

Слайд
1**Этиология, патогенез, классификация,
ранняя диагностика ревматоидного
артрита****Каратеев Д.Е.****ГУ Институт ревматологии РАМН**Слайд
2**Что такое ранний ревматоидный артрит?**

Клинический синдром?	Может быть длительно нетипичным
Иммунологически определенная патология?	Нет патогномоничных иммунологических признаков
Морфологически определенная патология?	Нет патогномоничных морфологических признаков
Эрозивное заболевание?	Цель адекватной базисной терапии – не допустить развития эрозий

Слайд
3**Стадии эволюции артрита
(по W. G. Dixon and D. P. M. Symmons, 2005)**

Слайд
4Слайд
5

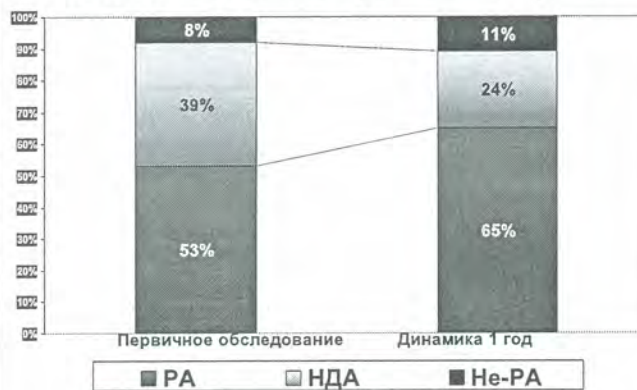
Диагнозы после первичного обследования



РАДИКАЛ – Предварительные результаты

Слайд
6

Результаты наблюдения за Московской когортой больных с ранним артритом



РАДИКАЛ – Предварительные результаты

Слайд
7**Характеристика раннего РА:**

- Клинически - стойкое или рецидивирующее воспалительное поражение суставов с тенденцией к развитию полиартрита
- Ассоциация с РФ и антицитруллиновыми антителами
- Тенденция к развитию деструктивных изменений хряща и кости
- Морфологически - хронический синовит

Слайд
8**Особенности диагностики раннего периода**

- Диагноз РА по существующим критериям может быть установлен у половины больных
- Широкий спектр дифференциальной диагностики
- Большая группа (39%) пациентов с невозможностью точной диагностики по критериям (НДА)
- Типичная картина РА наблюдалась чаще в возрасте старше 50 лет
- Диагностические трудности наиболее часто встречаются у молодых пациентов (до 30 лет)
- Пол больных достоверно не влиял на диагноз при первичном обследовании

Слайд
9**Клинические особенности, затрудняющие раннюю диагностику РА**

- Нестойкость артрита и утренней скованности
- Частый дебют с моно- и олигоартрита
- Отсутствие РФ у значительной части пациентов при первичном обследовании
- Отрицательные данные инструментальных исследований у значительной части пациентов при первичном обследовании

Слайд
10**Дифференциальный диагноз при раннем РА:**

- Остеоартроз
- Спондилоартриты
 - Серонегативный спондилоартрит
 - Псориатический артрит
 - Реактивный артрит
 - Болезнь Бехтерева
- Системная красная волчанка
- Подагра
- Вирусный гепатит
- Саркоидоз
- Гипермобильный с-м

Слайд
11**Дифференциальная диагностика при раннем РА в сложных случаях (олигоартрит крупных суставов) основана на:**

- Выявлении признаков воспалительного заболевания суставов (СОЭ, СРБ, синовиальная жидкость)
- Выявлении типичных иммунных нарушений (РФ, АЦЦП)
- Выявлении достоверных признаков воспалительного поражения позвоночника (сакроилеита и др.)
- Выявлении достоверных признаков артритогенных инфекций (ассоциированных с клиникой!)

Слайд
12**Методы решения диагностических проблем при раннем РА**

- Максимально полное первичное обследование с исключением признаков других заболеваний
- Более частое обследование в динамике (осмотр каждые 3-4 недели)
- Инструментальная верификация структурных изменений (рентгенография, МРТ), в том числе в динамике
- В плане дифференциального диагноза – морфологическое исследование для верификации хронического синовита

Слайд
13



Слайд
14

EULAR RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF EARLY ARTHRITIS
Report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT)

B. Combe¹, R. Landewe², C. Lukas¹, H. D. Bolosiu³, F. Breedveld⁴, M. Dougados⁵, P. Emery⁶, G. Ferraccioli⁷, J. M. W. Hazes⁸, L. Klareskog⁹, K. Machold¹⁰, E. Martin-Mola¹¹, H. Nielsen¹², A. Silman¹³, J. Smolen¹⁰, H. Yazici¹⁴

1 Immuno-Rheumatologie, Lapeyronie Hosp, Montpellier, France,
2 Rheumatic diseases, University Hosp, Maastricht, Netherlands
3 Rheumatology and research center, University of Medicine, Cluj-Napoca, Romania,
4 Rheumatology, Leiden Univ Medical Ctr, Leiden, Netherlands,
5 Rheumatology B, Cochin Hosp, Paris, France,
6 Rheumatology, Academic Unit of Musculoskeletal diseases, Leeds, United Kingdom,
7 Division of Rheumatology, Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italy
8 Rheumatology, Erasmus medical Ctr, Rotterdam, Netherlands,
9 Rheumatology, Karolinska Hosp, Stockholm, Sweden,
10 Internal Medicine III, Medical University, Vienna, Austria,
11 Rheumatology, Hosp La Paz, Madrid, Spain,
12 Rheumatology Q, University Hospital, Herlev, Denmark,
13 ARC Unit, Manchester University, Manchester, United Kingdom,
14 Rheumatology, Cerrahpasa medical faculty, Istanbul, Turkey

Слайд
15

Рекомендации (1)

- 1 Артрит характеризуется припухлостью сустава, сопровождающейся болью и скованностью. Пациент с артритом более чем одного сустава должен быть осмотрен ревматологом в идеале в течение 6 недель от появления симптоматики.
- 2 Клиническое исследование – главный метод выявления синовита. В сложных случаях полезно использование УЗИ, лазер-доплеровского исследования, МРТ
- 3 Исключение других заболеваний (не-РА) требует тщательного опроса и клинического осмотра больного, а также проведения как минимум следующих тестов: развернутый
 - общий анализ крови, общий анализ мочи, трансаминазы, антинуклеарные антитела.

Слайд
16**Рекомендации (2)**

- 4 У каждого пациента с ранним артритом, направленного к ревматологу, должны быть определены следующие факторы развития персистирующего эрозивного артрита:
- число припухших и болезненных суставов,
 - СОЭ или СРБ,
 - РФ и АЦЦП,
- эрозии на рентгенограммах.
- 5 Пациенты с риском развития персистирующего эрозивного артрита, даже в случае, если больной не отвечает классификационным критериям РА, должна быть как можно раньше назначена базисная терапия
- 6 Важно информировать больного о болезни, лечении и исходе. Как дополнительное средство может быть проведена специальная образовательная программа.

Слайд
17**Рекомендации (3)**

- 7 Назначение НПВП должно быть рассмотрено при наличии симптомов артрита после оценки состояния ЖКТ, сердечно-сосудистой системы и почек.
- 8 Системное лечение ГК уменьшает боль и припухлость и должно быть рассмотрено в качестве дополнительной (преимущественно временной) терапии как часть стратегии базисного лечения. Внутрисуставное введение
- 5 ГК должно быть рассмотрено как средство купирования локальных симптомов воспаления.
- 9 Среди базисных препаратов метотрексат рассматривается как основной («якорный») препарат и должен назначаться первым у пациентов с риском развития персистирующего заболевания.

Слайд
18**Рекомендации (4)**

- 10 Главная цель терапии – достижение ремиссии. Регулярный мониторинг активности болезни и побочных эффектов должен приводить к принятию решений по
- 8 выбору и изменению терапии (БПВП и биологических препаратов).
- 11 Не-фармакологические методы, такие как ЛФК, физиотерапия, могут использоваться как дополнение к лекарственной терапии.
- 12 Мониторинг активности болезни должен включать число припухших и болезненных суставов, оценку общего состояния больным и врачом, СОЭ и СРБ. Активность болезни должна оцениваться с интервалом в 1-3 месяца до развития ремиссии. Структурные повреждения должны оцениваться по рентгенограммам кистей и стоп каждые 6-12 месяцев в течение первых нескольких лет болезни. Оценка функции (например, HAQ) может быть добавлена к мониторингу активности и структурных повреждений.

Слайд
19

Основные рубрики МКБ

- РА РФ+ - M05.8 Другие серопозитивные ревматоидные артриты
- РА РФ- - M06.0 Серонегативный ревматоидный артрит
- Другие M05, M06 – для особых форм РА
- M06.9 Ревматоидный артрит неуточненный
- M13.0 Полиартрит неуточненный
- M13.9 Артрит неуточненный

Слайд
20

Клинико-анатомическая характеристика	Клинико-иммунологическая характеристика	Течение болезни	Степень активности процесса по клиническим данным	Стадии по рентгенологическим данным	Функциональная способность, степень
Ревматоидный артрит: полиартрит, олигоартрит, моноартрит Ревматоидный артрит с системными проявлениями: поражение ретикуло-эндотелиальной системы, легких, серозных оболочек, сердца, глаз, нервной системы, амилоидозом органов Особые синдромы: псевдооптический синдром, синдром Фелли Ревматоидный артрит в сочетании с деформирующим остеоартрозом, диффузными болезнями соединительной ткани, ревматизмом Ювенильный артрит (включая болезнь Стилла)	Серопозитивный Серонегативный	Быстро прогрессирующее Медленно прогрессирующее Без заметного прогрессирования	1-низкая 2-средняя 3-высокая Ремиссия	1 – околосуставной остеопороз 2 – остеопороз + сужение суставной щели (могут быть единичные эрозии) 3 – остеопороз, сужение суставной щели, множественные эрозии 4 – то же + костные анкилозы	0 – сохранена 1 – сохранена профессиональная способность 2 – утрачена профессиональная способность 3 – утрачена способность к самообслуживанию

Слайд
21

Зачем нужна классификация?

- Формирование единообразных представлений о болезни
- Обеспечение сравнимости данных
- Облегчение регистрации разных форм заболевания
- Правильная единообразная формулировка диагноза МСЭ

Слайд
22

**Основные параметры РА, которые должны
быть отражены**

- Клинические формы (в т.ч. системные проявления)
- Иммунологическая характеристика – диагноз и прогноз
- Инструментальное обнаружение эрозий – диагноз и прогноз
- Активность – выбор терапии
- Распространенность деструкции, осложнения – терапия, МСЭ
- Нарушения функции и дезадаптация – реабилитация и МСЭ
- Наличие ранней стадии болезни
