноза?

В данной ситуации опрос и сбор информации домашним врачом у пациента (анамнез) играет решающую роль. При этом картина, описанная пациентом, позволит доктору лишь заподозрить, что речь идет о РА. Для постановки точного диагноза нужна аппаратная и лабораторная диагностика, результаты которых могут подтвердить подозрения врача. Когда на руках есть результаты обследования, а подозрения врача общей практики подтвердились, пациенту необходимо обратиться к ревматологу.

Что показывает обследование?

Лабораторные данные сами по себе не несут в себе однозначного подтверждения существования РА. Но могут подтвердить диагноз в дополнение к клинической картине (боли у пациента и отёк суставов). А при установленном диагнозе они помогают определить активность заболевания.

Параметры крови при воспалении часто показывают повышение **скорости оседания эритроцитов (СОЭ)** и повышение С-реактивного белка (**CRP**). Повышенные показатели СОЭ и CRP указывают только на то, что в организме протекает воспаление, но не говорит о том, воспалены ли именно суставы и правда ли есть РА.

Что такое ревматоидные факторы?

Ревматоидные факторы (РФ) это собственные защитные вещества организма, связывающиеся с собственными иммуноглобулинами (антителами), которые, стало быть, направлены против себе подобных. Они обнаруживаются в крови. Ревматоидный фактор может подтвердить подозрение врача на наличии РА, однако сам по себе еще не является доказательством ревматического заболевания. Ревматоидный фактор является кирпичиком, который наряду с высказанными пациентом жалобами и результатом обследования организма врачом, является важным для постановки диагноза.

Почти у 85 % пациентов с РА в течение заболевания в сыворотке крови обнаруживаются ревматоидные факторы. Однако и в этом случае врач не может однозначно полагаться на этот фактор для подтверждения РА. Есть и такие пациенты с РА, у которых нет ревматоидного фактора (он у них отрицательный, серонегативный). Обратный вывод тоже ни в коем случае не допустим: тот, у кого есть этот фактор в крови, не обязательно должен заболеть ревматизмом. До 20% здоровых пожилых людей имеют повышенный ревматоидный фактор.

Самый современный лабораторный метод диагностики тест-АСРА (тест для обнаружения „анти-цитруллинированных антител пептидов“, таких например, как антител анти-ССР или анти-МСУ) является уже достаточно надежным для диагностики РА.

При наличии клинических жалоб у пациента без однозначных данных анализа крови в любом случае необходимы дальнейшие шаги для того, чтобы поставить однозначный диагноз.

Какое значение имеет диагностическая визуализация?

Рентген дает возможность показать типичные для РА изменения и увидеть состояние суставов. Это околосуставная эрозия (дефекты в области костно-хрящевого предела).

Однако с помощью рентгена могут быть обнаружены лишь уже имеющиеся непоправимые дефекты. На ранних формах РА и (ещё) незаметных изменения во время рентгена имеет смысл использования MRT (магнито-резонансной томографии). С помощью MRT удаётся без лучевой нагрузки заблаговременно распознать активные воспаления суставов, до того как хрящи или кости подвергнутся серьезным разрушениям. Для этих целей вводится контрастное вещество.

Преимуществом **УЗИ с высокой разрешающей способностью** (УЗИ суставов) является с одной стороны отсутствие какой-либо лучевой нагрузки и с другой стороны то, что наблюдение может вестись в движении. С помощью ультразвука в данном случае могут быть обнаружены и подтверждены как воспаления внутренней оболочки сустава (синовит), так и точно локализованы поврежденные участки. Особое применение с помощью ультразвука находят исследования суставов кистей и пальцев, а также суставов плечуны, предплечуны и плечевого сустава

Когда же диагностируется РА?

Когда пациент приходит с клиническими жалобами к ревматологу, тот может благодаря своему специальному образованию прояснить дальнейшие моменты, которые подтвердят ревматологическую природу заболевания. Врач-специалист обучен оценивать индивидуальные факторы, как то: отёки, ограничения движений, изменения поверхности кожи.

Какие цели преследует терапия РА?

Совершенно ясно, что приоритет в терапии отдается **уменьшению болей и устранению воспалений**. Противоотечные болеутоляющие ревматические средства (НПВП, нестероидные противовоспалительные препараты) являются в этом случае весьма эффективными. Сразу же после постановки диагноза ревматолог попытается с помощью, так называемого базисного терапевтического средства, остановить воспаление и привести в порядок вышедшую из под контроля иммунную систему. При этом часто прием этих медикаментов может оказаться необходимым в течение всей жизни. Чаще всего в таких случаях лечение проводится с помощью действующего вещества Метотрексат. Действие базисного терапевтического средства наступает зачастую лишь через два-три месяца, хотя не все пациенты одинаково реагируют на **базисную терапию**. Как правило, у 40% больных отмечаются положительные сдвиги в воспалительной реакции. В 15% случаев можно даже говорить о полной ремиссии (полном отступлении симптомов болезни). В силу замедленного начала действия ревматолог зачастую предлагает использовать аутогенный гормон надпочечников **Кортизон** на время перехода к началу действия базисной терапии. При одновременном приеме кортизона и одного из препаратов НПВП в любом случае нужно прописывать **защитающий желудок препарат**, для того чтобы уменьшить риск язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Хотя многие пациенты поначалу скептически относятся к препаратам, содержащим кортизон, однако действие, прежде всего при ярко выраженной отечности суставов, приносит такое облегчение, что больные охотно принимают эти препараты в течение нескольких недель.

Как быть, если базисная терапия не дает успеха?

В случае если базисная терапия не приводит к желаемому успеху, т.е. к сдерживанию воспаления, можно перейти на другое базисное терапевтическое средство или дополнительно прописать второе (комбинированное лечение).

Другой многообещающий вариант предлагают, так называемые **биопрепараты**, в первую очередь **ФНО-альфа-блокаторы** (Адалimumаб, Цертолизумаб, Этанерцепт, Голимумаб, Инфликсимаб), а также **абатацепт**, снижающий активность Т-клеток, и **блокаторы интерлейкинов-6**. Они приходят на помощь, когда возможности лечения обычными, химическими базисными терапевтическими средствами или комбинацией базисных терапевтических средств оказываются безуспешными. Биопрепараты лучше всего действуют в комбинации с обычными базисными терапевтическими средствами. Уже в течение нескольких недель понятно, наступает ли желаемое действие с помощью биопрепаратов или нет. В том случае, если это не дает эффекта, можно перейти на другой биопрепарат.

Если же воспаление со временем не уменьшается или не приостанавливается, в распоряжении у ревматолога есть еще **другие иммуно-терапевтические концепции**,

которые тоже принадлежат к классу биопрепаратов: блокировка В-клеток веществом **Ритуксимаб**

С точки зрения долгосрочной перспективы должен наступить спад воспалительной активности. Тем самым сдерживается или приостанавливается также деструкция суставов и достигается прекращение болей.

Что является решающим для успешной терапии?

Успех лечения зависит от начала лечения: оптимального результата лечения при ранней терапии можно ожидать уже через 12-16 недель после наступления болезни. Развитие заболевания зависит от участия пациента, т.е. от последовательного принятия медикаментов и соблюдения сроков контроля. Ревматолог будет до тех пор адаптировать лечение, пока заболевание не покажет, по крайней мере, снижение активности заболевания или полную ремиссию (отсутствие симптомов болезни); сегодня этот принцип на языке специалистов называется „treat to target“ (лечение до достижения поставленной цели).

Каким образом можно дополнительно лечить РА?

Укрепление мускулатуры достигается путём лечебной физкультуры и физиотерапии. Массаж увеличивает кровообращение и расслабляет мышцы, т.к. часто пациенты с РА страдают от сильного внутримышечного напряжения. Кроме медикаментозного лечения, дополнительные методы имеют смысл именно в области снятия болей, при этом у пациента повышается качество жизни и субъективное ощущение здоровья. Принципиально при таком заболевании следует избегать применения повышенного тепла или пребывания в очень теплой воде (свыше 32 °С). В случае острого приступа весьма рекомендуется криотерапия (крио=холод), если это пациенту лично приятно.

Осторожно: При остром приступе лечебная физкультура и электротерапия противопоказаны!

Какие вспомогательные средства имеются для домашнего обихода на каждый день?

Это область эрготерапевтов. Когда повседневные действия, такие как держание кофейной чашки, нарезание хлеба или застегивание пуговиц на рубашке становятся невозможными, то для этого в хорошо оснащенных магазинах специализированной торговли имеются вспомогательные средства. Специальные плоские с углублениями для пальцев, а также держатели руки могут быть настолько же полезными, как и, так называемые, приспособления для вдевания пуговиц в петельки в виде „шеи лебедя“ или ладонные ремешки. Специальные ножи (с ручкой расположенной под 90 градусов к лезвию) и штопоры также оказывают добрые услуги.

Когда и какая операция становится неизбежной?

Операции проводятся лишь в том случае, когда другие формы лечения не приносят ожидаемого успеха. При синовэктомии – лечебная мера по сохранению сустава – путем вылушивания оперативно удаляется воспаленная внутренняя оболочка сустава (см. Стр.56). В течение нескольких недель внутренняя оболочка сустава вырастает вновь (регенерат).

Советы на каждый день

- носите тяжести в рюкзаке , это даст равномерное распределение
- избегайте сотрясений суставов (вибрирующие аппараты, встряска суставов)
- не переступайте свой предел нагрузки, не берите много на себя за один раз
- поддерживайте свой кистевой сустав занятиями, создающими нагрузку
- чаще обращайтесь внимание на свою осанку в положении сидя и стоя.

Болезнь Бехтерева

Что происходит при болезни Бехтерева в организме?

Болезнь Бехтерева, или анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое воспалительное заболевание, вызывающее боли в спине, седалищной области и в конечностях. Это заболевание должно лечиться у ревматолога.

Позвоночник состоит из отдельных позвонков. Когда тела позвонков соединяются костной тканью, позвоночник теряет подвижность. «Анкилозирующе» означает: срастание костной тканью; «спондилит» означает воспаление в позвонках. Spondylarthritis bezieht sich auf eine Gruppe von Erkrankungen, bei denen es häufig zu Spondylitis kommt, manchmal aber auch zu Entzündungen in anderen Gelenken. Спондилоартрит принадлежит к группе заболеваний, при которых возникают частые спондилиты, а иногда и воспаления в других суставах.

Что такое спондилоартрит?

Спондилоартрит – это воспаление в телах позвонков и в маленьких суставах позвоночника. В сильно выраженном случае его называют болезнью Бехтерева (лат.: Spondylitis ankylosans)

Другие формы этого заболевания:

- недифференцированный спондилоартрит
- нерадиографический аксиальный спондилоартрит
- реактивный артрит
- артрит, ассоциированный с псориазом
- артрит, ассоциированный с хроническим воспалением кишечника (язвенный колит или болезнь Крона)

Когда идёт речь о спондилоартрите?

Диагноз недифференцированный спондилоартрит ставят, когда появляется один из симптомов заболевания, связанного с позвоночником, но при этом не складывается полной картины таких заболеваний как АС, реактивный артрит, артрит, ассоциированный с псориазом или артрит, ассоциированный с хроническим воспалением кишечника. При этом происходит преимущественное поражение в области позвоночника или суставов. Заболевание исследуют и лечат также, как и АС. Если симптомы располагаются в основном в позвоночнике, врач описывает его как нерадиографический спондилоартрит.

При недифференцированном или нерадиографическом спондилоартрите может оказаться необходимым дополнительный врачебный контроль. Со временем могут проявиться дополнительные симптомы (проявления болезни), которые помогут точнее определить, о какой форме спондилоартрита идёт речь.

Что понимают под нерадиографическим аксиальным спондилоартритом?

Пациенты с нерадиографическим аксиальным спондилоартритом страдают от похожего на АС заболевания, но при этом на обзорной рентгенографии крестцово-подвздошных суставов (КПС; нем. - : „Kreuz- Darmbein-Fuge“) изменений не видно. Но на картине МРТ у некоторых пациентов будут видны изменения.

В чём разница между «аксиальный» и «периферический»?

Один и тот же спондилоартрит можно определить как «аксиальный» или «периферический», в зависимости от того, поражен ли главным образом позвоночник или же конечности, руки и ноги. При аксиальном спондилоартрите жалобы будут главным образом на позвоночник. У пациентов с периферическим спондилоартритом симптомы возникают в основном в суставах рук и ног.

Некоторые из описанных заболеваний развиваются в полную картину с течением времени, а иногда заболевания могут перетекать одно в другое.

Определение спондилоартрит

Спондил=позвонок; артро=сустав; -ит=воспаление, «воспалённый сустав позвонка»

Какие симптомы возникают при болезни Бехтерева (анкилозирующем спондилите)?

Самый частый симптом – это боль в самом нижнем участке позвоночника, поясничном отделе. Дальнейшими типичными симптомами является ограничение подвижности и ощущение окостенения в позвоночнике и иногда в седалищном отделе.

Ещё типичные симптомы воспаления в позвоночнике – это: медленное начало, ухудшение состояния в покое, ночные боли во второй половине ночи, улучшение во время движения.

Дополнительно могут появиться: боли в бедре или даже воспаление бедренного сустава (коксартрит), отдающие в пах, или боли при ходьбе; боли и ограничение в движениях других суставов (плечо, колено, голеностоп); воспаление одного сустава (моноартрит) или в малом количестве суставов (олигоартрит); энтезит (воспаление мест прикрепления больших сухожилий к костям = «энтез», в основном поражаются спина и ахиллово сухожилие)

Общие симптомы: усталость, общая болезненность, нарушение сна, небольшая температура, потеря веса, повышенные показатели воспаления.

Как ставится диагноз?

Диагноз ставится на основании комбинации симптомов, обследования больного и аппаратной диагностики (рентген, МРТ, иногда ультразвук)

Аппаратная диагностика: Видны типичные изменения в подвздошно-крестцовых суставах (суставы, соединяющие позвоночник и кости таза). Эти изменения видны на рентгеновских снимках в поздних стадиях заболевания, а на ранних – на МРТ.

Другие исследования: Нет ни одного лабораторного теста, который бы подтвердил или исключил АС

Какие осложнения могут возникнуть?

Передний увеит: хроническое воспаление оболочки глаза, самое частое внесуставное поражение. Обращает на себя внимание покраснение глазного яблока. Это осложнение нужно лечить немедленно для недопущения более поздних поражений глаза, которые при несвоевременном лечении могут привести к слепоте.

Остеопороз: остеопороз часто возникает у пациентов с болезнью Бехтерева, поэтому измерение плотности костей нужно проводить регулярно.

Переломы (фрактуры) позвоночника и повреждения спинного мозга: Переломы позвоночника и повреждения спинного мозга случаются у этих пациентов в четыре раза чаще, чем у здоровых людей. В основном переломы затрагивают область шеи. Повреждения могут быть и лёгкими. Более половины произошедших переломов не видны на обзорной рентгенограмме, поэтому необходимы КТ или МРТ. Пациенты с повреждениями спинного мозга зачастую имеют лишь незначительную неврологическую симптоматику.

Важное замечание: каждое повреждение в области позвоночника необходимо обездвижить и как можно быстрее показать врачу, вплоть до скорой помощи для обследования.

Неврологическая проблема – синдром конского хвоста: после длительной болезни с тяжёлыми окостенениями могут возникнуть повреждения нервов в области нижней части поясничного отдела позвоночника. Этими симптомами являются нарушение чувствительности кожи, слабость мышц, проблемы с мочеиспусканием и непроизвольная дефекация.

Сердечно-сосудистые заболевания: редко возникают изменения на клапанах аорты, которые перестают полностью смыкаться, в результате чего возникает сердечная недостаточность с отёками ног и одышке при нагрузках.

Заболевания лёгких: по причине окостенения в суставах грудной клетки, у многих пациентов не могут полностью развернуться лёгкие. Потом наступает изменение функции лёгких. Специальная дыхательная терапия может помочь насытить кислородом даже плохо работающие отделы лёгких и тем самым снизить опасность инфекции.

Воспаления кишечника: У некоторых пациентов с АС развивается воспаление кишечника, которое обычно не влечёт за собой каких-то симптомов.

Что такое HLA-B27?

HLA-B27 – это врождённый признак белых кровяных телец. Он не меняется с течением жизни. Подтверждение носительства HLA-B27 означает более высокую вероятность постановки диагноза спондилоартритом, если есть боли определённого вида. Есть HLA-B27 и у абсолютно здоровых людей – в этом случае он не играет никакой роли.

Какие ещё существуют факторы риска для АС?

Это заболевание может чаще возникать в семьях, особенно у родственников первой линии (родители, сёстры и братья, дети). АС у мужчин возникает чаще, чем у женщин. Часто диагноз ставят между 20 и 30 годами.

Влияет ли АС на повседневную жизнь?

АС может значительно затруднить повседневную жизнь, особенно трудно может стать следующее: одеваться, брать предметы, вставать с кресла, подниматься с пола, стоять прямо, ходить по лестнице, смотреть в сторону или через плечо, справляться с домашними делами. Эти ограничения могут появиться из-за ограниченной подвижности суставов и влияют как на пациентов, так и на всю их семью. Иногда будет нужна помощь со стороны.

Как лечат АС?

Лечение должно соответствовать особенностям обострения и тяжести заболевания. План лечения должен иметь в себе следующие составляющие:

Лечебная гимнастика: «гимнастика Бехтерева» должна входить в план лечения каждого пациента с болезнью Бехтерева. Упражнения проводятся как ежедневно самостоятельно дома, так и индивидуально и в группе в сопровождении физиотерапевта. Также необходимы физиотерапевтические процедуры – тепло, токи, ультразвук, массаж. Домашние упражнения включают в себя тренировку осанки, дыхательную гимнастику, укрепление мышц спины и растяжку.

Советы по безопасности: нужно по возможности избегать падений по причине тяжёлого остеопороза (потеря массы кости). Вот простые меры для этого:

- употребляйте алкоголь только в малых количествах
- определённые обезболивающие, такие как опиаты или успокаивающие препараты принимайте с осторожностью и только после консультации врача.
- Избегайте контактные виды спорта, такие как хоккей или футбол, а также спорт с повышенной травмоопасностью, как например парашютный спорт
- В жилом пространстве вы можете снизить риск падения следующими средствами: монтаж ручки в душе и в ванне, ночники, коврики против скольжения, не стелите скользкие коврики и половики.
- Спице на тонких маленьких подушках во избежание неправильного положения шеи и спины

Какие медикаменты применяются?

Нестероидные противовоспалительные медикаменты (НПВП): НПВП часто применяют для снижения боли и тугоподвижности. Эти медикаменты нужно применять несколько недель прежде чем можно оценить их результативность. К сожалению не всегда эти препараты хорошо переносятся и могут повлечь за собой ряд серьёзных побочных эффектов. Поэтому нельзя превышать дневную дозу и нельзя принимать одновременно несколько препаратов из группы НПВП.

Сульфасалазин: это основной медикамент, его применяют чтобы затормозить развитие болезни. Он хорошо помогает при процессах в периферических суставах однако не влияет на воспаление в позвоночнике. Вместе с ним можно применять НПВП.

Терапия блокаторами фактора некроза опухолей : Этот медикамент получен путём генной инженерии, доступен в виде готовых шприцов или капельниц. При АС показывает высокую эффективность против болей и общего воспаления.

Представители этого класса медикаментов: инфликсимаб, этарнецепт, адалимумаб, цертолизумаб пегол и голимумаб.

Глюкокортикоиды: Инъекция кортизона в особенно воспалённый и болезненный сустав оказывает хорошее действие. Лечение таблетками с кортизоном нужно редко.

Операции: Операции на бедре или позвоночнике бывают изредка необходимы.

Особенно часто делаются следующие операции:

- Замена тазобедренного сустава: при длительных сильных болях или тяжёлых ограничениях движений может оказаться необходимой замена сустава
- Операция на позвоночнике: изредка, в случае определённого искривления, бывает необходимо скрепление шейных позвонков между собой во избежание сдавления спинного мозга
- Исправляющие осанку операции: при тяжёлых искривлениях может быть проведена операция по восстановлению оси позвоночника и выпрямлению пациента

Какие общие мероприятия помогут улучшению состояния?

Вот некоторые меры, от которых пациентам становится лучше:

- Прекращение курения: курение способствует воспалению во всём организме, и прежде всего в лёгких, которые и так уже затронуты заболеванием. Поэтому прекращение курения имеет смысл вдвойне!
- Уделяйте внимание ежедневным упражнениям и правильной осанке
- Внимательно относитесь к приёму кальция и витамина Д для снижения риска остеопороза. Продукты, содержащие кальций и витамин Д – это молоко и молочные продукты, такие как йогурты и сыры.
- Медикаменты для лечения остеопороза могут быть назначены когда остеопороз уже диагностирован

Ежедневная гимнастика при болезни Бехтерева

При болезни Бехтерева регулярная (ежедневная) и целенаправленная гимнастика должна быть постоянной составной частью лечения. Целенаправленная тренировка мышц способствует смягчению болей и сохранению подвижности позвоночника. Тем самым предупреждается преждевременное окостенение позвоночника и ухудшение осанки. Лучше всего совместно с опытными физиотерапевтами составить комплекс упражнений соответственно стадии заболевания.

Здесь приводятся некоторые примерные упражнения, которые Вы спокойно можете попробовать у себя дома. Упражнения следует **повторить, по меньшей мере, пять раз** на гимнастическом коврике в удобной одежде. Важным при этом является сохранение **напряжения примерно в течение 5 секунд**. Если появятся боли, упражнение следует прекратить и переговорить об этом с Вашим врачом. При выполнении упражнений следует учитывать имеющиеся у Вас ограничения движений.

1. Мобилизация позвоночника

Опуститесь на колени и упритесь руками на ширину плеч („позиция на четвереньках“). Теперь поочередно выполняйте положение: „горб“, подтягивая при этом подбородок к груди, а затем сознательно положение „спина лошади“.

2. Укрепление мышц верхней части спины

Лягте на живот и скрестите руки перед головой. Ладони рук при этом лежат на полу, лоб опирается на них. Приподнимайте теперь медленно локти, а голову вытягивайте вверх. Удерживайте это положение. После этого снова опуститесь ровно на подстилку и расслабьтесь, прежде чем Вы повторите это упражнение опять.

3. Укрепление мышц живота и ягодичных мышц

Встаньте в положение „на четвереньках“ и поднимите левую руку и правую ногу горизонтально. При этом напрягайте мускулатуру живота и ягодичных мышц, не отводя бедро (т.е. бедро должно находиться выше колена). После того как Вы вновь вернетесь в положение „на четвереньках“, сделайте тоже самое правой рукой и левой ногой.

4. Укрепление мышц живота

Лягте на спину и согните Вашу правую ногу так, чтобы получился прямой угол. Теперь левой рукой давите на правое колено и одновременно давите коленом на руку. Почувствуйте при этом как напрягаются мышцы Вашего живота. Повторите тоже с другой рукой и ногой.

5. Укрепление мускулатуры плеч

Сядьте прямо на жесткую поверхность (край стула), с усилием опустите плечи вниз и вытяните голову кверху, сделав «длинную шею». Вращайте плечами сначала вперед, затем назад и пытайтесь при этом сохранять напряжение.

Кроме того рекомендуются целенаправленные **дыхательные упражнения**. Собственно говоря, они должны быть включены в каждую лечебную программу, связанную с болезнью Бехтерева, так как в результате потери подвижности позвоночника, а также из-за более дыхания может быть ограниченным. Эти упражнения, включенные в программу гимнастики, могут регулярно по указанию специалиста выполняться дома. Таким образом, будет наглядно улучшаться функция Ваших легких, это было также отмечено в ходе исследований.

Медики-физиотерапевты рекомендуют также **выполнение вращательных упражнений** для грудной клетки и гимнастические упражнения для **шейного отдела позвоночника**.

Что такое псориатический артрит?

Чешуйчатый лишай (Psoriasis vulgaris) это хроническое кожное заболевание, проявляющееся в виде воспалительных, чаще всего очень шелушащихся очагов на коже, возникающих на определенных участках (например локти, колени, кожа головы, ногти или иногда на всём теле). В том случае, когда **чешуйчатый лишай проявляется вместе с воспалением суставов**, то речь идет о псориатическом артрите (ПА). В Австрии чешуйчатым лишаем страдают примерно 2-3 процента населения, в том числе 10 – 20% из них страдают болезненными воспалениями суставов. При этом как

мужчины, так и женщины в равной степени часто страдают от этого, в большинстве случаев жалобы начинаются в период с 35-ти и 45-ти лет жизни.

Каковы причины псориатического артрита?

Как при псориазе, так и в случае псориатического артрита речь идет об аутоиммунном заболевании, это значит, что иммунная система устраняет собственные ткани как чужеродные образования. Условие возникновения заболевания – наличие генетической предрасположенности. Это значит, что определённые люди с определённой генетической нагрузкой обладают способностью к появлению псориаза и псориатического артрита. Эта способность может нарушить иммунное равновесие либо сама по себе либо в результате внешних возбудителей, таких например, как инфекционное заболевание.

Как проявляется болезнь?

Часто несколько лет спустя после появления псориаза проявляется болезненное воспалительное изменение суставов. Почти у каждого десятого заболевшего поражение кожи наступает лишь после заболевания суставов. Однако в большинстве случаев кожные и суставные проблемы возникают вместе.

Какие части тела поражаются чаще всего?

Суставы, кости, а также частично аппарат сухожилий скелета поражаются заболеванием в различной степени. Чаще всего псориатический артрит проявляется на малых суставах кистей и стоп.

Важное замечание: Если не начать своевременное лечение псориатического артрита, то также как и при других ревматических заболеваниях суставов может произойти невосстановимая деструкция суставных структур!

Какие симптомы являются типичными для псориатического артрита?

- **Лучевидное воспаление** всех конечностей (например, пальцев кисти или стопы). Пораженная часть тела от кисти руки или до края стопы приобретает отечность в форме „сосиски“, становится красной и причиняет сильные боли.
- очень часто поражены **суставы от среднего до конечного** (дактилит): по сравнению с другими формами воспалительного ревматизма, когда поражены прилегающие к телу суставы
- воспаление основания сухожилий, проявляющееся в ярко выраженной **отечности** (часто на пяточной кости, где прикрепляется ахиллово сухожилие)
- **позвоночник** может также поражаться, прежде всего нижняя треть позвоночника. Там расположены, так называемые подвздошно-крестцовые суставы, т.е. суставные сочленения между областью таза и крестцом, которые часто поражаются. Больные часто жалуются на боли в ягодицах
- в противоположность ревматоидному артриту **заболевание суставов** является при псориатическом артрите зачастую **ассиметричным**, т.е. на правой или на левой части тела поражены различные участки суставов.

- **поражение ногтей стопы или кисти** также является существенным признаком псориатического артрита. В частности, на ногтях зачастую просматривается ямка величиной с булавочную головку. Ногтевая пластина может быть желтовато окрашена (так называемые „масляные пятна“), ноготь может отслаиваться от ногтевого ложа.

Как выглядит течение заболевания?

Как при псориазе, так и в случае псориатического артрита как правило, заболевание протекает хронически-приступообразно. Это означает, что фазы ухудшения сменяются фазами улучшения или даже фазами вообще без жалоб. В то время как кожные проявления в каждой фазе заболевания можно полностью убрать, воспаления суставов могут привести к непроходящим изменениям с ограничением подвижности в больных суставах.

Как определить наличие псориатического артрита у моего ребенка?

В детском возрасте псориатический артрит бывает редко и не показывает однозначной картины болезни. Исследования показывают, что часто дети заболевают примерно в возрасте от 2-х до 5-ти лет. Маленькие пациенты часто страдают от отечности либо от воспаления суставов кистей или стоп. Дети дают меньшую нагрузку на пораженный сустав, хотят, чтобы их носили. У детей постарше проявляются воспаления оснований сухожилия или даже суставов позвоночника, которые могут проявляться болями в поясничном отделе. Может также появляться температура, которая сохраняется в течение длительного времени и сопровождается кожными воспалениями или без них. Ревматическое воспаление радужной оболочки глаза также может быть проявлением первых признаков.

Как врач ставит диагноз?

Врач определяет картину заболевания следующим образом:

- по рисунку поражения суставов
- по внешним признакам кожи
- потечению болезни
- по возможным побочным явлениям
- по выраженности заболевания
- по результатам лабораторной и рентгеновской диагностики

На что надо обратить внимание при постановке диагноза?

При псориатическом артрите очень важно отличать его от других ревматических заболеваний, таких как ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева или проявления снашиваемости суставов (артроз, остеоартрит). Не всегда на коже и в суставах процесс идёт так как описано выше (см. Какие симптомы являются типичными для ПА?) – тогда однозначный диагноз поставить трудно и может потребовать длительного времени. Но при сотрудничестве кожного врача и ревматолога чаще всего возможно быстро и точно поставить диагноз.

Какие лабораторные исследования существуют?

Анализ крови может оказаться полезным, даже в том случае, когда нет однозначных признаков, однако имеются намёки на заболевание. Наряду с общими воспалительными признаками (скорость оседания эритроцитов, CRP) также определяется ревматоидный фактор, который по всем правилам при псориатическом артрите является отрицательным (не обнаруживается) в отличие от ревматоидного артрита. У пациентов с псориазом и псориатическим артритом высокая предрасположенность к нарушениям обмена веществ, поэтому имеет смысл исследование жиров крови и уровня мочевой кислоты с последующим комментарием специалиста.

Какие методы визуализации помогают при постановке диагноза?

Рентген скелета является важным методом визуализации: как суставов, так и позвоночника. Часто отмеченные изменения являются ассиметричными и показывают узур (,,дырчатые“ дефекты субстанции) или пролиферации (костные разрастания). В месте соединения сухожилия с бедренной костью (трохантер), коленной чашечкой (пателла) и пяточной костью (кальканеус) возможны окостенения и отложения солей кальция. На далеко зашедших стадиях заболевания возникают серьёзные деформации костей. При необходимости для диагностики может быть использовано **ультразвуковое обследование** или **магниторезонансная томография (МРТ)**. МРТ особенно ценный метод обследования для ранней диагностики начавшегося процесса в суставах и тяжёлых форм псориатического артрита.

Как ведётся лечение заболевания?

Прием медикаментов для снижения воспаления и подавления активности заболевания является самой важной терапевтической мерой. Кроме того дополнительной формой лечения является физиотерапия. Она укрепляет мускулатуру, снимает нагрузку с суставов и помогает больному овладеть правильными схемами движения. Оперативное вмешательство необходимо редко.

Какие медикаменты существуют?

Медикаменты из группы **нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)** эффективно смягчают боли, однако повлиять на протекание псориатического артрита они не могут. НПВП применяются, прежде всего, тогда когда заболевание выражено в слабой форме. При приступах псориатического артрита можно давать **Кортизон**. Так называемые **иммуно-моделирующие вещества** используются для длительного лечения, они подавляют активность заболевания, чаще всего и на коже и в суставах. Эти медикаменты, выпускаются в основном в таблетированной форме, к ним относятся в первую очередь препараты, применяемые и при других ревматических заболеваниях – матотрексат, сульфасалазин, лефлуномид.

Прицельное действие на иммунную систему оказывает новая группа медикаментов, которую обозначают как **биологические средства**. Их уже несколько лет применяют при псориазе и получают хорошие результаты при псориатическом артрите. Эти вещества, применяющиеся в виде капельниц или в подкожных инъекциях, могут прицельно блокировать собственные вещества организма - медиаторы воспаления в коже и суставах. В настоящее время используют так называемые **ФНО-альфа**

блокаторы и блокатор интерлейкина-12/23, и целая линия новых препаратов находится сейчас в разработке. Биологические средства также применяют и против кожных и против суставных проявлений, и они так же как более старые препараты могут применяться длительно. Биологические средства применяют тогда, когда метотрексат действует недостаточно или плохо переносится.

Важное замечание: Чтобы начать долгосрочную иммуномодулирующую терапию, нужна консультация и полная информация от специалиста, благодаря которым будут проведены все необходимые предварительные и контрольные обследования на предмет возможных осложнений и побочных эффектов.

Есть ли сопутствующие заболевания у псориатического артрита?

Многочисленные исследования показали, что некоторые хронические заболевания особенно часто встречаются у больных псориатическим артритом. Сюда относятся, например, заболевания связанные с обменом веществ, такие как повышенные чрезмерно избыточный вес, диабет и заболевания сосудов сердца. Причины этому до сих пор еще окончательно не выяснены так же, как и то, улучшит ли лечение псориатического артрита ситуацию с сопровождающими заболеваниями. Ясно лишь одно – пациент с тяжёлым псориазом и псориатическим артритом должен особое внимание уделять состоянию обмена веществ, вести здоровый образ жизни, избегать вредных привычек (например курение), а связанная с этим беседа и консультация врача должна входить в концепцию лечения.

Системная красная волчанка

Вкл. терапию

Что понимают под „системной красной волчанкой“?

Системная красная волчанка (СКВ) – это аутоиммунное заболевание, при котором появляются хронические воспаления на коже, суставах, в нервной системе и на внутренних органах. Большей частью болезнь протекает годами в виде приступов: высокая активность болезни перемежается с периодами улучшения. Своё имя болезнь получила из-за типичных изменений кожи на лице: шрамики, покраснения и рубцы выглядят как «волчий укус» (от лат. Lupus – волк и греч. Erythematosis – красный). На самом деле на сегодняшний день такие изменения кожи можно встретить очень редко из-за хороших возможностей терапии.

Слово «системная» в названии заболевания указывает на то, что болезнь нападает на внутренние органы. Если затронута только кожа, диагноз звучит как «хроническая дискоидная волчанка» (ДКВ). Системную красную волчанку относят к ревматическим заболеваниям и к коллагенозам (ранее называвшемся «болезнями соединительной ткани»). Хотя на самом деле к коллагену, основному веществу соединительной ткани организма, болезнь имеет очень мало отношения.

Кто болеет СКВ?

Большей частью пациентами являются молодые женщины в возрасте от 15 до 40 лет (соотношение женщины/мужчины составляет 10:1). У детей системная красная волчанка проявляется чаще в возрасте от 11 до 15 лет. И в этом случае девочки будут

значительно чаще поражены, чем мальчики. По этой причине высказывается предположение, что женские гормоны (эстрогены) оказывают влияние на возникновение заболевания.

Каковы причины системной красной волчанки?

Точные причины СКВ (пока ещё) неизвестны. Достоверным является то, что в крови образуются антитела против составных частей клетки, часто против ядра клетки. Эти, так называемые антитела взаимодействуют с собственными здоровыми тканями и вызывают в них воспаления. Поэтому получается, что образования из аутоантител и остатков клеток, а также иммунокомпетентных клеток оседают на стенках мелких кровеносных сосудов. Следствием являются воспаления в различных органах, причем преимущественно поражаются кровеносные сосуды кожи, почек и суставов. Ученые предполагают наследственную погрешность в запрограммированной гибели клеток определенных иммунных клеток. Однако риск передачи заболевания собственным детям рассматривается, тем не менее, как небольшой. Поскольку даже у генетически идентичных близнецов лишь в одной четверти случаев заболевают оба близнеца. Также и внешние факторы могут играть роль в развитии СКВ, например вирусы, бактерии, интенсивная экспозиция на солнце, экстремальные смены климата, сильная психологическая нагрузка, а также гормональные изменения, например половое созревание, беременность и климакс.

Отдельная, очень редкая форма СКВ – медикамент-индуцированная красная волчанка. У определённых лиц могут некоторые медикаменты (напр. Препараты против эпилепсии, повышенного давления, антибиотики и гормоны). Чаще всего жалобы полностью пропадают сразу после отмены препарата.

Как распознать первые признаки

Первые признаки красной волчанки весьма специфичны. Следующие вопросы помогут в диагностике:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| • бывает ли у вас необъяснимая усталость или напряжение? | да | нет |
| • часто ли у вас бывают боли в суставах или конечностях? | да | нет |
| • тошнит ли вас периодически? | Да | нет |
| • появляется ли у вас частое выпадение волос? | Да | нет |
| • страдаете ли вы от частых головных болей? | Да | нет |
| • вы много спите и всё равно не отдохнули? | Да | нет |
| • бывает ли сильная сухость во рту и глазах? | | |
| • Воспалается ли конъюнктив? | Да | нет |
| • нет ли у Вас временами повышенной или необъяснимо высокой температуры? | Да | нет |
| • наблюдаете ли вы покраснение на лице в виде бабочки или красные пятна на других участках тела? | Да | нет |
| • чувствительны ли вы к свету и есть ли непереносимость солнца? | Да | нет |
| • были ли вы уже у многих врачей и никто не мог найти причину ваших жалоб? | Да | нет |

Если вы на три и более вопросов ответили «да», это может быть указанием на «красную волчанку» и вам надо поговорить о своих жалобах с домашним врачом,

который, если будет необходимость, направит вас к специалисту-ревматологу с подозрением на СКВ.

Каковы признаки СКВ?

Системная красная волчанка проявляется многочисленными различными симптомами. Известным, но не всегда присутствующим признаком заболевания является покраснение (эритема) лица, напоминающее форму бабочки (на обеих щеках, а также над переносицей), которое под воздействием солнечных лучей выражено сильнее. Другими симптомами являются боли в суставах, нарушение кровообращения пальцев и заболевания органов (напр. нефрит, плеврит или перикардит). Большинство больных чувствуют себя усталыми, разбитыми, у многих поднимается температура, появляется чувство слабости и потеря веса. В большинстве случаев увеличены лимфатические узлы. Какие органы поражаются и насколько сильно проявляются симптомы, в каждом случае может быть по-разному.

В очень редких случаях СКВ затрагивает нервы, от этого появляется ощущение онемения, боли, а также повышенная чувствительность и пониженная восприимчивость температур. Нарушения чувствительности чаще всего возникают на кистях и стопах. Ещё при красной волчанке могут возникнуть головные боли, приступы эпилепсии, нарушение зрения, депрессии и нарушение сознания.

Признаки СКВ

Наличие СКВ является вероятным, если имеют место быть по крайней мере четыре следующие пункта

(Критерии американского колледжа ревматологии (АКР))

- эритема в виде бабочки
- дискообразная выпуклая экзантема/кожная сыпь
- светочувствительность
- дефекты ткани у рта и носа
- воспаление суставов на двух и более суставах
- воспаление лёгочной плевры и перикардит
- поражение почек (белок в моче)
- поражение нервов и головного мозга
- типичный результат исследования крови (определенная форма анемии, уменьшенное количество тромбоцитов (тромбопения) и/или кровяных телец (лейкопения))
- типичные иммунологические результаты: аутоантитела против аутогенных ДНК
- антитела, направленные против составных частей ядра клетки

Обратимы ли изменения в суставах?

В противоположность ревматическим заболеваниям, красная волчанка не вызывает необратимых, распознаваемых на рентгене изменений в суставах.

Как врач устанавливает диагноз?

Диагноз системной красной волчанки устанавливается на основе имеющихся жалоб с помощью технических обследований (лабораторные анализы, УЗИ и т.д.) и с помощью определения выработанных в крови защитных веществ (антител) собственной иммунной системой против частиц собственного организма. Дополнительно проводится гистологическое исследование кожной пробы (и в некоторых случаях дополнительно пробы почек).

Решающую роль при постановке диагноза играет возможность наличия одновременно нескольких признаков заболевания (см. Таблицу «признаки СКВ»). Поскольку могут появиться нарушения кровообращения, может быть рекомендована микроскопия кровеносных сосудов.

Установление болезни (диагноз), лечение (терапия) и помощь должны обязательно выполняться специалистами (специализирующимися по СКВ врачами терапевтами и ревматологами), чисто кожные проблемы обслуживаются врачами специалистами – кожниками. Тесное взаимодействие между врачом специалистом и лечащим врачом при СКВ является особенно важным.

Как лечится системная красная волчанка?

Цель лечения СКВ заключается в том, чтобы успокоить защитную реакцию организма (иммуномодуляция) или же подавить (так называемая иммуносупрессия). При этом используются различные группы медикаментов. Сначала необходимо успокоить жалобы с помощью средств, применяемых при ревматических болях. Даже если системная красная волчанка является неизлечимой, то все же заболевание довольно таки хорошо поддается лечению. Какое лечение будет применяться, установит специалист (ревматолог) в зависимости от тяжести заболевания и с учетом пораженных органов.

Для лечения красной волчанки действует следующая поэтапная схема (перечисление медикаментов начинается от более легких к более сложным):

- обезболивающие средства
- противомаларийные средства (напр. Chloroquin)
- кортизон
- иммуносупрессивные средства (медикаменты, ослабляющие работу иммунной системы, например Азатиоприн, Циклоспорин А, Микофенолатмофетил)
- биологические средства (Белимумаб)
- цитостатические (напр. Метотрексат, Циклофосфамид)

С помощью этих медикаментов должны быть подавлены воспаление и избыточная активность иммунной системы. Противомаларийные средства при красной волчанке особенно хороших действуют на кожные высыпания и проблемы с суставами. Иммуносупрессивные и цитостатические средства применяются при тяжелом протекании заболеваний.

Какие побочные эффекты могут возникнуть?

Как со всеми медикаментами, со средствами базисной терапии системной красной волчанки могут возникать побочные эффекты. Они индивидуально различные. Поэтому регулярные анализы крови являются обязательными. Больные должны также обращать внимание на то, что в ходе долгосрочного приема иммуносупрессивных средств из-за ослабленной иммунной системы вследствие приема медикаментов могут очень легко возникать инфекции, как например простудные. Больным поэтому следует обращать внимание на первые признаки инфекции, чтобы принимать быстрые меры.

Целесообразны ли дополнительные медицинские меры при СКВ?

Есть целый ряд дополнительных медицинских мер, применяемых при СКВ, вот лишь небольшой перечень из них: например, гомеопатия, традиционная китайская медицина (ТКМ), акупунктура, тренировки методом Фельденкрайса. При этом выбор метода зависит от индивидуального состояния пациента, **в проводившихся исследованиях действие комплементарной медицины не доказано. Необходимо следить за тем, чтобы проведение базисного лечения продолжалось, поскольку комплементарные медикаменты должны рассматриваться лишь в качестве дополнения, в результате которых различные подходы дополняются, но ни в коем случае не исключаются. Поэтому Вам следует обговорить с лечащим Вас ревматологом все формы лечения, которые Вы хотели бы использовать!**

На что ещё больные должны еще обращать внимание?

- солнечный и ультрафиолетовый свет могут усугубить протекание заболевания. Поэтому больным следовало бы избегать прямого попадания солнечных лучей и постоянно пользоваться солнцезащитными средствами. Прежде всего, им не следует посещать солярии (студии загара)!
- у пациентов СКВ отмечается повышенный риск атеросклероза („обызвествление сосудов“), поэтому потребление никотина должно быть уменьшено.
- обязательно заблаговременно проконсультироваться с ревматологом специализирующимся по проблемам волчанки по вопросам беременности и применения противозачаточных средств!
- пациенты, страдающие СКВ, должны заранее обговаривать со своим лечащим врачом вакцинации (напр. вакцинации против гриппа). Некоторые живые вакцины могут вызвать приступ заболевания.
- рекомендуется движение и умеренное занятие спортом, поскольку движение поддерживает функцию иммунной системы и психику.
- во время продолжительных поездок на машине или полетов на самолете пациентам с СКВ, ввиду их особой предрасположенности к сосудистым осложнениям, следует думать о профилактике тромбоза.
- кроме того больные должны попытаться, несмотря на заболевание, положительно воспринимать жизнь, ибо иммунная система работает лучше, когда психически чувствуешь себя хорошо. Весьма кстати, например, может быть общение с другими больными в рамках группы взаимопомощи. В специализированных центрах есть программы психологической консультации для преодоления болезней (психологической адаптации).

СКВ и желание иметь детей – на что обратить внимание?

Когда женщина больна СКВ и хочет иметь детей, у неё возникает много вопросов. В принципе, для женщин, затронутых этой болезнью, не исключается вопрос беременности и рождения детей. В фазы большой активности заболевания и, как следствие, больших количеств принимаемых медикаментов, может не быть овуляции и менструальных кровотечений. Из-за этого наступает временное бесплодие. В случае тяжёлого течения болезни, из-за возможных рисков как для матери так и для ребёнка, нужно выждать наиболее благоприятный для беременности отрезок времени. Желание иметь ребёнка должно обсуждаться совместно с лечащим ревматологом и гинекологом.

Медикаментозное лечение при воспалительно-ревматических заболеваниях

Какие медикаменты существуют?

К лекарствам, действующим в первую очередь как противовоспалительные и болеутоляющие, относится большая группа **нестероидных противовоспалительных препаратов** (НПВП обезболивающие ревматические средства без кортизона). В противоположность им следует упомянуть те противовоспалительные лекарства от ревматизма, которые содержат аутогенный гормон кортизон. Обе группы медикаментов дают быстрый эффект. Однако они действуют лишь против признаков заболевания, таких например как боль или отечность, но не на длительно текущее заболевание или, как в случае кортизона, лишь ограниченно.

Поэтому тем более важным является применение так называемых **базисных терапевтических средств** или же DMARDs (Disease Modifying Antirheumatic Drugs, базисные противоревматические препараты), которые обычно даются длительно в качестве основного медикаментозного лечения. Они могут позитивно влиять на течение болезни, приостанавливать активное воспаление в течение длительного периода и тем самым обеспечивать сохранение функции суставов. К группе базисных терапевтических средств относятся также присутствующие на рынке с 1999 года, так называемые **биологические средства**.

	Противоболевой и противовоспалительный эффект	Противоотёчный эффект на суставах	Эффект против радиологических изменений (деформация сустава)
НПВП	да	да	нет
кортизон	да	да	Нет (в начальной стадии да)*
Классические базисные препараты	да	да	да
Биологические средства	да	да	да

*не применять для длительной терапии

Что значит базисная терапия или DMARD?

Базисные терапевтические средства это такие медикаменты, которые при воспалительно-ревматических заболеваниях ведут к улучшению суставной симптоматики и к уменьшению или в идеальном случае к приостановке разрушения суставов. Используемый английский термин „Disease Modifying Antirheumatic Drug“ (DMARD) буквально означает медикамент влияющий на течение болезни, объясняет тем самым эффект от веществ наилучшим образом. Следующие препараты относятся к базисным средствам и часто применяются в Австрии: сульфасалазин, гидроксихлороквин, лефлуноמיד и метотрексат. Последний является препаратом из группы базисных терапевтических средств, который применяется чаще всего.

Как работают базисные препараты?

Они «гасят» либо нормализуют чрезмерный ответ иммунной системы. Это приводит к снижению воспалительной реакции в суставах, в результате чего снижается воспаление сустава. Базисные препараты влияют на течение болезни на протяжении длительного времени таким образом, что разрушение хряща и кости в суставе либо прекращается либо хотя бы замедляется. Действие веществ чувствуется только через несколько месяцев от начала приёма, но зато длительный приём приводит к явному улучшению, вплоть до исчезновения жалоб, а в идеальном случае – к остановке заболевания. Их нужно принимать регулярно, а отменить можно только под контролем врача. В клинической практике до сегодняшнего дня известны лишь единицы случаев, когда базисные препараты совсем были отменены; при хорошем эффекте пациенту скорее снизят дозу препарата или увеличат интервалы приёма.

Есть ли побочные эффекты от базисных терапевтических средств?

Конечно как и все прочие лекарства, эти медикаменты могут вызвать побочные явления. Поэтому с самого начала лечащий врач должен регулярно контролировать пациента – сначала каждые 4 - 6 недель, затем с интервалом в 2 – 3 месяца. Таким образом, уже на ранней стадии может быть проведено быстрое и целенаправленное лечение еще зачастую невидимых побочных эффектов. Самыми частыми побочными явлениями являются тошнота, понос, незначительное выпадение волос, нарушение функций почек и печени. Кроме того медикаменты могут нанести ущерб наследственному материалу в половых клетках. Поэтому врачи советуют планировать беременность лишь спустя несколько месяцев после завершения лечения.

Когда применяются базисные терапевтические средства?

При ревматоидном артрите, ювенильном идиопатическом артрите, псориатическом артрите, анкилозирующем спондилоартрите с отечностью суставов и частично при коллагенозах (напр. системной красной волчанке).

Кортизон – как он действует?

Кортизон является общим понятием целой группы действующих веществ. При этом речь идет о производных аутогенного гормона кортизол, образующегося в надпочечниках. Кортизоны тормозят иммунологические реакции и при этом эффективно действуют против сильных воспалений. Как раз при ревматических заболеваниях важен именно этот противовоспалительный эффект потому что кортизон

быстро и эффективно подавляет воспаление суставов. В большинстве случаев жалобы проходят в течение одного двух часов после приема. Часто кортизон применяется в качестве промежуточного средства до начала действия базисной терапии.

Важное замечание: Кортизон устраняет лишь симптом, добиться излечения этим нельзя!

Почему так боятся кортизона?

Едва врач произносит слово „Кортизон“, как у многих людей возникает страх. Это объясняется опытом лечения повышенными дозами кортизона в 70-е годы, когда еще не было долгосрочных результатов. Вследствие высокой дозировки и необдуманно долгого применения появились побочные эффекты, получившие тем временем, далеко идущую известность. Сегодня известно, что большие количества кортизона должны применяться лишь в течение короткого времени и что побочные эффекты от разумно дозированного кортизона проявляются значительно реже, чем прежде.

На что следует обращать внимание при приеме кортизона?

Кортизонсодержащие препараты должны приниматься регулярно и в предусмотренное для приема время. Никогда нельзя резко прекращать их применение, а только шаг за шагом снижать дозировку. Иначе организм во время лечения прекращает выработку собственного кортизона и это может привести к опасным для жизни реакциям при внезапной отмене препарата. Кроме того, до начала лечения нужно с помощью измерения плотности костей выяснить риск возникновения остеопороза. Также целесообразно регулярно контролировать артериальное давление крови, содержание сахара в крови и вес.

Биологические средства

Что из себя представляют биологические средства и как они действуют?

Известные под названием Biologicals, а также Biologics или Biologika – это сложным биотехнологическим способом изготовленные белки, которые прицельно влияют на механизмы заболевания. Они способны оказывать существенное влияние на механизмы регуляции при воспалительно-ревматических заболеваниях. Таким образом они значительно отличаются от остальных противоревматических препаратов по механизму действия. Они нацелены внедряются в иммунологический защитный ответ организма, например деактивируя цитокины – сигнальные вещества, ответственные за иммунный ответ организма.

Способ применения: поскольку эти белки разлагаются в кишечно-желудочном тракте и, стало быть, не попадут в место действия, они вводятся либо капельно врачом или колются самим пациентом подкожно, т.е. в жировую подкожную ткань.

Как выглядит процесс лечения?

Обычно лечение строится так, что прием базисных терапевтических препаратов продолжается, когда начинается лечение биологическими средствами. Зачастую в течение двух – четырех недель наступает улучшение; спустя примерно восемь недель

достигается максимум действия. В случае, если спустя три месяца соответствующий прогресс в лечении достигнут не будет, надо думать о переходе на другое биологическое средство или на препарат другого принципа действия.

Когда начинать лечение биологическими средствами и какое преимущество они имеют?

Биологические средства применяются лишь после безуспешных лечения базисными терапевтическими средствами. Таким образом, биологические средства допускаются для лечения тех пациентов, на которых базисные препараты, такие как Метотрексат, Лефлуноמיד или Сульфасалазин, не действуют или действуют недостаточно. Одновременный прием базисных терапевтических средств почти всегда показан (комбинированная терапия). Почти половина пациентов, прошедшая лечение с помощью новых биологически активных веществ, заявляет, что их жалобы значительно уменьшились, хотя и тк мы говорим о том, что своевременное начало лечения является решающим для достижения терапевтического успеха.

При каких заболеваниях применяются биологические средства?

При ревматоидном артрите, ювенильном идиопатическом артрите, псориазе, псориазическом артрите, болезни Бехтерева, хронически-воспалительных заболеваниях кишечника, при воспалении радужной оболочки глаза и др.

В чем преимущества применения биологических средств в капельницах?

Инфузия (капельница) вводится в вену пациента в кабинете врача или в отделении больницы врачом-специалистом. Преимущества введения капельниц состоят в том, что возможна индивидуальная дозировка с учетом особенностей пациента, лечение проводится через более длительные промежутки, при этом существует непосредственный контроль со стороны врача (или обслуживающего медперсонала). После введения инфузии большинства биологических средств действие наступает очень быстро. Уменьшаются боли и утренняя скованность. Признаки воспаления в крови (СРБ: С-реактивный белок, РОЭ) меняются также в лучшую сторону. Главное - лечение надо продолжать и в дальнейшем, даже после улучшения симптомов, в противном случае болезнь может вновь ухудшиться. Особенно приятно пациентам то, что им не надо ни о чем заботиться. Это означает, что забота о хранении вещества, например при поездке в отпуск, отпадает. Также отпадают и сложности самостоятельного введения.

Биологические средства в форме готовых шприцов или шприц-ручек: в чем преимущества?

Первое введение препарата с помощью готовых шприцов или шприц-ручек должно проходить под руководством лечащего врача. Без какой-либо специальной подготовки вещество будет вводиться из шприца или ручки с готовым раствором с помощью прилагаемой иглы. Если пациент достиг достаточной уверенности в самостоятельном применении, он может сам вводить препарат у себя дома. Это является большим преимуществом для большинства пациентов, поскольку тем самым они независимы от поликлиники или лечащего врача. Вместе с тем важно указать на то, чтобы больной позаботился дома о соответствующем хранении вещества в прохладном месте (при температуре примерно 2 – 8 °С).

Обзор: биологические препараты в ревматологии

	Действующее вещество	Форма выпуска и способ применения		Допущено для лечения заболеваний
ФНО-альфа блокаторы	инфликсимаб	внутривенные инфузии, неделя номер 0, 2 и 6, потом через 4-8 недель, в зависимости от заболевания	химерные моноклональные человеческо-мышинные антитела	ревматоидный артрит, псориатический артрит, болезнь Бехтерева, болезнь Крона, язвенный колит, болезнь Крона с фистулами, болезнь Крона в педиатрии
	адалимумаб	подкожно: готовые шприцы или ручки; флаконы исключительно для детей, каждые 2 недели	моноклональные человеческие антитела	ревматоидный артрит, псориатический артрит, болезнь Бехтерева, болезнь Крона, ювенильный идиопатический артрит, язвенный колит
	этанерцепт	Флакон; подкожно: готовый шприц или ручка, одни или 2 раза в неделю	Человеческий ФНО-рецептор-p75 Fc синтезированный протеин	ревматоидный артрит, псориатический артрит, болезнь Бехтерева, ювенильный идиопатический артрит
	Цертолизумаб	подкожно: готовый шприц, две инъекции в неделю 0, 2 и 4, после этого одну инъекцию каждую вторую неделю	пегилированный рекомбинантный человеческий Fab'фрагмент антитела	ревматоидный артрит, псориатический артрит, болезнь Бехтерева
	голимумаб	подкожно, готовый шприц или ручка, 1 раз в неделю	Моноклональные человеческие IgG1k- антитела	ревматоидный артрит, псориатический артрит, болезнь Бехтерева, язвенный колит

Блокатор интерлейкина 12/23	устекинумаб	подкожно: флакон или готовый шприц, первая инъекция неделя 0, вторая через 4 недели, потом каждые 12 недель	человеческие моноклональные антитела класса IgG1k	Псориатический артрит
антитела В-клетки	ритуксимаб	внутривенные инфузии; в неделю 0 и 2 одна инфузия, потом каждые 6 месяцев или по необходимости	моноклональные химерные антитела против локализованного CD20-поверхностного белка В-клеток	ревматоидный артрит
селективный Т-клеточный супрессор костимуляции	абатацепт	внутривенная инфузия; неделя 0, 2 и 4 один раз, затем каждые четыре недели подкожно: для начала лечения однократно внутривенно (стартовая доза). Главное – еженедельно подкожные инъекции	Рекомбинантный синтезированный протеин	ревматоидный артрит, ювенильный идиопатический артрит
блокатор рецептора ИЛ-6	Тоцилизумаб	инфузия внутривенно; каждые четыре недели	моноклональные рекомбинантные человеческие антитела	ревматоидный артрит, ювенильный идиопатический артрит
блокатор рецептора ИЛ-1	анакинра	подкожно, Готовый шприц, 1 раз в день	Рекомбинантный антагонист рецептора человека	ревматоидный артрит
BLyS-блокатор	белимумаб	внутривенная инфузия, недели 0, 2 и 4, потом каждые 4 недели	моноклональные человеческие IgG1λ-антитела	системная красная волчанка

ФНО-альфа блокаторы относятся к биологическим веществам – как они действуют?

Типичным примером выше названного механизма действия являются ФНО-альфа блокаторы (фактор некроза опухолей альфа). В этой группе применяются адалимумаб, цертолизумаб, этарнецепт, голимумаб и инфликсимаб. Они блокируют аутогенное, вызывающее воспаление сигнальное вещество ФНО-альфа. Через этот механизм действия они тем самым препятствуют дальнейшему прогрессированию воспаления суставов, предотвращая их разрушение. Подвижность сустава сохраняется. Пациент замечает успех лечения в том, что он меньше ощущает боли, отечность суставов уменьшается, а в идеальном случае исчезает. Преимущества по сравнению с обычными базисными медикаментами: многие пациенты хорошо и быстро реагируют на ФНО-альфа блокаторы, воспаление суставов уменьшается, боли уходят, а изменения в костях снижаются или даже прекращаются. Пациенты отмечают успех в лечении в том, что уменьшается либо исчезает отёк и уходят боли.

Важно: перед началом лечения биологическими веществами важно исключить тяжёлые инфекции, особенно туберкулёз!

Какое значение придается терапии с помощью В-клеток?

В противоположность к ФНО-альфа блокаторам, где основное внимание уделяется регулированию Цитокина, в данном случае внимание обращено на значение В-клетки. В-клетки или В-лимфоциты являются подклассом белых кровяных телец. Важной задачей В-клеток является продукция антител. При ревматоидном артрите В-клетки вызываются для «атаки» против своих же суставов. С помощью В-клеточной терапии специальный признак на поверхности клеток (CD20), сильно уменьшается. В результате снижаются радиологические признаки активности болезни.

Вещество Ритуксимаб было первоначально разработано для лечения заболеваний лимфатической системы. Клетки без признака CD20 не уничтожаются и как результат у тела остаётся иммунный ответ. Как правило назначают капельницы с интервалом в 2 недели – если эффекта нет, ритуксимаб больше не применяют.

Блокада активации Т-клеток – зачем?

Если пациент неудовлетворительно реагирует на лечение с помощью базисных терапевтических средств либо не переносит их, то в качестве биологического средства может быть использован Абатацепт. Вещество Абатацепт допустимо для пациентов со средним или тяжелым ревматическим артритом (РА) и ювенильным идиопатическим артритом и чаще всего применяется с Метотрексатом. Его иммуномодулирующий механизм заключается в блокаде активации Т-клеток. Вещество тормозит активацию Т-лимфоцитов (Т-клеток), которые управляют защитными механизмами в иммунной системе, а этим и подавляет воспалительную реакцию.

Когда применяют блокатор рецептора интерлейкин-6?

Когда говорят о блокаторе рецептора интерлейкина-6 (ИЛ-6), то речь идет о гуманизованном моноклональном антителе против рецептора интерлейкина-6 (ИЛ-6), подавляющем активность ИЛ-6, другого важного возбудителя воспалительного процесса. Вещество тоцилизумаб, которое и применяют, допущено для лечения

пациентов со средним или тяжелым ревматическим артритом (РА) и поликлональным ювенильным идиопатическим артритом. В результате действия тормозится воспаление суставов и снижает системные симптомы. Наступление действия ожидается как правило быстро.

Какие ещё существуют медикаменты?

Следующую терапевтическую возможность предоставляет нам блокатор рецептора ИЛ-1 анакинра. Его тоже применяют только у взрослых, у которые не подействовали базисные препараты. Вещество блокирует медиатор воспаления интерлейкин-1. Анакинра уступает другим биологическим веществам в эффективности и поэтому используется не в первую очередь.

Блокатор интерлейкина-12/23 устекинумаб – это ещё одна возможность лечения при псоритическом артрите. Вещество осаживает медиаторы воспаления интерлейкин-12 и -23 и вследствие этого снижает воспаление.

Ещё одно биологическое вещество применяется при системной красной волчанке (см. С. 87), когда несмотря на проводимую терапию активность болезни не отступает. Это так называемый BlyS-блокатор белимумаб. Его действие основано на связывании с растворимым человеческим белком-стимулятором В-лимфоцитов BlyS, что ведёт к сокращению жизни В-лимфоцитов.

Какие параметры контроля являются важными при длительном лечении?

Для того, чтобы нарушения, которые самому больному незаметны, могли быть своевременно выявлены, нужно регулярно контролировать следующие параметры: анализ крови, показатели функции печени и почек, CRP и мочу. Некоторые препараты или комбинирование нескольких могут потребовать еще дополнительных контрольных исследований.