



Eesti Reumatoloogia Selts
Estonian Society for Rheumatology

Ревматоидный артрит

Инструкции для пациентов

Составитель: Пийа Тувик

Таллинн 2008

Авторы: Кайа Хюва, Пирет Лаур, Вахур Метсна,
Тыну Пеэтс, Ингрид Пылдемаа, Эве-Кай Раусси,
Эве Сооба, Мерике Тенноф, Пийа Тувик

Составитель: Пийа Тувик

Ответственный за редактирование текста: Тыну Пеэтс
Иллюстрации: Марика Таммару
Оформитель: Андра Эйнмаа
Печать: Saara Kirjastus

Финансировано Эстонской Больничной Кассой. Бесплатно.
Заверено руководством Союза Ревматологов Эстонии 12.10.2008.

«Ревматоидный артрит. Инструкции для пациентов» доступно также на домашних страничках в интернете
www.haigekassa.ee
www.ers.ee
www.reumaliit.ee

ОГЛАВЛЕНИЕ

Ревматоидный артрит и Эстонский Ревмасоюз	4
Рекомендации для хорошего сотрудничества в отношении лечения. Дочерние организации Эстонского Ревмасоюза (ERL). Цели ERL.	
Понятие ревматоидного артрита	8
Что такое ревматоидный артрит (РА)? У кого встречается это заболевание? Почему возникает РА? Воспалительные клетки и вещества, участвующие в воспалительном процессе. Что происходит в суставах? Какие суставы и другие органы могут заболеть? Деформации суставов и изменения подвижности суставов. Как начинается заболевание? Как врач диагностирует заболевание? Как протекает заболевание? Остеопороз, амилоидоз, сухость глаз и рта, малокровие. РА и здоровье сердца. Каков прогноз ревматоидного артрита?	
Медикаментозное лечение ревматоидного артрита	18
Нелеченное заболевание опаснее, чем лекарства. Нестероидные противовоспалительные препараты. Глюкокортикостероиды. Влияющие на ход заболевания препараты. Биологические препараты. Лечение боли. Внутрисуставное лечение. Скидки на лекарства. Компенсации на лекарства.	
Восстановительное лечение при ревматоидном артрите	39
Как проходит восстановительное лечение? Лечебная гимнастика и физическая активность. Нужно ли бояться лечебной гимнастики? Упражнения в воде. Развитие выносливости. Тренировка мышечной силы. Тренировка равновесия. Послеоперационное восстановительное лечение. Различные методы восстановительного лечения. Что необходимо учитывать при тренировках? Советы для процедур восстановительного лечения. Советы пациентам с проблемами стоп. Вспомогательные средства и методы. Упражнения для стоп. Советы пациентам с проблемами в шейном отделе позвоночника. Об эргономике.	
Реабилитационная терапия при ревматоидном артрите	59
Принципы защиты или сохранения суставов. Вспомогательные средства. Упражнения для кистей рук.	
Хирургическое лечение ревматоидного артрита	72
Цели хирургического лечения РА. Операции. Обезболивание. Использование лекарственных препаратов перед операцией. Сопутствующие заболевания. Осложнения. Бытовые проблемы. Операции на позвоночник, плечевой и локтевой суставы, запястье и кисть руки, на тазобедренный, коленный, голеностопный суставы, и суставы стопы.	
Другие возможности лечения ревматоидного артрита	80
Убедительная обоснованность и эффект плацебо. Альтернативная, холистичная медицина и комплементарное лечение. Вспомогательные методы лечения РА. Как относиться? Искусство как терапия	
Ревматоидный артрит и психология	85
Привыкание к новой ситуации. Как справиться с болью? Как осмысливать свой опыт боли? Эффективные терапии.	
Ревматоидный артрит и планирование семьи	88
РА и плодovitость. Беременность и лекарства. Период кормления грудью и лекарства.	
Ревматоидный артрит и социальная опека	92
Социальная опека, социальная служба, социальный работник. Потеря трудоспособности и инвалидность.	



РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ, СОТРУДНИЧЕСТВО ПРИ ЛЕЧЕНИИ

Др Тыну Пеэтс, ревматолог АО Ида-Таллиннской Центральной Больницы

Пациент с жалобами на суставы впервые очередь обращается к своему семейному врачу, который проводит исследования первого уровня и направляет при необходимости пациента дальше на консультацию к ревматологу. Прием ревматолога проходит в Таллинне, Тарту и во многих уездных городах. Ревматологические центры, где проходит стационарное лечение и есть возможность восстановительного лечения и хирургического лечения суставов, расположены в Таллинне (Ида-Таллиннская Центральная Больница, Северо-Эстонская Региональная Больница, Таллиннская Детская Больница) и Тарту (Клиника Внутренних Болезней и Детская Клиника Тартуского Университета). Подробную информацию о ближайшей по месту жительства ревматологической помощи можно получить у семейного врача или на домашней страничке Эстонского Ревмасоюза в интернет (www.reumaliit.ee).

Лечение ревматоидного артрита проходит под наблюдением ревматологом. В зависимости от тяжести ревматоидного артрита больной должен посещать ревматолога 1 раз в месяц (в начале заболевания и если заболевание не поддается лечению) или 1 раз в квартал (когда заболевание хорошо поддается лечению).

В зависимости от активности заболевания и сложившейся ситуации пациент направляется на восстановительное лечение. Перед приемом врача следует сдать анализы, которые покажут активность процесса и возможные побочные действия лечения.

Рекомендуется

- Вести дневник лечения, который содержит данные о диагнозе, лекарствах, анализах, лечебных процедурах;
- Заносить все принимаемые лекарства в таблицу (памятка принятия лекарства), из которой ясно видно, какие лекарства принимаются до или после еды, утром в обед, вечером или перед сном; Таблица 3-2. Памятка принятия лекарства стр 38.
- Сбирать все выписки из историй болезни, протоколы исследований и другие медицинские документы в отдельную личную папку;
- Всегда брать с собой дневник лечения, руководство по лечению и личную папку с документами о болезни при посещении ревматолога или другого специалиста;
- Знать контактные телефоны ревматологического центра (регистратуры, ревматологической сестры и прочие), куда можно обратиться в случае острой необходимости (обострение заболевания, побочные действия препаратов и прочее);
- Основательно обсуждать все касающиеся здоровья и лечения вопросы с ревматологом и семейным врачом.

Хорошее сотрудничество является гарантом хороших результатов лечения.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И ЭСТОНСКИЙ РЕВМАСОЮЗ

Ингрид Пылдемаа, председатель правления Эстонского Ревмасоюза

Недоходное предприятие Эстонский Ревмасоюз объединяет больных с заболеваниями костей, суставов и соединительной ткани, их близких, лечащих врачей, физиотерапевтов, медицинских сестер. В Ревмасоюз входят 12 региональных объединений и организаций под руководством добровольцев, занимающихся больными людьми на добровольных началах и с открытыми интересами по всей Эстонии.

Эстонский Ревмасоюз (ERL) является советчиком для больных с заболеваниями костей, суставов и соединительной ткани, и для их близких с целью поддержки их борьбы с заболеванием :

ERL

- организует консультации специалистов, обучения, информационные дни, форумы, распространяет информационные материалы и печатные издания
- распространяет среди населения знания о предупреждении ревматических заболеваний и их лечении;
- организует для своих членов и общественности оздоровительные и культурные мероприятия.

Распространяемая Эстонским Ревмасоюзом информация, проводимые обучения и информационные дни включают информацию о сущности заболевания, возможностях лечения, о борьбе с заболеванием и о социальных гарантиях и проходят в сотрудничестве с союзами врачей, лечебными учреждениями и чиновниками.

Недоходное предприятие Эстонский Ревмасоюз находится в Таллинне в поликлинике Магдалена Ида-Таллиннской Центральной Больницы, по адресу Таллинн, Пярну мнт. 104 – 111. Информацию можно получить по телефонам 645 4121 и 5343 5501, по адресу электронной почты reuma@reumaliit.ee и на домашней странице www.reumaliit.ee.

Эстонский Ревмасоюз включает 12 организаций:

1. **Таллинское Объединение Ревмы**, Пярну мнт. 104-111, Таллинн 113122;
2. **Тартуское Объединение Ревмы**, Вески 35, Тарту 50409;
3. **Ярваское Общество Ревмы**, Вез 3, Пайде 72713;
4. **Кохолаское Общество Ревмы**, Кийса теэ 2, Кохила 79801;
5. **Пярнуское Объединение Эстонского Ревмасоюза**, Ристикку 1, Пярну 80044;
6. **Пылваский Ревмасоюз**, Пийри 8-19, Пылва 63304;
7. **Валгаский Ревмасоюз**, Айа 11, Валга 68203;
8. **Вильяндиский Ревмасоюз**, Пости 20, Вильянди 71005;
9. **Йыгеваское Объединение Ревмы и Радикулита**, Ристикку 3, Йыгева 48303;
10. **Общество больных остеопорозом Эстонии**, Пярну мнт. 104, Таллинн 11312;
11. **Эстонский Молодежный Ревмасоюз**, Пярну мнт. 104 – 111, Таллинн 11312;
12. **Общество Ревмы ревматических больных детей и молодежи**, Лунини 6, Тарту 51014.

Недоходное предприятие Эстонский Ревмасоюз основали в Таллинне 31 октября 1991 года. Основателями и первыми членами правления были Ойви Ааре, Эндла Нугис, Эстер Луйга, Хельви Коппель, Кай Кукк, Айме Кристенбрун и Майре-Лийс Хяаль.

Вхождение в членство Ревмасоюза происходит на основании письменного заявления. Все члены союза имеют равные права независимо от времени их вступления в членство. Члены платят членский взнос 1 раз в год.

Цели Эстонского Ревмасоюза

1. Обеспечивать эффективное финансовое и медицинское комплексное лечение больных суставами
2. Создавать ревмацентры и кабинеты реабилитации по всей Эстонии совместно с ревматологами, ревма-сестрами, ортопедами, врачами восстановительного лечения, социальными работниками, психологами
3. Помогать доступности современного лечения больных опорно-двигательного аппарата и лучшей борьбе больных со своим заболеванием.
4. Помогать ранней диагностике и предупреждению заболеваний опорно-двигательного аппарата, пропагандируя и организуя оздоровительные и под-

вижные мероприятия, лекции, обучения и высказывания в средствах массовой информации и издание печатных материалов для пациентов, пропагандируя здоровый образ жизни и сбалансированное питание.

5. Помогать находить возможности восстановительного лечения больным с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и организовывать это в лечебных учреждениях, поликлиниках, центрах восстановительного лечения, санаториях и других учреждениях, знакомить с подходящими способами движения и разрабатывать упражнения для движения.
6. Помогать обеспечивать доступность современных лекарств и вспомогательных средств и влиять на принятие законов, касающихся этого. Ходатайствовать об улучшении поддержки и скидок для новых возможностей лечения.
7. Помогать создавать возможности переобучения своих членов при потере работоспособности по своей специальности.
8. Быть органом, помогающим больным с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и их близким, организуя консультации специалистов, обучения и информационные совместно с врачами и объединениями специалистов; распространяя среди населения знания о предупреждении ревматических заболеваний; организуя для своих членов и общественности оздоровительные и культурные мероприятия.
9. Быть учитываемой силой и объединяющим звеном в постановке и разрешении вопросов, касающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата на государственном и местном уровне. Объединение в тесном сотрудничестве занимается с учреждениями здравоохранения, врачебными сообществами, с научными организациями соответствующего направления и с другими организациями с целью сохранения и улучшения здоровья населения.
10. Помогать вести статистику заболеваний опорно-двигательного аппарата и собирать и анализировать данные о больных в Эстонии.
11. Проводить совместную работу и обмениваться опытом с международными объединяющими больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата организациями.
12. Проводить совместную работу с пациентами других сообществ и медицинскими объединениями.
13. Развивать финансовую деятельность объединения, чтобы обеспечить её дальнейшее существование.
14. Развивать и регулярно обучать руководства союза, членов правления, ключевых лиц входящих в состав организаций и членов организации для обеспечения дальнейшего существования организации.
15. Организовывать и помогать в проведении благотворительных мероприятий для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, организовывать пожертвования.



ПОНЯТИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Др Пийа Тувик, ревматолог ЦУ Северо-Эстонской Региональной Больницы

Что такое ревматоидный артрит?

Ревматоидный артрит (далее RA) является воспалительным заболеванием – полиартритом или артритом нескольких суставов, при котором поражаются многие суставы, реже и различные внутренние органы. Заболеванием могут быть охвачены также и прилегающие к суставам ткани, например, суставные сумки, влагалища сухожилий, мышцы.

Ревматоидный артрит - это хроническое заболевание, которое протекает волнообразно, с обострениями и затуханиями процесса. Уже единожды начавшись, хроническое воспаление в суставах обычно длится всю жизнь. Его не удастся полностью вылечить, но благодаря лечению на течение заболевания в очень значительной степени можно повлиять и защитить суставы от тяжелых повреждений. Заболевание может протекать по-разному. Иногда воспалительные деформации в суставах появляются уже через несколько лет. Но чаще течение заболевания имеет умеренный характер и хорошо поддается лечению.

У кого встречается это заболевание?

Ревматоидным артритом болеет около 0,5-1% населения, заболевание поражает все расы во всех климатических поясах, людей в городах и деревнях. В Эстонии насчитывается около 14000 больных RA, ежегодно заболевает более 500 человек.

У женщин РА встречается в три раза чаще, чем у мужчин. РА не является болезнью суставов пожилых людей, он может начаться в раннем детстве или в глубокой старости, чаще все-таки в 30-40 лет. 5% заболевших - дети (до 16 лет), в таком случае заболевание называют ювенильным артритом.

Почему появляется ревматоидный артрит?

Причина заболевания до сих пор не известна. РА - это так называемое аутоиммунное заболевание, при котором в организме нарушаются защитные механизмы. Если обычно иммунная система (защитная система) узнает и уничтожает попавшие в организм чужеродные организмы, например, вирусы, то при аутоиммунных заболеваниях иммунная система организма начинает атаковать клетки своего же организма. При РА воспаление возникает во внутренней оболочке суставной капсулы (в синовиальной оболочке), которая непосредственно окружает суставную полость. Такое воспаление внутренней оболочки суставной капсулы называют синовитом.

Предрасположенность заболеть ревматоидным артритом носит семейный характер. Наследственность отмечается в семьях по женской линии, но это не правило. Есть точное подтверждение того, что развитию РА способствует курение.

Воспалительные клетки и вещества, участвующие в воспалительном процессе

Воспаление образно можно сравнить с войной. В очаг воспаления собирается гигантская «армия», которая состоит из «солдат» – воспалительных клеток. Воспалительными клетками являются лейкоциты или представители разных групп белых кровяных телец (лимфоциты, макрофаги, нейтрофилы и другие). В воспалительных клетках, а также в печени и других органах производятся различные вещества, участвующие в воспалительном процессе. Арсенал «оружия» очень богат, здесь и разрушающие молекулы свободные радикалы кислорода, особый воспалительный белок – комплемент, иммуноглобулины, различные разрушающие хрящи и кости ферменты и многие другие вещества. «Приказчиками» в очаге воспаления являются производимые в воспалительных клетках медиаторы или сигнальные молекулы, которые при контакте с другими клетками влияют на их деятельность. Например, в очаге воспаления медиаторы увеличивают проницаемость стенок кровеносных сосудов, что вызывает отек. Под влиянием медиаторов находящиеся до сих пор в спокойном состоянии воспалительные клетки начинают «военные действия». При аутоиммунном воспалении суставов в итоге это означает серьезное повреждение хряща, близкой к суставу костной ткани и сухожилий и даже их разрушение. Некоторые медиаторы важнее других, они вызывают начало цепной реакции воспаления, подобной эффекту домино. Известно, что такими основными медиаторами воспаления являются фактор некроза опухоли альфа (TNF α), интерлейкин-1 (IL-1), интерлейкин-6 (IL-6) и некоторые другие. Эти вещества являются мишенями для новых биологических препаратов для лечения РА. Все используемые для лечения РА модифицирующие ход заболевания препараты тем или иным способом тормозят деятельность воспалительных клеток в очаге аутоиммунного воспаления. Медиаторы и активированные воспалительные клетки поступают в кровоток, вызывая во всем теле воспалительную реакцию, что приводит к усталости, потере аппетита, истощению, повышению температуры тела. Редко под влиянием медиа-

торов аутоиммунное воспаление развивается и в других органах, кроме суставов (в кровеносных сосудах кожи, пищеварительном тракте, легких и других местах).

Что происходит в суставах?

Поверхности костей, образующих суставы и покрытые хрящами, окружает суставная капсула, которая расположена от кости до кости и образует суставную полость. Капсула имеет прочную соединительно-тканную наружную оболочку и богатую кровеносными сосудами внутреннюю оболочку (синовий), которая выделяет в суставную полость жидкость, через которую клетки хряща получают кислород и необходимые питательные вещества (рисунок 2-1а). Внутренняя оболочка богата также клетками иммунной системы (лимфоцитами, макрофагами и другими), которые защищают сустав от возможных возбудителей заболевания (бактерий, вирусов). При ревматоидном артрите клетки иммунной системы по неизвестной до сих пор причине начинают атаковать сам сустав – возникает воспаление в суставе. В организме воспаление всегда означает скопление в очаге воспаления воспалительных клеток – лейкоцитов или белых кровяных телец. Таким очагом и является внутренняя оболочка суставной капсулы. Под влиянием скопившихся в суставной капсуле воспалительных клеток суставная оболочка начинает производить слишком много суставной жидкости – возникает отек сустава. Воспалительная суставная жидкость содержит много воспалительных веществ и клеток и повреждает хрящ. При утихании обострения (и после противовоспалительного укола в сустав) вызванный суставной жидкостью отек проходит. Со временем внутренняя оболочка суставной капсулы утолщается за счет участвующих в воспалении клеток и соединительной ткани в тысячи раз и образуется покрывающий поверхность кости так называемый паннус (с греч. яз. кусок ткани, лоскут), который производит повреждающие хрящ и костную ткань вещества. Паннус является опухолеподобным разрастанием внутренней оболочки суставной капсулы, которое переполнено воспалительными клетками и веществами. Наконец, паннус разрушает хрящ и находящуюся под ним костную ткань, в костях возникают эрозии или пустоты, которые на рентгенологических снимках видны как дырки – как будто от края кости “откушен” кусочек (фото 2-1; рисунок 2-1б). Паннус покрывает сустав мягкой пружинящей прослойкой, вызывает деформацию и отек, которые полностью уже не исчезают.

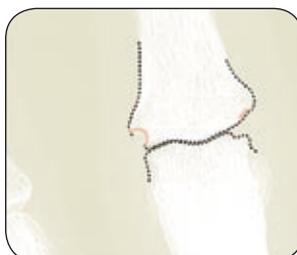


Фото 2-1. Эрозии суставов



Рисунок 2-1а. Нормальный сустав

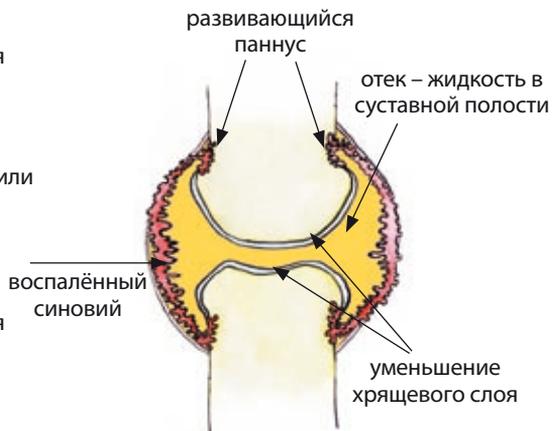


Рисунок 2-1б. Больной сустав

Деформации суставов и изменение подвижности суставов.

Из-за изменений в хрящах и костях поверхности суставов теряют свою первоначальную форму и вид. Окружающие сустав ткани – капсула, сухожилия и связки – также поражены воспалительным процессом и не могут больше удерживать сустав в правильном положении. Сустав начинает «болтаться» (становится нестабильным), возникают неправильные положения суставов. Например, при поражении суставов запястья сухожилия соскальзывают из своих костных бороздок и вытягивают пальцы из своего обычного положения наружу, то есть в направлении мизинца, образуются деформации – фото 2-2). Наблюдаются также деформации фаланг пальцев. Например, при разрыве сухожилий возникают деформации типа «лебединой шеи» - (фото 2-3) и деформации типа «пуговичной петли» и деформации большого пальца руки (фото 2-4). Потерявший свою форму и ось сустав не может нормально работать.



Фото 2-2. Деформации кистей



Фото 2-3. Деформация по типу «лебединой шеи» на II-V пальцах



Фото 2-4. Оба больших пальца искривлены на 90°

Например, рука теряет способность делать захватывающие движения, поворачиваться, сопоставлять пальцы друг относительно друга.

Если покрывающий концы костей хрящ полностью разрушен, то концы костей могут «срастаться» (возникает анкилоз или срастание сустава). Чаще всего анкилоз встречается в маленьких суставах запястья.

Какие суставы поражаются?

РА может поражать все суставы. Типично симметричное заболевание суставов – то есть с обеих сторон тела. Всегда поражаются суставы кистей и стоп (основные суставы пальцев рук и ног, запястья), часто коленные и плечевые суставы. Продолжающееся длительное время заболевание может поражать и позвоночник, в основном его шейный отдел.

Как начинается заболевание?

На ранней стадии заболевания отмечаются утренние боли в суставах и длящаяся по меньшей мере полчаса скованность в суставах, особенно в суставах запястья и пальцев рук. Сжимание руки болезненно и сгибание пальцев кулак затруднено или даже невозможно, руки слабые. Утром вставание на ногу в области большого пальца болезненно, обувь становится мала. Кроме того, может быстро развиваться усталость, как при физической, так и умственной работе. Заболевание может начинаться постепенно или внезапно с воспаления в руках и ногах и еще во многих других суставах. Воспаление в суставах начинается с утренней боли, скованности и отека суставов. Во второй половине дня жалобы обычно уменьшаются. В 20% случаев заболевание не протекает классически, а суставы заболевают несимметрично и по одному, а не несколько сразу.

Как врач диагностирует заболевание?

Врач выслушивает жалобы пациента, осматривает его тело и назначает анализы и исследования. Важно отличить друг от друга различные заболевания суставов. Иногда картина заболевания ясна, а иногда постановка правильного диагноза занимает больше времени. С целью более легкого распознавания ревматоидного артрита разработаны критерии (смотри таблицу 2-1). Если из 6 признаков встречается 4, то у пациента вероятнее всего ревматоидный артрит. При помощи этих критериев можно легче распознать уже долго длящийся ревматоидный артрит. В настоящее время уделяется большое внимание раннему артриту. Это только что начавшееся воспаление в суставе, которое с течением времени может оказаться ревматоидным артритом или каким-то другим легче излечивающимся заболеванием.

Таблица 2-1 Критерии классификации RA, разработанные Американской Коллегией Ревматологов в 1987 году (при наличии 4 критериев можно диагностировать RA)

- Утренняя скованность суставов после пробуждения продолжительностью не менее 1 часа на протяжении 6 недель.
- Артрит трех или более суставов на протяжении 6 недель.
- Артрит хотя бы 1 сустава на кистях рук на протяжении 6 недель.
- Симметричный (с обеих сторон тела) артрит хотя бы 2 суставов на протяжении 6 недель.
- Наличие ревматоидных узелков.
- Положительный ревматоидный фактор в крови (RF).
- Характерные для RA изменения на рентгенологических снимках.

Анализ крови

1. Показатели воспаления: скорость оседания эритроцитов или реакция (ESR), С-реактивный белок (CRP) и прочие. Показатели воспаления указывают на имеющееся в организме воспаление или повреждение тканей, но не объясняют их характер. При RA обычно показатели воспаления в крови превышают значения нормы.
2. Ревматоидный фактор (RF) – это антитело (производимая иммунной системой белковая молекула), которое при ревматоидном артрите встречается у 75-80% больных. Наличие RF в крови не доказывает диагноза ревматоидного артрита, так как встречается и при многих других заболеваниях, а также и у здоровых людей, особенно в пожилом возрасте. Если у пациента с заболеванием суставов обнаруживается в сыворотке крови RF, то заболевание называют серопозитивным, если не обнаруживается, то заболевание носит название серонегативное. Роль RF в развитии заболевания не ясна, но обнаружено, что он производится в клетках оболочки больного сустава. Обнаружение RF у пациента с воспалением суставов подтверждает диагноз RA, но количество RF в крови не показывает активность заболевания и повторное определение RF вообще не требуется.
3. Антитела на циклический цитрулинированный белок (anti-CCP). Используется с 2000 года. Обнаружение anti-CCP в сыворотке крови может предполагать обострение RA. Anti-CCP является характерным для RA – у 98% пациентов с заболеваниями суставов, у которых имеется anti-CCP в крови, развивается или уже есть RA. Вместе с RF этот анализ очень важен в определении RA в фазе раннего артрита.
4. При необходимости делаются и другие для исключения других воспалений суставов. Также проверяются анализы, которые отражают работу внутренних органов (печени, почек).

Исследования

Обычно при RA делают рентгенологическое исследование кистей рук и стоп. Характерные для RA изменения в суставах развиваются в течение полугода после начала воспаления в суставах. Поэтому на ранней стадии заболевания от обычного рентгенологического снимка большой пользы нет. При раннем RA воспаление в суставах можно увидеть на ультразвуковом исследовании или на магнитно-резонансной томографии (MRT).

Как протекает заболевание?

RA – это хроническое, длительное заболевание. Его течение обычно периодичное (обострения сменяются с затиханием заболевания) и постоянно прогрессирующее, то есть развивающееся дальше (поражение суставов усиливается). В результате лечения и иногда спонтанно возникают более короткие или более длительные ремиссии – периоды затихания, когда человек чувствует себя совершенно или почти здоровым и может ошибочно считать, что заболевание прошло и лечение можно прекратить. И в фазе затихания может происходить медленное повреждение суставов, поэтому прекращение лечения следует тщательно взвешивать. У некоторых людей заболевание длится годами без значительных деформаций и процессом охвачено сравнительно мало суставов – это RA с медленным течением. Умеренное течение заболевания тогда, когда болезнь охватывает одну группу суставов за другой и примерно в течение 10 лет развиваются деформации. Обострения заболевания обычно отмечаются раз в пару лет. При быстром течении заболевания воспаление в суставах постоянно находится в активной фазе, деформации могут развиваться уже через пару лет, а поражение суставов довольно обширное. У женщин RA склонен вызывать серьезные поражения суставов быстрее, чем у мужчин. В начале заболевания трудно предположить его дальнейшее течение, хотя RF, anti-CCP и видимые на рентгенологических снимках первые эрозии уже в начале заболевания указывают на более тяжелое его течение.

Могут ли быть осложнения при длящемся долго RA?

Длющийся долго и оставленный без лечения или тяжело поддающийся лечению RA может привести к разрежению костной ткани, амилоидозу, малокровию, сухому синдрому, к преждевременному «обызвествлению» кровеносных сосудов сердца.

Остеопороз или разрежение костной ткани

У пациентов с RA может развиваться остеопороз или разрежение костной ткани. RA вызывает три вида поражения в костях:

- Общее уменьшение плотности костной массы (то есть всей костной системы), которое вызвано наличием воспаления в организме, так как с кровотоком в костную ткань попадают воспалительные вещества и препятствуют постоянному обновлению костной ткани.
- Снижение плотности костной ткани в расположенных вблизи суставов областях костей, которое вызвано усилением обмена веществ в костях и скопление участвующих в процессе воспаления клеток в костном мозге. Также разреже-

- нию костной ткани способствует малоподвижность больного сустава.
- Воспаление сустава и развитие паннуса способствует образованию эрозий в прилегающих к суставам костях.

Развитию остеопороза также способствует лечение RA глюкокортикостероидами (ГКС). У 50% получающих лечение преднизолоном и метилпреднизолоном обычно на 3-6 месяце лечения развивается остеопороз. Большие потери костной ткани обнаруживают в позвоночнике и ребрах. ГКС в схемах лечения ревматоидного артрита практически незаменимы, так как обладают сильным противовоспалительным действием и обладают способностью защищать суставы от развития эрозий. Хотя ГКС вызывают остеопороз, действуя практически на все обменные процессы, при необходимости эти препараты нужно принимать. Доза ГКС должна быть настолько высокой, насколько это необходимо, и настолько низкой, насколько это возможно. Разработаны различные методы, как избежать вызванный глюкокортикостероидами остеопороз и лечить его. Они приведены в таблице 2-2.

Плотность костной ткани нужно проверять методом DEXA в области позвоночника. Если минеральная плотность костей (LMT) ниже, чем -1,5 следует начинать лечение препаратами от остеопороза.

Таблица 2-2 Методы предупреждения вызванного глюкокортикостероидными гормонами остеопороза

- Используй в пищу продукты, богатые кальцием (молочные продукты, рыба, листовые овощные культуры и прочее).
- Избегай употребления в пищу в больших количествах продуктов, которые выводят кальций из организма (кофе, цитрусовые фрукты, напитки из сока, уксус, поваренная соль и прочее).
- Откажись от курения и чрезмерного употребления алкоголя.
- Избегай падений (дома убери с пола все скользящие половые покрытия и неровности, при необходимости и дверные пороги, в ванной комнате пользуйтесь вспомогательными поручнями, избегайте обуви на скользкой подошве, при необходимости на улице пользуйтесь тростью, а в скользкое время года на трость прикрепляйте острый наконечник, не лазайте).
- Делай ежедневно препятствующие развитию остеопороза упражнения.
- Принимай кальций 1500 мг в день.
- Принимай витамин D 800 ЕД в день.
- Обсуди с врачом: нужно ли начинать лечение остеопороза?

Амилоидоз

При RA и других хронических воспалительных заболеваниях из-за воспаления в печени образуются различные белковые соединения, одно из которых имеет способность откладываться в тканях. Этот отложившийся белок называют амилоидом.

Белок откладывается при генетической предрасположенности к этому, если RA не лечить. Амилоид откладывается во все органы человеческого тела, чаще всего в почки, в пищеварительном тракте: от желудка до прямой кишки, а также в печени, поджелудочной железе; селезенке, щитовидной железе, подкожную жировую ткань. При поражении пищеварительного тракта возникает понос, чередующийся с запорами. При поражении почек развивается почечная недостаточность. Амилоидоз можно предупредить при адекватном противовоспалительном лечении RA, ведь в таком случае в печени не образуются способные откладываться воспалительные вещества.

Воспаление глаз и сухость во рту

При длительном течении RA у может развиваться сухость рта, верхних дыхательных путей (трахеи и бронхов) и глаз. Такие побочные явления при RA называют сухим синдромом, также и вторичным (вторичным) синдромом Sjögren'a (сухой синдром может встречаться как самостоятельное заболевание). Причиной сухости слизистых оболочек является поражение вырабатывающих слюну, слезы и слез желез из-за аутоиммунного воспаления. Глаза имеют воспаленный вид: глаза красные, слезятся, глаза щиплет, текут слезы, в глазах чувство песка. Для лечения используются искусственные слезы, чтобы увлажнить слизистую оболочку глаз и защитить глаза от инфекции. Сухость во рту приводит к затруднению жевания и проглатывания пищи, также и трудностям произношения (язык «хрустит»), может развиваться выраженный кариес зубов. Лечение является тщательная гигиена зубов и ротовой полости после каждого приема пищи, жевание жевательных резинок без сахара, лубриканты (смазка) ротовой полости или искусственная слюна, часто питье по глоточкам, употребление в пищу бананов. Из-за сухости верхних дыхательных путей может быть чаще бронхит, воспаление трахеи, кашель. Лечение является вдыхание влажного воздуха (например, паровая баня, ингаляции, увлажнения помещений).

Анемия или малокровие

У больных RA часто встречается умеренная анемия, при которой величина красных кровяных телец и содержание в них железа в норме. Причин анемии много, она может быть вызвана воспалением в организме. Тяжесть анемии напрямую связана с активностью RA. Прием препаратов железа в этом случае не поможет, так как запасы железа в организме в этом случае достаточны. Анемия улучшается на фоне лечения воспаления суставов. Второй частой причиной анемии при RA может быть язва в пищеварительном тракте и кровотечение из пищеварительного тракта, развитию которых способствуют многие обезболивающие и противовоспалительные препараты, которыми лечат ревматоидный артрит. Для предупреждения развития язвы вместе с этими препаратами необходимо принимать защищающие слизистую оболочку препараты (ранитидин, рецептурный препарат омепразол и другие). Анемия может усугубиться при потере крови при менструации или геморроидальном расширении вен в прямой кишке. Симптомами малокровия являются слабость, быстрое утомление, бледность кожи и слизистых оболочек, головокружение, учащенное сердцебиение. При появлении этих симптомов следует незамедлительно обратиться к врачу.

RA и здоровье сердца

У больных ревматоидным артритом в два раза чаще встречаются заболевания сердца и кровеносных сосудов, укорачивающие жизнь, чем у людей, не имеющих воспалений суставов. Это связано с более быстрым чем обычно атеросклеротическим процессом в стенках кровеносных сосудов – обызвествлением сосудов. Более выраженные атеросклеротические повреждения в стенках кровеносных сосудов обнаружены при далекозашедшем RA, особенно если заболевание поразило и внутренние органы. Общим фактором, способствующим развитию атеросклероза, является курение, повышенное давление, диабет, повышенный уровень жиров в крови, большой индекс массы тела. У больных RA дополнительными фактором риска является высокая воспалительная активность, которая выражается в повышении уровня С-реактивного белка (CRP). Ускоренный атеросклеротический процесс начинается еще до появления симптомов RA. У больных с ранним артритом, у которых заболевание длится меньше 1 года, обнаруживаются изменения в стенках артерий, повышенный уровень жиров в крови и нарушение их соотношения, что играет важную роль в развитии атеросклеротической бляшки. При курении и наличии аутоиммунного воспаления повреждение стенок артерий всегда больше. Если лечить ранний артрит эффективно влияющими на ход заболевания препаратами в течение 1 года, то ранние атеросклеротические изменения уменьшаются в значительной степени и нормализуется уровень жиров в крови. Для предупреждения развития атеросклероза очень важно на ранней стадии RA устранить все факторы риска развития атеросклероза: повышенное давление, курение и воспалительную активность заболевания.

Каков прогноз ревматоидного артрита?

Естественный ход развития RA предполагает прогрессирующую динамику. Заболевание разрушает суставы и человек становится недееспособным, затрудняется самообслуживание. При нелеченом заболевании продолжительность жизни укорачивается на 5-15 лет. За последние 20 лет прогноз RA значительно улучшился в связи с началом использования новых препаратов (метотрексат, биологические препараты) и началом комбинированного влияющего на ход заболевания лечения еще до появления изменений на рентгенологических снимках (так называемое раннее агрессивное лечение). Также возросла информированность населения о заболевании и эффективности лечения, и согласие пациентов с лечением стало также лучше. Одно сравнительное исследование показывает, что в 1980-х годах около 37% пациентов не принимали регулярно лекарства, в 2000 году эта цифра составляет лишь 3,3%. Прогноз также зависит от экономики и скидок на лекарства конкретного региона. RA уменьшает работоспособность как при физическом, так и при умственном труде. Потеря работоспособности вызывается как повреждением работающих суставов, так и вызванной заболеванием усталостью. Повреждение суставов нижних конечностей может быть препятствием к походу на работу, к работе, связанной с длительным стоянием на ногах или связанной с постоянными передвижениями. Повреждение суставов кистей рук мешает деятельности, связанной с работой руками, в том числе и работе за компьютером.



МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Др Еве-Кай Раусси, ревматолог ЦУ Северо-Эстонской Региональной Больницы

Нелеченное заболевание опаснее, чем лекарства. Как основные принципы лечения RA, так и возможности лечения за последние пару десятков лет кардинально изменились. Десятилетия назад RA был заболеванием, при котором врачи могли только лишь уменьшить жалобы больного и, несмотря на усилия, конечным результатом все равно были тяжелые деформации суставов и неизбежная инвалидность.

По современным представлениям лечение следует начинать как можно раньше, оно должно быть достаточно эффективным и постоянным.

Цель лечения

- Достичь ремиссии заболевания или его затихания.
- Избежать развития повреждений суставов и вызванной ими потери трудоспособности.
- Улучшить качество жизни.
- Уменьшить боль.
- Продлить жизнь.

При использовании всех возможностей лечения во многих случаях эти цели достижимы.

Лечение РА является комплексным – определенное место занимают различные лекарства, физиотерапия, реабилитация и хирургия. Повреждению суставов препятствует прежде всего медикаментозное лечение. Поскольку РА это хроническое заболевание, которое в настоящее время еще пока невозможно полностью вылечить, то и лечение его длительное, даже пожизненное.

В медикаментозном лечении РА используются следующие препараты (таблица 3-1)

- нестероидные противовоспалительные препараты (с англ. яз. NSAID – *non-steroidal anti-inflammatory drugs*);
- глюкокортикостероиды (GKS);
- влияющие на ход заболевания препараты (ВХП), также базовые препараты, модифицирующие ход заболевания препараты или DMARD (DMARD – с англ. яз. *disease modifying antirheumatic drugs*).

Противовоспалительные препараты быстро устраняют жалобы больного, поэтому их постоянно используют при обострении заболевания, в спокойной же фазе заболевания их принимают по необходимости. GKS, лекарства, похожие на гормон надпочечников кортизол, обладают более сильным противовоспалительным действием, их принимают по определенной схеме в особенно активной фазе заболевания. Эти две группы препаратов не в состоянии значительно повлиять на длительное течение РА, поэтому основой лечения РА являются влияющие на ход заболевания препараты (ВХП). Целью влияющие на ход заболевания лечения является подавление активности РА через влияние на иммунную систему организма. Адекватное ВХП замедляет и в идеальном случае предупреждает развитие повреждений суставов. Действие ВХП начинается довольно медленно и лечение длится постоянно в течение многих и многих лет, чтобы заболевание не прогрессировало.

Больные, которые принимают в день больше 10 мг преднизолона или 8 мг метилпреднизолона (Medrol) и/или ВХП, в том числе и биологические препараты, не должны вакцинироваться живыми вакцинами. Другие вакцины можно использовать, для этого нет необходимости прерывать лечение, но следует учитывать, что проведенная на фоне этого лечения вакцинация может не дать достаточного результата в предупреждении инфекционных заболеваний.

Часто в схему лечения больных РА попадают препараты для предупреждения побочных действий перечисленных выше лекарств (язва желудка, разрежение костной ткани), обезболивающие препараты и местное лечение (холодные и горячие компрессы, мази, уколы в воспаленный сустав и прочее).

Следует знать, что лекарств не стоит бояться. **Нелеченное заболевание – воспаление в суставах - всегда вреднее и опаснее, чем правильный прием лекарственных препаратов!**

Поскольку РА является хроническим заболеванием, то очень важно сотрудничество ревматолога, семейного врача и пациента, хорошие знания пациента о своем заболевании и возможностях его лечения. Для улучшения сотрудничества создан так называемый дневник больного ревматоидным артритом, куда отмечаются принимаемые лекарства, результаты анализов крови, внутрисуставные уколы, периоды пребывания в больницах и на восстановительном лечении.

Целью лечения РА является уменьшение или устранение вызванных заболеванием симптомов и предупреждение усугубления поражения суставов. При хорошем результате лечения человек может жить полноценной жизнью, но гарантом этого служат регулярный прием лекарств и посещение ревматолога.

Таблица 3-1 Лекарства для лечения ревматоидного артрита. (Все лекарства продаются по рецепту врача, кроме ибупрофена)

Противовоспалительные препараты Нестероидные препараты от боли и воспаления	<i>диклофенак (Diclac, Dicloberl, Diclomelan, Voltaren, Arthrotec, Feloran, Naklofen, Olfen)</i> <i>ибупрофен (Ibumax, Ibumetin, Burana)</i> <i>индометацин (Indomet)</i> <i>кетопрофен (Keto, Ketonal)</i> <i>лорноксикам (Xefo)</i> <i>мелоксикам (Movalis, Recoxa, Melobax, Lormed)</i> <i>набуметон (Relifex)</i> <i>напроксен (Naprosyn)</i> <i>пироксикам (Brexin) и другие</i> <i>эторикоксиб (Arcoxia)</i> <i>целекоксиб (Celebrex)</i>
Глюкокортикостероиды	<i>метилпреднизолон (Medrol),</i> <i>преднизолон (Prednisolon)</i>
Влияющие на ход заболевания препараты	<i>азатиоприн (Imuran, Azarakhexal)</i> <i>гидроксихлорокин (Plaquenil, Oxiklorin),</i> <i>хлорамбуцил (Leukeran)</i> <i>лефлуномид (Arava)</i> <i>метотрексат (Trexan)</i> <i>сульфасалазин (Salazopyrin)</i> <i>циклофосфамид (Endoxan, Syklofosfamid)</i> <i>циклоспорин (Sandimmun Neoral)</i>
Биологические препараты	<i>адалimumаб (Humira)</i> <i>этанерцепт (Enbrel),</i> <i>инфликсимаб (Remicade)</i> <i>ритуксимаб (Mabthera)</i>

Нестероидные противовоспалительные препараты или NSAID

NSAID уменьшают воспаление в организме и таким образом уменьшают и боль. Целью лечения NSAID-ами является уменьшение симптомов воспаления суставов – боли, отеков, утренней скованности – и улучшение работы суставов. NSAID быстро устраняют жалобы со стороны суставов, но не могут затормозить необратимые процессы поражения суставов.

Есть целый ряд различных NSAID, с различиями в эффективности и побочных действиях. Для каждого пациента подходящий препарат подбирается на основании опыта лечения.

При выраженном воспалении в суставах NSAID нужно принимать регулярно. Сначала начинается обезболивающее, а затем и противовоспалительное действие (уменьшающее отек сустава). Поскольку часто беспокоят именно ночные боли и утренняя скованность суставов, то на ночь рекомендуется принимать препарат длительного действия. При менее выраженных жалобах NSAID можно принимать и в зависимости от интенсивности боли. Нельзя превышать максимальную разрешенную суточную дозу, которая для каждого конкретного препарата индивидуальна.

NSAID принимаются в виде пероральных таблеток или капсул или ставятся в прямую кишку в виде свечей. Внутримышечное использование NSAID при RA не оправдано – этот способ введения препаратов используется только при острой боли и кратковременно, в случае же RA лечение длительное. Частые внутримышечные уколы могут вызвать в месте инъекции локальные осложнения (рубцевание, абсцессы). Следует знать, что и внутримышечные уколы NSAID могут привести к побочным действиям со стороны пищеварительного тракта (язва желудка, кровотечение из пищеварительного тракта), так как через кровоток уколы NSAID также влияют на пищеварительный тракт. Важно также, что различные NSAID (например, диклофенак, ибупрофен, аспирин и другие) нельзя принимать одновременно – от этого действие не усилится, но может значительно повыситься риск развития побочных действий. При этом можно одновременно использовать различные пероральные и локальные препараты (мази, пластыри).

Частые побочные действия NSAID

- Повреждения в пищеварительном тракте. Возникает тошнота, боль в животе, понос, в тяжелых случаях развивается язва желудка или двенадцатиперстной кишки и кровотечение из неё. Большая опасность развития побочных действий со стороны пищеварительного тракта отмечается у пожилых людей старше 60 лет, у людей с язвой в анамнезе или у людей, принимающих глюкокортикоиды или препараты, разжижающие кровь (например, Marevan). В таком случае отдают предпочтение менее опасным для пищеварительного тракта препаратам и/или к лечению добавляют защищающий слизистую оболочку желудка препарат.
- Повреждения почек, которые могут возникнуть при длительном использовании NSAID в относительно больших дозах.

- Повышение кровяного давления.
- Отеки на ногах.
- Повреждение печени.
- Головная боль, сонливость, аллергия.

Глюкокортикостероиды (GKS) или кортикоиды

GKS очень эффективные сильнодействующие противовоспалительные препараты, схожие с вырабатываемым в надпочечниках человека кортизоном вещества. При RA GKS используются перорально для быстрого подавления острого воспаления в суставах, а также в виде внутрисуставных уколов и уколов в прилегающие к суставу тканям (смотри стр 28) и относительно редко в виде внутривенных инфузий (капельниц) при очень высокой активности RA.

GKS играют важную роль в лечении раннего и активного RA. Действие GKS наступит быстро, уже через несколько дней уменьшаются боли и скованность в суставах, уменьшаются отеки, улучшается общее самочувствие и уменьшаются показания активности воспаления в анализах крови. GKS имеют небольшое замедляющее развитие RA действие и действие, тормозящее развитие эрозий. Лечение GKS нужно рассматривать как мост, который помогает выбраться из острого периода заболевания до начала действия базовых препаратов.

Доза GKS зависит от остроты заболевания, обычно начальная доза больше. Когда активность заболевания утихает, под контролем ревматолога доза GKS уменьшается по определенной схеме до наименьшей необходимой дозы или полностью прекращается. Самостоятельно нельзя прекращать прием этих лекарств со дня или хаотично изменять дозу, так как это может вызвать обострение заболевания, развитие резистентности к препарату или серьезные побочные действия.

При RA используются таблетки преднизолона (5 мг) и метилпреднизолона (Medrol, 4 мг). Рекомендуется принимать всю дозу целиком утром, так как в таком случае сохраняется ритм суточного колебания кортикостероидного гормона (в организме больше всего вырабатывается кортизола рано утром).

Частые побочные действия GKS

При кратковременном лечении обычно серьезных побочных действий не встречается. Относительно безопасной дозой считается до 7,5 мг преднизолона (6 мг Medrol) в день.

При длительном использовании больших доз GKS (>7,5 мг преднизолона)

- Уменьшается производство кортизола в организме, что ухудшает работу организма в стрессовой ситуации (травмы, операции и прочее). Иногда необходимо повышать дозу GKS при операциях.
- Снижается сопротивляемость организма к инфекциям, поскольку GKS подавляют защитные силы организма.
- Улучшение аппетита и повышение веса тела. Также увеличивается отложение

жира в области лица – лицо становится круглым и красным, такое лицо называют лунообразным. Такое побочное действие называют синдромом Cushing'a (читай: кушинга).

- Может развиваться диабет.
- Повышается артериальное давление крови.
- Повреждения пищеварительного тракта. Могут выражаться в виде болей в животе, язвы желудка или двенадцатиперстной кишки и кровотечения из пищеварительного тракта.
- Ускоряется процесс разрежения костной ткани, увеличивается риск переломов костей.

При лечении GKS следует очень тщательно учитывать соотношение ожидаемого результата лечения и возможных побочных действий. Поэтому лечение GKS не назначают без серьезной на то необходимости. Для предупреждения возможных осложнений лечения требуется постоянное наблюдение за пациентом со стороны ревматолога и семейного врача и строгое соблюдение схемы лечения больным. В начале лечения измеряется плотность костной ткани и для предупреждения разрежения костной ткани рекомендуется принимать препараты кальция и витамин D, при необходимости также препараты от остеопороза (смотри главу о вызванном GKS остеопорозе, стр 14). Для предупреждения побочных действий со стороны пищеварительного тракта используются защищающие желудок препараты (например, омепразол и другие).

Влияющие на ход заболевания препараты (ВХП)

Основой лечения RA являются влияющие на ход заболевания препараты. К этой группе относятся препараты, различные по составу и механизму действия, общим свойством которых является действие на иммунную систему, благодаря которому уменьшается атака против своих же тканей (суставов) организма. **Только эта группа препаратов способна затормозить развитие повреждений в суставах и прогрессирование заболевания.** Очень важно начинать лечение как можно раньше и максимально агрессивно (то есть, при необходимости использовать несколько препаратов ВХП вместе в больших дозах – комбинированное ВХП лечение), тогда и результат лечения будет значительно лучше.

Если заболевание длительное время было в стадии ремиссии (затихания), есть возможность уменьшить дозу или число принимаемых препаратов. **Полное прекращение приема препарата невозможно, так как за этим последует тяжело поддающееся лечению обострение RA и быстрое усугубление повреждений суставов.**

Важнейшим влияющим на ход RA препаратом является метотрексат, который называют также препаратом-якорем (от англ. anchor drug), так его часто назначают первым, а позже у нему добавляют и другие препараты. Другими важнейшими ВХПми являются сульфасалазин, гидроксихлорокин, лефлуномид, азатиоприн, циклоспорин А, препараты золота и циклофосфамид. Представление лекарств,

влияющих на ход заболевания, смотри на страницах 30-37 . Для увеличения эффективности лечения часто используется комбинация препаратов. Более новыми, эффективными, но и значительно более дорогими ВХПами являются биологические препараты. Из группы этих препаратов в Эстонии в настоящее время используются антитела против TNF-α и его рецепторов – инфликсимаб, этанерцепт адалимумаб. Для лечения RA в настоящее время также используются анакинра, ритуксимаб и абатацепт. Обычно эти препараты комбинируются с традиционными ВХПами для достижения более эффективного действия. Биологические препараты не комбинируются между собой.

Перед тем, как назначить лечение, больного тщательно расспрашивают о сопутствующих заболеваниях и используемых лекарствах, чтобы выяснить возможные противопоказания к приему лекарств и совместные действия. Кроме того, делаются анализы крови и мочи для проверки активности воспаления, проверяются показатели работы почек и печени, делается рентген легких. Каждому больному подбирается индивидуальная схема лечения с учетом активности заболевания и индивидуальных особенностей пациента, сопутствующих заболеваний и прочего. Далее следует **постоянный контроль за лечением в отношении эффективности, переносимости и побочных действий**. При необходимости лечение изменяют – если нет достаточного эффекта, то следует увеличить дозы препаратов, добавить новые препараты или поменять их. При появлении побочных действий дозы препаратов уменьшают или прекращается прием лекарств и подбирается новая комбинация препаратов.

Обычно в начале лечения анализы проверяются чаще (обычно раз в месяц) и далее реже (раз в квартал).

Частые побочные действия ВХП

- Нарушение работы печени (соответствующие изменения в анализах)
- Изменения в картине крови (в численных показателях кровяных клеток), которые в большинстве случаев, но не всегда, проявляются в начале лечения, в первые его месяцы. Эти изменения люди сами обычно не ощущают, поэтому и нужно проверять анализы крови.
- Аллергия на лекарства. Обычно аллергия встречается редко и обычно проявляется в виде сыпи на коже.

Эти препараты эффективны и обычно хорошо переносятся, но редко все-таки встречаются серьезные побочные действия. Поэтому на протяжении всего лечения необходимо хорошее сотрудничество пациента и врача.

Биологические препараты

Биологические препараты – это разработанные биотехнологическим путем, вырабатываемые живыми клетками белковые молекулы, которые обычно содержат человеческий иммуноглобулин (важное в иммунитете вещество) или его части. У этих препаратов (уколов) есть точная определенная мишень, к которой они прикрепляются, когда начинают действовать в организме. Этой мишенью является

биомолекула (информационная молекула, её рецептор или другое), которая свободно передвигается в плазме крови или тканевой жидкости или прикреплена к поверхности воспалительной клетки. Мишень биологических препаратов может располагаться и внутри клетки (цитоплазме). Достигая определенной мишени биологические препараты блокируют воспалительный сигнал, который передает соответствующая молекула, и таким образом уменьшают воспаление. В лечении RA в настоящее время используются биологические препараты, которые тормозят либо TNF- α , интерлейкин-1 (IL-1), либо определенные молекулы на поверхности В- или Т-клеток; в будущем будет использоваться и блокирующий интерлейкин-шесть (IL-6) препарат. В основном сейчас используются биологические препараты для лечения RA, которые направлены против TNF- α . TNF- α является одним из веществ, которое при RA дирижирует воспалением и вызванным им повреждением тканей. Если обезвредить TNF- α , уменьшается воспаление, уменьшаются боли в суставах и отеки, тормозится повреждение суставов. Эти препараты замедляют развитие заболевания и поэтому также относятся к влияющим на ход заболевания препаратам.

Поскольку относящиеся к этой группе препараты довольно эффективны, но очень дорогие, то их не используют как препараты первого выбора, а только в случаях, когда традиционные HMR препараты и их комбинации являются недостаточно эффективными или не переносятся. Относящиеся к этой группе препараты в основном используются с метотрексатом или другими HMR препаратами, в таком случае эффект от лечения лучше. Для начала биологического лечения разработаны строгие критерии. Есть критерии продолжения лечения или его прекращения с учетом результатов лечения.

До начала биологического лечения следует провести основательные обследования, чтобы исключить очаги воспаления и инфекционные заболевания (гепатит, туберкулез), так во время биологического лечения они могут обостриться.

Противопоказания к использованию биологических препаратов

- Беременность, период кормления грудью.
- Тяжелые инфекции.
- Туберкулез.
- В-гепатит.
- Демиелинизирующие заболевания (например, *sclerosis multiplex*).
- Тяжелая сердечная недостаточность.

Биологические препараты вводят пациентам путем внутрикожных уколов (адалимумаб, этанерцепт) или в виде внутривенных инфузий (инфликсимаб, ритуксимаб).

Частые побочные действия биологического лечения

- Раздражение в месте укола (покраснение, зуд).
- Повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям.
- Снижение давления.

- Головная боль.
- Плохое самочувствие.
- Мышечные и суставные боли.

Биологическое лечение доступно больным с RA как оплачиваемая Эстонской Больничной Кассой медицинская услуга, хотя, к сожалению, бюджет биологического лечения ограничен.

Лечение боли

Боль при RA является одной из самых частых жалоб пациентов. Используемые в лечении RA препараты подавляют воспаление и активность заболевания и таким образом снимают боль. Не всегда удается достичь полного контроля над активностью заболевания. Хроническое воспаление и выраженные деформации вызывают боль. В таких случаях необходимо также использовать обезболивающие препараты. Все лекарства от боли, кроме парацетамола и ибупрофена, продаются по рецепту врача.

Обезболивающие препараты по силе действия можно разделить в следующие группы:

- неопиоидные: парацетамол (Efferalgan, Pamol, Panadol, Tylenol, Paramax и другие из свободной продажи), нестероидные противовоспалительные препараты (смотри таблицу 3-1);
- слабые опиоиды: кодеин, трамадол;
- сильные опиоиды.

При хронической боли также используются следующие препараты:

- трициклические антидепрессанты: амитриптиллин, нортриптиллин;
- селективные антидепрессанты;
- другие препараты для лечения невропатических болей.

Основные принципы лечения боли

Нельзя страдать от боли. Если причина боли ясна и эту причину нет возможности полностью устранить, то боль нужно лечить. Хроническая невылеченная боль хуже поддается лечению и часто вызывает и другие проблемы, например, нарушения сна, депрессию. При постоянных болях обезболивающие препараты необходимо принимать регулярно. Действуя, таким образом, можно значительно снизить общую дозу препаратов, так как для предупреждения боли требуется меньше лекарств, чем для устранения сильной боли. Если боли не постоянные, а связаны с большой физической нагрузкой, то и обезболивающие можно принимать при необходимости.

Конкретные обезболивающие и схему введения врач рекомендует каждому пациенту индивидуально. Обычно начинают с более слабых препаратов, комбинируя при необходимости разные группы между собой. Препаратом первого выбора обычно является парацетамол, который хорошо действует и безопасен.

Если от него нет эффекта, то можно пробовать использовать его в комбинации с кодеином. И описанные выше NSAID обладают обезболивающим действием. При неююходимости используются опиоиды.

При длительных болях используются также и так называемые препараты от хронических болей, которые относятся к группе трициклических антидепрессантов. Они помогают повысить болевой порог и при хронических болях помогают прервать возникающий в подсознании болевой круг. Сюда относятся, например amitриптилин, нортриптилин и другие препараты. Используемые в лечении боли дозы довольно таки низкие и непосредственного влияния на депрессию не оказывают. Хотя уменьшение боли, и улучшенное качество сна могут поднять настроение. Частыми побочными действиями этих препаратов являются сухость во рту и учащенное сердцебиение, которые обычно проявляются только в начале лечения, позже проходят самостоятельно. Зависимость от этих препаратов не развивается.

При сильных болях некоторое время необходимо использовать комбинированное лечение боли, то есть несколько препаратов с разным механизмом действия одновременно. Если сильная боль исходит из одного сустава, необходимо взвешивать возможность внутрисуставного укола, одного или нескольких видов восстановительного лечения или хирургического лечения этого сустава. В случае сильных болей в нескольких суставах нужно обсудить с врачом необходимость коррекции лечения с ВХПами RA. Иногда причина боли находится далеко от больного места, например, в позвоночнике или внутренних органах. Усиливающееся онемение в конечностях, необычное чувство жара или холода в конечностях указывают на повреждение нерва. Если характер боли меняется и особенно если боль начинает значительно мешать, необходимо найти вместе с врачом причину боли и найти подходящее для неё лечение.

Местное лечение ревматоидного артрита

Для местного (локального) лечения RA используются аппликации холодом или теплом и мази от болей в суставах. Локальное лечение оказывает обезболивающее и противовоспалительное действие.

В случае острого воспаления в суставах рекомендуется использовать аппликации холодом (холодный гель, мешок со льдом и прочее), прикладывая холод к больному суставу на 15-20 минут и повторяя процедуру несколько раз в день. Холод нельзя ставить непосредственно на кожу, так как это может вызвать обморожение кожи, поэтому кожу следует покрыть полотенцем или другой тканью. Можно использовать и охлаждающие компрессы, повязки (например, раствор 20% алкоголя). Согревающие процедуры можно применять в фазе ремиссии заболевания. Согревание сустава в острой фазе заболевания еще больше усиливает воспалительный процесс!

Суставные мази помогают при воспалениях маленьких суставов, при поверхностных воспалениях влагалищ сухожилий и при мышечных болях. Противоревматические мази безопасны, у них нет таких побочных действий, как у пероральных

препаратов. Иногда может наблюдаться раздражение кожи. Следует избегать попадания мазей в глаза и на слизистые оболочки.

Противоревматические мази можно отнести к трем группам:

1. Обезболивающие и противовоспалительные (Fastum, Feldene, Indomet, Dolgit, Diclac, Olfen, Voltaren и другие) – используются при воспалениях небольших суставов и при поверхностных воспалениях влагалищ сухожилий, также при мышечных болях.
2. Охлаждающие (Deep Freeze, Mentholatum Balm) – подходят при остром воспалении и при травмах.
3. Согревающие (Capsicam, Deep Heat, Finalgon, Mobilat, Viprosal) – при хронических болях, когда нет воспаления (например, при изнашивании сустава), также и при напряжении мышц и мышечных болях. Не рекомендуется использовать при обострении РА.

Внутрисуставное лечение

Введение иглы в полость сустава называется пункцией. Целью пункции является забор суставной жидкости для диагностических или лечебных целей и введение в полость сустава лекарств. Пункция сустава проводится в очень чистых условиях, чтобы предотвратить попадания микробов в сустав. Место пункции на коже дезинфицируется, врач моет и дезинфицирует руки, используемые предметы и лекарства стерильны.

При РА пунктируется отекший (воспаленный) сустав. В целях лечения из сустава удаляется лишняя жидкость, чтобы уменьшить давление на суставную капсулу и расположенные вокруг сустава ткани и уменьшить действие химически активной жидкости на сустав. Смотрят цвет и прозрачность удаленной жидкости, её вязкость, и она отправляется для проведения тестов в лабораторию, в ней изучают содержание белых кровяных телец, кристаллов и микробов. Из маленьких суставов обычно нет возможности и нет необходимости удалять жидкость. Затем в сустав для уменьшения воспаления вводится подходящий лекарственный препарат (глюкокортикостероид или другой), обычно с местным обезболивающим препаратом (например, лидокаином), если на него нет аллергии. Глюкокортикостероид быстро снимает воспаление в суставе – за пару дней –, делая это быстрее, чем таблетки. Доза вводимого внутрь сустава препарата зависит от размера сустава. Частота уколов в сустав зависит от скорости затихания воспаления, не рекомендуется делать более 3-х уколов в год. После укола этому суставу рекомендуется дать отдохнуть обычно 1–2 дня. В течение суток этот сустав следует держать сухим.

Радиоактивные вещества (например *Erbium*¹⁶⁹ в маленькие суставы и *Yttrium*²⁰¹ в большие суставы) вводятся в суставы для уничтожения воспалительной складки (паннуса) внутренней оболочки суставной капсулы (синовия), если воспаление не поддается никаким другим методам лечения (эта процедура называется радиосиновэктомией). Процедура проводится под контролем рентгенологического аппарата. Ранее использовался также метод химической синовэктомии (в сустав вводили осмиевую кислоту), в последнее время этот метод используется редко.

Скидки на лекарства

В списки продающихся в аптеках со скидкой 100% и 75% препаратов заносятся лекарства, утвержденные министром социальных дел, с их помощью лечат заболевания, которые занесены в список, утвержденный правительством страны. При утверждении этого списка правительство исходит из тяжести заболевания и опасности его для жизни, из возможностей его распространения, из гуманных соображений и финансовых возможностей страхования лечения.

Скидка 100% – пациент платит 20 крон (самофинансирование) и превышающую пограничную цену или договорную цену препарата. Больничная Касса компенсирует в 100% разницу между пограничной ценой или договорной ценой и самофинансированием пациента.

Скидка 90% – пациент платит 20 крон (самофинансирование), 10% пограничной или договорной цены и сумму, превышающую разницу между самофинансированием и пограничной или договорной ценой. Больничная Касса компенсирует в 90% разницу между пограничной ценой или договорной ценой и самофинансированием пациента.

Скидка 75% – пациент платит 20 крон (самофинансирование), 25% пограничной или договорной цены и сумму, превышающую разницу между самофинансированием и пограничной или договорной ценой. Больничная Касса компенсирует в 75% разницу между пограничной ценой или договорной ценой и самофинансированием пациента.

На основании закона о пенсионном страховании люди, имеющие пенсию по нетрудоспособности и по старости и застрахованные люди старше 63 лет, получают лекарства, занесенные в списки продаваемых со скидкой 75%, со скидкой в 90%.

Скидка 50% – пациент платит 50 крон (самофинансирование) и превышающую скидку от Больничной Кассы сумму. Больничная Касса компенсирует в 50% разницу между пограничной или договорной ценой или разницу между розничной ценой и самофинансированием пациента, но не более 200 крон за один рецепт.

Пограничные цены распространяются на препараты, занесенные Больничной Кассой в списки компенсируемых на 100% и 75%. Такие договора заключают Союз Производителей лекарств или представительство EU в Эстонии (EFPIA) и министр социальных дел. Методика вычисления и прочее изложено в действующем в настоящее время приказе министра социальных дел за номером 114 от 13.10.2004 „Методика вычисления пограничных цен на лекарственные препараты, сроки действия и условия изменения и сроки“ (www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=808303).

О компенсации за лекарства можно ходатайствовать в Больничной Кассе, телефон информации 16363. Дополнительная компенсация за лекарства помогает оплатить дополнительные расходы на лекарства прежде всего тем застрахованным людям,

- в схеме лечения которых есть дорогостоящие препараты;
- кто страдает хроническими заболеваниями и поэтому должны использовать лекарственные препараты длительное время;
- которые должны использовать для лечения различные комбинации препаратов.

Влияющие на ход заболевания препараты (ВХП)

Ниже приведены ВХП ревматоидного артрита, они расположены по алфавиту, а не по значимости.

АДАЛИМУМАБ

Фирменное название. Humira.

Характеристика. Подкожные уколы 40 мг 1 раз через каждые 2 недели. Комбинируется с метотрексатом и другими ВХПами. Результаты лечения можно оценивать через 3 месяца. Используется также при псориатическом артрите, псориазе, ювенильным артритом, анкилозирующем спондилите и болезни Chronn'a (воспаление кишечника).

Побочные действия. Может быть раздражение в месте инъекции, краснота и зуд. Восприимчивость к инфекциям может увеличиться.

Наблюдение за лечением. Анализы крови через 1 месяц, позже через каждые 2-3 месяца.

АЗАТИОПРИН

Фирменные названия. Imuran, Azarekhexal.

Характеристика. Азатиоприн относится к группе цитостатиков. При RA он тормозит активность атакующей ткани своего же организма иммунную систему, нарушая синтез ДНК и препятствуя делению клеток иммунной системы. Действие обычно начинается через 1,5 – 2 месяца после начала лечения, полного эффекта можно ожидать через 3—6 месяцев. Препарат уменьшает развитие повреждений суставов и развитие инвалидности. Не является препаратом первого выбора при RA, так как не имеет такого быстрого начала действия, эффективности и хорошей переносимости, как метотрексат. Используется и при других аутоиммунных заболеваниях (системная красная волчанка, миозит, васкулит, воспалительное заболевание кишечника и другие).

Использование. Таблетки 50 мг принимаются целиком 2–3 раза в день с большим количеством воды, во время еды.

Противопоказания. Беременность (можно принимать под наблюдением ревматолога), период кормления грудью. Острое тяжелое инфекционное заболевание, тяжелое поражение печени или костного мозга.

Совместные действия. Индометацин, циметидин, котримоксазол, каптоприл, аллопуринол, сульфасалазин – побочные действия со стороны кроветворения могут усиливаться.

Побочные действия. Тошнота, рвота, боль в животе и понос. Для их предупреждения препарат рекомендуется принимать несколько раз в день (а не всю дозу целиком) и после еды. Изменения в показателях работы печени имеют обратимый характер. Аллергические реакции (в том числе и гриппоподобное плохое самочувствие). Нарушения кроветворения. Реже встречается учащение инфекций (например, опоясывающий лишай или инфекция Herpes zoster), выпадение волос (в таком случае обычно уже во время лечения волосы отрастают обратно).

Наблюдение за лечением. Клинический анализ крови, печеночные показатели через каждые 2...4 недели в течение 2 месяцев, затем через каждые 3 месяца.

ЭТАНЕРЦЕПТ

Фирменное название. Enbrel.

Использование. Подкожные инъекции 25 мг 2 раза или 50 мг 1 раз в неделю. Можно комбинировать с метотрексатом или другими ВХПами. Действие наступает через 2–4 недели лечения. Используется также при псориатическом артрите, псориазе, ювенильном артрите, анкилозирующем спондилоартрите.

Побочные действия. Самыми частыми побочными действиями являются реакции в месте инъекции – краснота, зуд. Обычно они наблюдаются в первые недели лечения, проходят самостоятельно и не дают повода для прекращения лечения. Восприимчивость к инфекционным заболеваниям может увеличиться.

Наблюдение за лечением. Анализы крови через каждый 1 месяц, далее через 2–3 месяца.

ГИДРОКСИХЛОРОКИН

Фирменное название. Plaquenil.

Характеристика. Модифицирующий ход РА довольно мягкого действия препарат, относится к группе противомаларийных препаратов (то есть изначально использовался для лечения малярии). Для лечения РА используется уже более 50 лет. При длительном использовании уменьшает боли и отеки в суставах, может тормозить развитие повреждений суставов и уменьшать риск инвалидизации. Гидрохлорокин в монотерапии используется для лечения легких форм РА, обычно его комбинируют с другими ВХПами. Используется и для лечения других аутоиммунных заболеваний (ювенильный идиопатический артрит, системная красная волчанка и другие). Точный механизм действия препарата не известен, считается, что нарушаются взаимоотношения клеток иммунной системы. Действие препарата начинает проявляться через 1-2 месяца с момента начала приема, до проявления полного действия может пройти до 6 месяцев.

Использование: Обычная доза для взрослых составляет по 1 таблетке 200 мг 2 раза в день или две таблетки за раз 1 раз в день. Таблетки рекомендуется принимать во время еды с большим количеством жидкости. Иногда требуются еще большие дозы, или наоборот, когда заболевание находится в ремиссии, можно уменьшать дозу.

Противопоказания. Беременность (можно использовать под наблюдением ревматолога), период кормления грудью, аллергия, макулопатия (поражение слепого пятна в глазном дне).

Совместные действия. Важных совместных действий с другими препаратами нет.

Побочные действия. Препарат обычно хорошо переносится и по сравнению с другими базовыми препаратами этот дает меньше всего побочных действий. Иногда может быть тошнота и понос или запор, но они обычно проходят и уменьшаются, если лекарство принимать во время еды. Реже встречаются сыпь на коже и нарушения зрения, последние возникают с большей вероятностью при длительном использовании больших доз препарата, у пожилых людей или у больных с тяжелым заболеванием почек. При нынешней рекомендованной дозе нарушения зрения встречаются очень редко. Другие редко встречающиеся побочные действия – головная боль, головокружение, потеря аппетита, сыпь на коже.

Наблюдение за лечением. 1 раз в день контроль у глазного врача.

ХЛОАМБУЦИЛ

Фирменное название. Leukeran

Характеристика. Относится к группе цитостатиков, является эффективным ВХПом для лечения РА, но из-за довольно серьезных побочных действий используется только в исключительных случаях тяжелых осложнений РА, таких как амилоидоз и васкулит (воспаление кровеносных сосудов). Действие наступает через 1–3 месяца после начала лечения.

Использование. Таблетки по 2 мг, принимаются целиком 2–3 раза в день с достаточным количеством жидкости. Доза зависит от тяжести заболевания и веса тела пациента, обычно она составляет 4 – 8 мг в день.

Противопоказания. Аллергия на препарат, беременность, период кормления грудью.

Совместные действия. Использование вместе с фенибутазоном (Butadion) может увеличить токсичность хлорамбуцила.

Побочные действия. Чаще встречаются жалобы со стороны живота, частичное выпадение волос, нарушения менструального цикла. Серьезным побочным действием является нарушение кроветворения (уменьшение числа клеток крови). Поскольку сопротивляемость организма во время лечения снижается, могут участиться инфекционные заболевания, которые нужно тщательно вылечивать. Реже встречаются изменения в показателях работы печени.

Наблюдение за лечением: Картина крови и показатели работы печени через каждые 2 недели на протяжении первых 2 месяцев лечения, далее через каждые 2-3 месяца, при необходимости чаще.

ИНФЛИКСИМАБ

Фирменное название. Remicade.

Использование. Внутривенные инфузии 3...5 мг на кг веса тела в течение 2 часов сначала с двухнедельным, позже с четырех и, наконец, восьминедельным интервалом в условиях стационара (обычно в дневном стационаре). Используется также при псориатическом артрите, псориазе, анкилозирующем спондилите и при хроническом воспалительном заболевании кишечника (болезнь Crohn'a и язвенный колит). Действие проявляется в течение 1–2 недель.

Побочные действия. Во время введения препарата может отмечаться зуд, головная боль, похожие на простудные симптомы, понижение давления. Обычно эти симптомы длятся непродолжительное время и проходят самостоятельно. Реже могут отмечаться аллергические реакции. Увеличение риска развития инфекций (туберкулеза).

Наблюдение за лечением. Анализы крови и мочи каждый месяц, позже через каждые 3 месяца. Наблюдение в отношении инфекций.

ЛЕФЛУНОМИД

Фирменное название. Arava

Характеристика. ВХП для лечения РА, относящийся к группе цитостатиков. Имеет хорошую эффективность и переносимость, по сравнению с метотрексатом. При длительном использовании уменьшает симптомы воспаления суставов, тормозит развитие поражений суставов и развитие инвалидизации. Лефлуноמיד обычно не является препаратом первого выбора, его используют в случае, когда метотрексат или комбинированное лечение не дало желаемого эффекта или лечение не переносится. Действие начинается обычно через 1 месяц после начала лечения, полное действие наблюдается через 2 - 4 месяца. Можно использовать в монотерапии или в комбинации с другими препаратами (например, метотрексатом). Используется и для лечения псориатического артрита.

Использование. Таблетки по 10 или 20 мг принимаются 1 раз в день целиком с достаточным количеством жидкости, можно принимать с едой. Обычная доза составляет 20 мг в день.

Противопоказания. Беременность, заболевание печени. Зачатье и оплодотворение во время лечения лефлунонимдом противопоказаны, необходимо использовать противозачаточные средства (смотри подробнее в разделе РА и планирование семьи).

Совместные действия. Вместе с метотрексатом может вызывать изменения в показателях работы печени. Также и алкоголь увеличивает вероятность развития нарушений функционирования печени, поэтому следует избегать употребления алкоголя. Холестирамин и активированный уголь уменьшают всасываемость лефлунонимда и ослабляют таким образом его действие.

Побочные действия. Понос, тошнота, выпадение волос, сыпь на коже, повышение показателей работы печени, повышение артериального давления крови, повреждение кроветворения (уменьшение числа клеток крови).

Наблюдение за лечением. Картина крови и показатели работы печени через каждые 2 недели в течение 2 месяцев, затем через каждые 2–3 месяца. Контроль за давлением.

МЕТОТРЕКСАТ

Фирменное название. Trexan.

Характеристика. Метотрексат относится к группе цитостатиков и используется как ВХП для лечения РА. В последние десятилетия он стал препаратом первого выбора в лечении РА и является основным препаратом в комбинированном лечении. Препарат эффективен и хорошо переносится. Используется также в лечении псориатического артрита, псориаза, других хронических воспалениях суставов, системной красной волчанке, ювенильном артрите, васкулитах и прочих заболеваний. Метотрексат при длительном использовании уменьшает признаки воспаления в суставах, тормозит развитие повреждений в суставах и развитие инвалидизации. Метотрексат тормозит усвоение фолиевой кислоты при синтезе нуклеиновых кислот клеточного ядра, и таким образом тормозит рост быстро размножающихся клеток. Действуя на активные воспалительные клетки иммунной системы, этот препарат уменьшает воспаление. Тормозит чрезмерное деление клеток кожи при псориазе.

Использование: Таблетки по 2,5 мг принимаются одной дозой 1 раз в неделю в

определенный день недели с большим количеством жидкости. Обычная начальная доза составляет 15-25 мг (6-10 таблеток) в неделю. Начальная доза обычно меньше, она постепенно увеличивается. Иногда для улучшения переносимости метотрексата вместе с ним принимается фолиевая кислота в дозе 5–7.5 мг в неделю. Фолиевую кислоту можно принимать по-разному, можно принимать каждый день (1 мг) или однократной дозой (обычно 5-7,5 мг) не менее чем спустя 6 часов после приема метотрексата. Есть и инъекционные формы метотрексата (внутримышечные или подкожные инъекции), которые используются в таких же дозах, как и пероральный метотрексат. Преимущество уколов состоит в их более эффективном действии и меньшем количестве побочных действий. Если забыть принять дозу, то можно это сделать на следующий день, на одной неделе нельзя принимать двойную дозу. Действие препарата наступает через 1-1.5 месяца, полное действие наступает примерно через 3 месяца.

Противопоказания. Почечная недостаточность, поражения печени, беременность, период кормления грудью, некоторые заболевания легких.

Совместные действия. Поскольку алкоголь значительно повышает риск развития поражения печени, следует избегать употребления алкоголя. Триметоприм может увеличить токсичность метотрексата.

Побочные действия: Жалобы со стороны пищеварительного тракта, тошнота, повышение показателей работы печени, снижение числа белых кровяных телец в крови, сыпь на коже или болезненные язвы на слизистой оболочке рта. Редко изменения в легких, тяжелые нарушения кроветворения. Иногда обратимое выпадение волос.

Наблюдение за лечением. Картина крови и показатели работы печени через каждые 2 недели первые 2 месяца, затем через каждые 3 месяца. Показатели работы почек через каждые 6 месяцев.

РИТУКСИМАБ

Фирменное название. Mabthera.

Характеристика: Действует на часть иммунной системы, которая играет важную роль в развитии RA - на В-лимфоциты. Используется также в лечении заболеваний крови (лимфом).

Использование. Курс лечения состоит из двух проводимых в стационарных условиях медленных внутривенных инфузий с интервалом 2 недели. Курс лечения можно повторять, интервал между курсами составляет 6 месяцев. Эффект лечения наступает через несколько месяцев. Перед введением препарата для предупреждения реакций на инфузию пациент получает капельницу с кортикоидным гормоном, перорально парацетамол и препарат от аллергии.

Побочные действия. Снижение давления, плохое самочувствие, боли в суставах и мышцах. Возможны также и аллергические реакции.

Наблюдение за лечением. Анализы крови через 1 месяц, позже через 2–3 месяца.

СУЛЬФАСАЛАЗИН

Фирменное название. Salazopyrin.

Характеристика. Используемый длительное время ВХП для лечения РА, также используется для лечения хронических воспалений суставов и позвоночника, псориазического артрита, ювенильного артрита, анкилозирующего спондилита и воспалительного заболевания кишечника. Сульфасалазин тормозит ревматический воспалительный процесс, тормозит развитие повреждений суставов и развитие инвалидизации.

Использование. Таблетки по 500 мг, обычно принимается по 2 таблетки утром и 2 таблетки вечером с большим количеством жидкости и желательнo во время еды. В начале лечения доза меньше, она увеличивается постепенно до полной дозы в течение 2–3 недель. Иногда необходимо использовать и большие дозы (6 таблеток в день). Сульфасалазин можно использовать в монотерапии, но чаще его комбинируют с другими ВХПами РА, например, с метротрексатом и гидроксихлорокином. Эффект лечения наступает в течение 1-2 месяцев, полное действие наступает через 2-3 месяца после начала лечения.

Противопоказания. Аллергия. Беременность. Препарат можно использовать во время беременности.

Совместные действия. Дигоксин, азатиоприн, меркаптопурин, фуросемид, гипотиазид.

Побочные действия. Обычно хорошо переносится, побочные действия встречаются редко. Частыми побочными действиями являются боли в животе, тошнота (в начале лечения), возможна аллергия, которая выражается в появлении сыпи на коже. Реже изменения в кроветворении и показателях работы печени. Возможно обратимое уменьшение числа сперматозоидов и их подвижности.

Наблюдение за лечением: Картина крови и показатели работы печени через каждые 2 недели в течение 2 месяцев, позже через каждые 3 месяца.

ЦИКЛОФОСФАМИД

Фирменные названия. Endoxan, Syklofosfamid.

Характеристика. Циклофосфамид является очень эффективным при РА цитостатиком, но имеет много серьезных побочных действий. Поэтому циклофосфамид используется в основном при осложненном РА (амилоидоз, васкулит или воспаление кровеносных сосудов).

Использование. Таблетки по 50 и 100 мг. Принимаются 2–3 раза в день, очень важно запивать их большим количеством воды. Действие наступает через 1-3 месяца. Препарат используется также в условиях стационара в виде внутривенных инфузий 1 раз в месяц или реже.

Противопоказания. Гиперчувствительность к циклофосфамиду, воспаление мочевого пузыря, задержка мочи, острые инфекции, беременность и период кормления грудью.

Совместные действия. Циклофосфамид усиливает понижающее сахар крови действие препаратов, относящихся к группе сульфонилуреи (например, глибенкламида, глимепирида, гликлазида, глипизида и других). При одновременном использовании аллопуринола и гидрохлортиазида усиливается тормозящее костный мозг действие. При одновременном использовании с циклофосфамидом фенобарби-

тала, фенитоина, бензодиазепаина или хлоралгидрата может уменьшиться их действие. Во время лечения следует избегать употребления алкоголя. Содержащиеся в грейпфруте вещества могут ослабить действие циклофосфида и таким образом понизить эффективность лечения.

Побочные действия: возникающие во время лечения побочные действия обычно носят обратимый характер. Довольно часто встречается тошнота и рвота, также обратимое выпадение волос. Могут наблюдаться изменения в кроветворении (чаще через 1–2 недели после начала лечения), анемия или малокровие (после лечения в течение нескольких месяцев). Увеличивается восприимчивость к инфекциям. Поскольку циклофосфамид выделяется с мочой, он может вызвать повреждения мочевых путей, особенно мочевого пузыря (воспаление мочевого пузыря, кровь в моче). Опасность побочных действий со стороны мочевых путей можно значительно уменьшить приемом большого количества жидкости и назначаемого врачом препарата (Uromitexan). Довольно редко встречаются потеря аппетита, понос, запор, воспаления слизистых оболочек. Циклофосфамид может вызывать частично необратимые нарушения сперматогенеза. Редко могут наблюдаться необратимые нарушения овуляции и даже развитие бесплодия. В единичных случаях отмечаются нарушения функционирования печени. При длительном использовании увеличивается риск развития злокачественных опухолей, в том числе и рака мочевого пузыря.

Наблюдение за лечением. Картина крови, показатели работы печени и анализ мочи через каждые 2 недели в течение 2 месяцев, позже через каждые 1-2 месяца.

ЦИКЛОСПОРИН

Фирменное название. Sandimmun Neoral.

Характеристика. Циклоспорин является иммуносупрессантом, широко используется после пересадки органов для предупреждения реакции отторжения трансплантата (пересаженного органа), также при тяжелых формах псориаза. Циклоспорин тормозит одну часть защитной системы организма, Т-лимфоциты, которые принимают участие в развитии РА. Используется как в монотерапии, так и в комбинации с другими препаратами (обычно с метотрексатом).

Использование. Капсулы принимаются внутрь 2 раза в сутки целиком с большим количеством жидкости. Во время лечения нельзя принимать препараты калия, следует избегать употребления продуктов питания, богатых калием (например, сухофрукты, солезаменители), и грейпфрутового сока. Действие наступает через 2–3 месяца.

Противопоказания. Аллергия, тяжелая почечная недостаточность, тяжелая гипертония, серьезное инфекционное заболевание, злокачественная опухоль.

Совместные действия. Препараты калия, сберегающие калий диуретики.

Побочные действия. Часто повышение давления и нарушения функционирования почек. Может отмечаться головная боль, потеря аппетита, тошнота, рвота, отек десен, увеличение роста волос. Увеличивается риск развития инфекций и при длительном использовании риск развития опухолей.

Наблюдение за лечением: контроль давления и показателей работы почек через каждые 2 недели в течение 2 месяцев, далее через каждые 3 месяца.

ПРЕПАРАТЫ ЗОЛОТА

Сначала использовались для лечения определенных инфекций (например, туберкулеза), для лечения РА используются уже более 70 лет. Препараты золота обладают противовоспалительным действием, модулируют ненормальный иммунный ответ.

АУРАНОФИН, пероральный препарат золота

Фирменное название. Ridaura.

Характеристика. Действие относительно слабое, медленно проявляется (3–6 месяцев). Довольно мало используется, но некоторым пациентам хорошо подходит.

Использование. Таблетки по 3 мг 2 раза в день.

Противопоказания. Серьезные нарушения кровотока, тяжелые заболевания почек и печени, беременность и период кормления грудью.

Побочные действия. Аллергия (сыпь на коже), понос, реже изменения в крови, нарушения в работе почек, повреждения легких.

Наблюдение за лечением. Анализы крови и мочи через каждый месяц в течение 3 месяцев, далее через каждые 3 месяца.

МИОКРИЗИН, инъекции золота

Характеристика: Очень часто использовался в 1980-х годах, в настоящее время используется очень редко. Более точный механизм действия не известен. Действие сильнее, чем у перорального препарата золота.

Использование. Внутримышечные уколы, сначала 1 раз в неделю, далее 1 раз в месяц. Действие наступает медленно (3–6 месяцев), довольно много побочных действий. У некоторых больных может давать длительную ремиссию или затихание заболевания.

Противопоказания. Тяжелые изменения в крови, заболевания почек и печени, беременность и период кормления грудью.

Побочные действия. Сыпь на коже, воспаление слизистых оболочек, язвы во рту, изменения вкуса, повреждения почек (белок в моче), реже изменения в крови, повреждения нервов и легких.

Наблюдение за лечением. Анализы крови и мочи перед каждым третьим уколом.



ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Др Еве Сооба, врач восстановительного лечения АО Ида-Таллиннской Центральной Больницы

Восстановительное лечение – это метод активного лечения, при котором с помощью упражнений и физических способов лечения стараются помочь в достижении наилучших результатов лечения.

Восстановительное лечение нужно начинать как можно раньше и при необходимости –продолжать на протяжении всего заболевания.

Виды восстановительного лечения

- Лечебная физкультура.
- Физическое лечение.
 - Аппаратные процедуры.
 - Тепловые и холодовые процедуры.
 - Водные процедуры.

Где проводится восстановительное лечение?

Восстановительное лечение проводится в поликлиниках и в отделения восстановительного лечения при больницах для тех, кто не может сам ходить в поликлинику. Частично восстановительное лечение платное. В Эстонии комплексное восстановительное лечение при полном самофинансировании (оплате самостоятельно) можно получить в санаториях и SPA центрах. Безусловно, упражнения нужно продолжать делать и дома и использовать другие доступные методы.

Как попасть на восстановительное лечение?

- Семейный врач, ревматолог или другой врач дает направление к врачу восста-

новительного лечения, который направляет на процедуры восстановительного лечения по необходимости. (Больничная Касса компенсирует в настоящее время (данные 2008 года) больным RA водную гимнастику, лечебную физкультуру, физиотерапию/индивидуальную лечебную гимнастику, реабилитационное лечение и процедуры грязелечения).

- По направлению от своего врача можно попасть непосредственно на лечебную гимнастику и другие процедуры, в том числе и на водную гимнастику (в таком случае восстановительное лечение может быть платным).

Восстановительное лечение наряду с другими методами лечения помогает

- при болях;
- в предупреждении или торможении развития повреждений суставов и их деформаций;
- лучше справляться с уже поврежденными суставами;
- сохранять физическое здоровье.

Восстановительное лечение ревматоидного артрита будет наиболее эффективным, если его будет проводить команда по восстановительному лечению, в которую входят

- врач по восстановительному лечению;
- ревматолог;
- физиотерапевт;
- терапевт по реабилитации;
- медсестра по лечению ног;
- социальный работник;
- психолог;
- мастер по изготовлению ортозов.

Командное восстановительное лечение проходит в больших ревматологических центрах.

Лечебная физкультура и физическая активность

Лечебную физкультуру проводят физиотерапевты и специалисты по лечебной физкультуре. Лечебная физкультура направлена на разрешение конкретной проблемы (например, на тренировку слабой группы мышц – для равновесия или разработки сустава). Для каждого участка тела и для каждой проблемы есть свои различные упражнения. При некоторых проблемах нужно упорно заниматься даже в течение целого года. При многих проблемах мышцы необходимо тренировать постоянно, чтобы поддерживать и улучшать состояние соответствующего участка.

Лечебная физкультура больных, страдающих от заболеваний суставов, направлена на разрешение различных проблем:

- сохранение и развитие общей физической формы (выносливость и улучше-

- ние здоровья сердца, тренировки в воде и на суше);
- лечебная физкультура для больных суставов (специальное лечение для проблемных суставов/мышц с упражнениями в тренировочном зале и в воде, сохранение функции всех окостеневших суставов);
- сохранение мышечной силы, тренировка, ослабших из-за болезни мышц;
- лечебная физкультура при остеопорозе (укрепление мышц, помогающих избежать падений и тренировка равновесия, обучение избегания нежелательных упражнений/положений тела и падений).

Поддерживающие и развивающие мышечную силу и общую физическую выносливость тренировки человек может делать сам, лечебную физкультуру с предназначенными для больных суставов специальными упражнениями следует по крайней мере в начале изучить в специальном восстановительном центре и затем позже постепенно продолжать делать их дома.

Нужно ли бояться лечебной физкультуры?

Доказано, что упражнения при ревматоидном артрите полезны. И в острый период заболевания упражнения не вызывают усугубления заболевания, а наоборот, уменьшают боль. Работа мышц улучшает обмен веществ в тканях и их питание. Целенаправленная тренировка суставов помогает сохранить и увеличить подвижность. Растяжки делают ткани более гибкими. Упражнения на равновесие улучшают его и помогают избежать падений. **Целью лечебной физкультуры является сохранение и развитие способности человека справляться со своими повседневными делами.**

Перед тем, как научить человека упражнениям, физиотерапевт и врач восстановительного лечения должны узнать о сопутствующих заболеваниях больного и оценить его физические возможности, чтобы решить, с какой нагрузкой больной может выполнять упражнения и какие упражнения ему подходят. Например, при повреждениях шеи, остеопорозе, деформациях суставов, скованном позвоночнике или контрактурах людям нужны другие упражнения и советы. Иногда необходимо оценивать влияние восстановительного лечения, при необходимости назначать новые упражнения и при хорошем результате увеличивать сложность упражнений.

РА – это заболевание, которое мучает больного обычно в первой половине дня. Поэтому планировать упражнения рекомендуется не то время, когда самочувствие больного наилучшее – рекомендуется использовать “самые лучшие моменты” в течение дня, когда уже утренняя скованность отступила. Если заболевание в острой фазе, то упражнения стараются назначать индивидуально и нагрузка увеличивается постепенно. Во время острого процесса целью является сохранение и улучшение подвижности малоподвижных суставов. Позже, в период затихания заболевания нагрузка повышается, необходимо делать больше упражнений, в том числе и на выносливость. Мышцы без движения быстро атрофируются и поэтому на восстановление силы мышц следует уделять особое внимание. При тренировке мышц не следует торопиться, правильный результат будет достигнут только лишь спустя несколько недель.

Если заболевание очень активно, то важно обращать внимание на правильное положение: суставы не должны оставаться на длительное время в неподвижном согнутом положении – так возникает контрактура. Разрабатывать контрактуру намного сложнее и требует очень долгого времени, по сравнению с тем, каким легким способом можно их предупредить. Особенно нужно следить за локтевыми, плечевыми и коленными суставами.



Рисунок 4-1. Во время обострения следите, чтобы ноги сгибались и разгибались

Упражнения необходимо делать не менее 8–10 раз на каждом тренируемом суставе. При уже развившейся ограниченности в движениях правильно было бы тренироваться 2 раза в день.

При обострении заболевания легче делать упражнения в воде (водная гимнастика).

Упражнения в воде

Водная гимнастика позволяет делать упражнения тем, кто по-другому их делать не может. Вода благоприятствует движению, она оказывает меньше сопротивления и не так нагружает суставы (упражнения делаются легче).

Водная гимнастика уменьшает боли в мышцах и помогает сохранять и восстанавливать подвижность суставов. Оптимальная программа лечебной физкультуры составляется так, что упражнения не вызывают обострения заболевания и общую усталость, а улучшают мышечную силу, подвижность суставов и общую сопротивляемость организма.

Для больных, страдающих заболеваниями суставов, оптимальной температурой для водной гимнастики считается 31–34°C. То есть водная гимнастика должна проходить в гораздо более теплой воде, чем в простом бассейне.

Развитие выносливости

Влияющая на выносливость регулярная физическая активность (аэробная нагрузка) улучшает здоровье сердца и кровеносных сосудов. Для больных RA это очень важно, ведь у них заболеваний сердца и кровеносных сосудов встречается больше. Аэробной называется нагрузка, в ходе которой не возникает так называемого дефицита кислорода – не возникает сильной одышки. Аэробная нагрузка помогает сохранить и функцию суставов, улучшает силу тренируемых мышц, настроение. Как не странно, эта тренировка помогает уменьшить усталость и жажды со стороны суставов. Исследования показали, что аэробная тренировка не вызывает у больных RA обострения заболевания или усиления болей, скорее боль уменьшается и активность заболевания затихает. Также аэробная тренировка помогает сохранять кости крепкими и укреплять те мышцы, которые помогают избегать падений.

Совершенно безопасно рекомендовать больным в разных стадиях воспаления RA упражнения на суше и в воде с умеренной интенсивностью. Взрослым пациентам с RA рекомендуется для тренировки выносливости делать упражнения при частоте пульса 60–85% от максимального пульса для их возраста (формула вычисления пульса во время тренировки: частота пульса = $0,6 \dots 0,85 \times [220 - \text{возраст}]$). Коэффициент 0,6..0,7 используется для вычисления у нетренированных или пожилых людей, 0,7...0,85 у тренированных и без проблем со здоровьем людей. 40-50-летним людям, которые не являются физически активными людьми и начинают тренировки, для определения правильной частоты сердечных сокращений во время тренировки рекомендуется проводить нагрузочный тест. Тренировки можно начинать с 30 минут 2...3 раза в неделю. Тренировку не нужно делать сразу целый час подряд – достаточно, чтобы время одной тренировки было 10–15 минут и повторений в течение дня было несколько. Для развития выносливости подходит охватывающее всё тело динамическое движение (например ходьба, танцы, плавание, водная гимнастика, езда на велосипеде (велотренажере) в зале или на улице, катание коньках, лыжах). Повышение нагрузки зависит от общего состояния здоровья и сопутствующих заболеваний. Если с первоначальной нагрузкой тренировки проходили 4–5 недель, то можно попробовать увеличить нагрузку. Если выносливость, мышечная сила, подвижность суставов и общее самочувствие улучшаются, то можно рекомендовать тренировки с умеренной активностью не менее 30 минут в день 5 раз в неделю.

Советы, как быть физически более активным

- Увеличь дистанцию прогулки с собакой или просто дистанцию прогулки; на работу, в магазин ходи пешком.
- Не сиди больше 30 минут подряд (перед телевизором или компьютером, на работе и в других местах), старайся вставать и что-то делать.
- Планируй свои тренировки уже заранее на неделю вперед.
- Используй свободное время для увеличения физической активности, получай удовольствие от работы в саду, находясь на природе.
- Уменьши пассивное времяпрепровождение (перед телевизором, за компьютером и другая пассивная деятельность).
- От движения ты получишь хорошее настроение и хорошую внешность, наслаждайся движением.

Важнейшие способы тренировки больных RA

- Тренировка сердца – аэробная, увеличивающая выносливость. Начинать три раза в неделю по 30 минут, можно делать по 10–15 минут несколько раз в день. Далее увеличивай тренировки /физическую активность не менее 30 минут 5 раз в неделю.
- Развитие мышечной силы – 2-3 раза в неделю. 8-10 упражнений делать по 8-12 раз и серии повторять 2-3 раза.
- Тренировка равновесия – по возможности 2-3 раза в неделю.
- Растяжки – по возможности каждый день. Растяжки больших групп мышц всего тела, спокойные растяжки продолжительностью 30-50 секунд и так по 2-3 раза.

Тренировка мышечной силы

Тренировка мышечной силы является ключевым вопросом восстановительного лечения, так как при развитии ревматоидного артрита мышечная слабость наблюдается уже на ранней стадии заболевания. Болезнь из-за болей делает человека пассивным, это способствует развитию общей слабости и атрофии мышц. У больных RA при помощи умеренной или интенсивной силовой тренировки возможно сохранить мышечную силу и довольно хорошо её увеличить.

Поэтому больным RA можно рекомендовать силовые упражнения 2–3 раза в неделю. Упражнения необходимо делать на разные группы мышц (8–10 упражнений) по 8–12 раз, серии повторять не меньше 2–3 раз. Мышечную силу можно развивать на тренировочных станках, при помощи гантелей, резиновых лент и при помощи других требующих напряжения мышц средств или просто при напряжении мышц. Если от заболевания возникают поражения в определенных суставах, то физиотерапевт обучит специальным упражнениям именно для этого участка тела.

Тренировка равновесия

Важность тренировки равновесия растет с возрастом. Если человек болен RA, то увеличивается риск развития остеопороза, а при болезни суставов ног равновесие уже не такое хорошее, как у здорового человека. Исследования показали, что при помощи упражнений можно улучшить способность человека сохранять равновесие.

Для тренировки равновесия есть специальные упражнения, например

- стоять поочередно на пальцах и пятках,
- ходить вперед и назад, ставя ноги одну перед другой,
- стоять на одной ноге, другой ногой размахивать в воздухе,
- вставать со стула без помощи рук, приседать,
- танцевать.

После операции лечебная физкультура имеет определяющее значение в успехе дальнейшего выздоровления. Упражнениям обучает физиотерапевт, их необходимо делать по плану на протяжении длительного периода времени более интенсивно. Когда начальный уровень достигнут, то через 2–3 месяца может потребоваться новая программа. После операции уже находящиеся дома пациенты могут ходить заниматься в поликлинику или получать восстановительное лечение в стационаре. После установки эндопротезов суставов правильно планировать восстановительное лечение через 1,5 месяца после операции.

В результате длительных тренировок достигается

- улучшение мышечной функции;
- сохраняется лучшая самостоятельность в повседневной жизни;
- боль может уменьшиться;
- тренировка тормозит разрежение костной массы.

Вызванная упражнениями перегрузка

Если после тренировки мышечная боль длится больше 2 часов и боль сохраняется и на следующее утро, то необходимо проанализировать нагрузку лечебной физкультуры и упражнения.

Лечебная физкультура очень важна, ей необходимо заниматься каждый день, при этом важно беречь силы и использовать её экономично. Тренировки, в том числе и лечебную физкультуру следует распределять в течение дня равномерно, чтобы не было перегрузки и вызванных ею жалоб.

Перегрузки суставов помогают избежать:

- удобная, поддерживающая ногу, смягчающая удары обувь;
- правильные движения;
- подходящая нагрузка.

Что еще учитывать во время тренировки?

Если повреждения затрагивают суставы ног, то для тренировки не подходят упражнения, которые сильно нагружают ноги, например, длительная ходьба. В таком случае нужно заниматься тренировками, которые так не нагружают эти суставы: езда на велосипеде, катание на лыжах, плавание, занятия в воде или бег в воде. Если повреждения затрагивают суставы рук (запястья, пальцы) следует учитывать рекомендации по защите суставов рук (смотри раздел реабилитации стр 59). В таком случае не подходят игры с мячом, иногда ходьба с палками и другие нагружающие руки виды тренировок.

Если человек страдает от остеопороза, то ему не подходят прыжки и виды спорта, связанные с сотрясениями. Также необходимо исключать наклоны тела с согнутой спиной, наклоны в стороны и повороты тела, поднятие тяжестей (в зависимости от тяжести остеопороза). При остеопорозе очень важно делать щадящие и развивающие мышцы упражнения и тренировки на сохранение равновесия.

Процедуры восстановительного лечения

Кроме упражнений к восстановительному лечению относятся и так называемые пассивные процедуры. Уже с давних времен известны действия холода, тепла, воды, грязи, соли и массажа. Позже присоединилось использование вырабатываемых электрическими аппаратами физических сил с целью укрепления здоровья.

Советы для людей, которые получают восстановительное лечение: При получении процедур важно следить за самочувствием и вести дневник – какая процедура подошла, а какая нет. Каждая процедура имеет свои показания и противопоказания, поэтому полезно в первые разы обратиться за советом к врачу восстановительного лечения. Например, при назначении процедур следует учитывать состояние сердечно-сосудистой системы, наличие металлов в организме и прочее. Если больной уже получал это лечение несколько раз, то при таком же состоянии здоровья можно попросить назначить лечебные процедуры семейного врача или посетить санаторий или SPA центр и сделать там курс лечения.

Таблица 4-1. Методы восстановительного лечения, их действие и возможности использования.

Метод восстановительного лечения	Как делается	Как действует
Лечение холодом	<p>– местное: на сустав ставят пакет с холодным гелем; используют холодный вентилятор; используют холодные повязки, гели или аэрозоли; в зависимости от размера сустава по 10–20 минут 3–4 раза в день</p> <p>– общее лечение холодом в холодильной камере (около -110°C): Нахождение в камере – 3 минуты, шапка на голове, перчатки на руках, купальник на теле и обувь на ногах; рекомендуется 2–3 раза в день</p>	<p>Уменьшает отеки суставов, уменьшает боль.</p> <p>Подходит при острых воспалениях в суставах. Противопоказано при болях на холода, синдроме Raynaud, аллергии на холод.</p>

<p>Лечение теплом</p>	<p>Грязелечение – местное на область больного сустава (суставов) или область мышечного напряжения – грязевые ванны – процедура для всего тела, обладает сильным действием. NB! Очень большая нагрузка на сердце!</p> <p>Лечение парафином-озокеритом – местное лечение для суставов, мышц и сухожилий.</p>	<p>Улучшает кровообращение, снимает мышечное напряжение, уменьшает боль и скованность в суставах. NB! Не подходит при остром воспалении. NB! Для больных RA и болезнью Бехтерева, а также больным с контрактурами грязелечение компенсируется.</p> <p>Улучшает кровообращение, снимает мышечное напряжение, уменьшает боль и скованность в суставах. NB! Не подходит при остром воспалении.</p>
<p>Лечение теплом и массаж</p>	<p>Подводный автоматический массаж и жемчужная ванна. Подводный ручной массаж.</p>	<p>Улучшает кровообращение, снимает мышечное напряжение, уменьшает боль и скованность в суставах. NB! Может не подходить при остром воспалении. Влияет на все тело, в том числе и на сердце. NB! Расширенные вены конечностей являются противопоказанием для подводного ручного массажа</p>
<p>Массаж</p>	<p>Есть различные виды массажа (ручной массаж одного региона, массаж ног, лимфомассаж и другие). Лечебный массаж делается в медицине обычно на определенный участок курсами, например, на спину 7–10 раз через день.</p>	<p>Улучшает кровообращение, снимает мышечное напряжение. Уменьшает боль и скованность в суставах. NB! Может не подходить при остром воспалении. Влияет на все тело.</p>
<p>Электролечение или аппаратное или физическое лечение</p>	<p>Разные виды аппаратного лечения оказывают разное действие (ниже некоторые примеры)</p>	

	<p>Низкочастотное магнитное лечение (делается также в комбинации с лазерным лечением)</p> <p>Лазерное лечение</p> <p>Импульсные токи (TENS, диадинамика, ампли пульс и другие)</p> <p>Ультразвук</p>	<p>Уменьшает боль и отеки, улучшает кровообращение. NB! Может не подходить при остром воспалении. NB! Нельзя использовать при наличии кардиостимулятора или других металлических имплантатах.</p> <p>Уменьшает боль и отеки, улучшает кровообращение. NB! При помощи лазерного луча лечение можно направить в конкретный болевой пункт и на ограниченный участок тела. NB! Может не подходить при остром воспалении.</p> <p>Уменьшает боль и отеки, улучшает кровообращение. Часто эффективны при острых и хронических болях.</p> <p>Улучшают кровообращение в сухожилиях, суставах, мышцах, способствуют выздоровлению. Способствуют рассасыванию уплотнений тканей и смягчают рубцовую ткань. NB! Не подходят при остром воспалении.</p>
--	--	---

СОВЕТЫ ПАЦИЕНТАМ С ПРОБЛЕМАМИ НОГ. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА И МЕТОДЫ

У 90% больных ревматоидным артритом имеются симптомы поражения голеностопного сустава и стопы. В первую очередь поражаются суставы пальцев ног, затем суставы большого пальца и пятка, а затем и голеностопный сустав.

Деформации пальцев ног обычно начинаются с большого пальца, с течением времени деформируются и другие суставы. Ходить становится тяжело, на подошве и на верхней поверхности пальцев появляются болезненные утолщения кожи – натоптыши, подбор подходящей обуви становится затруднительным. Под давлением деформаций и неправильного положения костей появляются язвы на коже. В язву могут попасть микробы, может начаться воспаление.

Образование язв на стопах особенно опасно для пациентов с эндопротезами, так

как воспаление может перейти на протезированный сустав.

Слабость связок суставов и повреждение сухожилий делают суставы большого пальца и голеностопный сустав нестабильными, что приводит к развитию деформаций и изнашиванию суставного хряща.

При повреждениях в суставах ног, связанных с RA, важно заботиться о своих ногах. Для уменьшения болей в ногах и избегания образования деформаций или их уменьшения необходимо

- носить правильные стельки, ортозы, правильно подобранную или специальную обувь;
- посещать кабинет лечения ног;
- делать регулярно упражнения;
- при выраженных деформациях следует обсудить с ортопедом необходимость и возможность корригирующей операции.

Для выбора правильных вспомогательных средств необходимо измерить работу ног. Это можно сделать по-разному. Более точные результаты дает дигитальное (то есть проводимое при помощи компьютера) исследование. Подометрия означает определение распределения нагрузки на стопу, когда пациент становится на определительную пластину. Распределение нагрузки можно проанализировать, когда пациент идет по определительной дорожке. На основании результатов исследования можно назначить пациенту специальные, конкретно для него подобранные стельки. Изготовленные индивидуально стельки важны, когда ноги отличаются одна от другой или имеют выраженные деформации. Кроме специального кабинета лечения ног, состояние ног оценивают также и врач, физиотерапевт и сестра по лечению ног.

В кабинете лечения ног даются советы по правильному уходу за ногами и по правильному выбору подходящей обуви. Проводятся необходимые процедуры для ног: лечатся язвы на ногах, удаляются утолщения на коже и ногтях.

Стельки (фото 4-1) помогают сохранить и восстановить нормальное положение сводов стопы. При сильных болях и воспалении в ногах для уменьшения нагрузки на ноги иногда необходимо на протяжении некоторого времени пользоваться **костылями** (фото 4-2), „ревматоидными костылями“ (фото 5-23) или тростью. При воспаленных голеностопных суставах часто требуется **уменьшающий нагрузку на голеностопный сустав ортоз** (фото 4-3).



Фото 4-1. Полутвердая стелька для поперечного и продольного свода стопы (на три четверти стелька покрыта мягкой прокладкой)



Фото 4-2. Костыль под локоть



Фото 4-3. Поддерживающий голеностопный сустав ортоз/опора

Упражнения (смотри также раздел „Упражнения для ног“ на стр. 52-55) и растяжки для ног уменьшают боли, помогают укрепить ослабленные мышцы или расслабить напряженные мышцы. При напряжении в мышцах и уставших от нагрузки ногах помогает массаж ног или теплая ножная ванна (например, с морской солью).

Местное лечение: при обострении заболевания суставов и при отеках суставов согревающие процедуры не рекомендуется проводить. В таком случае подойдет холодный гель на сустав.

Выраженная деформация (фото 4-4а и 4-4б) изменяет равновесие мышц в ногах, это в свою очередь вызывает неправильную осанку и изменение рисунка ходьбы. Деформированная нога не помещается в обувь, на подошве и пальцах образуются утолщения кожи, иногда и воспаление или язвы. Поэтому деформации пальцев и другие деформации иногда требуют ортопедической операции.



Фото 4-4а. Выраженные деформации. Большой палец смотрит наружу, молоточковидные пальцы. На II пальце левой ноги утолщение кожи и воспаление (покраснение)



Фото 4-4б. Выраженная деформация голеностопного сустава: сустав отклонился от своей оси внутрь

Подходящая обувь

- Удобная, просторная, но не хлябющая.
- С круглой колодкой, тупым или широким носом.
- В области подушечки на 0,5 см шире и по всей подошве на 1 см длиннее ноги.
- Широкий каблук высотой 1,5–2,5 см (у женщин максимально 4 см).
- С крепким задником.
- При деформациях ноги удобна обувь со шнурками, застежками или ремешками, где могут углубления или мягкий материал для выпячивания стопы.
- Спортивная обувь с крепким задником, смягчающая удары



Вспомогательные средства

- При болях в ногах и скованном большом пальце ноги лучше выбирать обувь с толстой подошвой.
- При болях используйте гелевые подушки под стопу (фото 4-5), подушечку под пятку (фото 4-6), гелевые подушечки с прокладкой вокруг пальцев ног (фото 4-7), шину для пятки (фото 4-8), ночной ортоз для смотрящего наружу большого пальца ноги (фото 4-9).

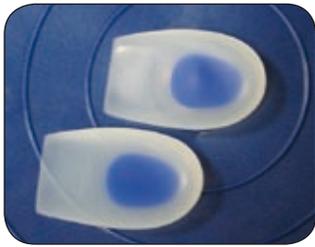


Фото 4-5. Подушка из геля под стопу



Фото 4-6. Подушка из геля под пятку

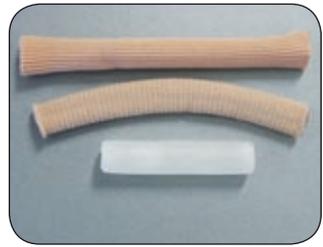


Фото 4-7. Защита для пальцев из геля с прокладкой



Фото 4-8. Ночной ортоз при воспалении фасции стопы и других проблемах голеностопного сустава (стопа размещается с согнутое положение или дорзальную флексию)



Фото 4-9. Ночной ортоз для смотрящего наружу большого пальца ноги (*hallux valgus*)

Еще советы для страдающих от проблем с ногами людей

- Если проблемы с ногами только возникли, проанализируй, что может быть причиной болей (новая обувь, обострение заболевания, новый вид спорта).
- Регулярно просматривай запасы обуви – сношенную обувь и провисшие подошвы следует заменить.
- При постоянных болях в ногах занимайтесь различными видами спорта: не занимайтесь только ходьбой, а катайтесь на велосипеде, занимайтесь водной гимнастикой, плавайте, катайтесь на лыжах, занимайтесь в зале – ограничьте чрезмерную нагрузку на стопы.
- Виды спорта, требующие прыжков и вызывающие сотрясения, не подходят для людей с проблемами в ногах.
- При поражении ног при RA ногам требуется особая забота и внимание из-за большой опасности повреждений и инфекций. Осматривайте ноги каждый день и заботьтесь о них. Если вы сами не можете это делать, то попросите врача направить вас в кабинет лечения ног.

NB! Для выбора стелек возьмите с собой несколько пар основной обуви и попробуйте, подходят ли стельки к ним. Возьмите с собой и предыдущие стельки.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ СТОП

Упражнения для стопы очень важны для больных РА. Упражнения уменьшают боль, улучшают эластичность тканей, мышечную силу и равновесие. Через 2—3 недели тренировок уменьшаются боли, при более длительных тренировках улучшается подвижность. При помощи упражнений, поддерживающих стопы стелек и специальной обуви можно предотвратить развитие серьезных деформаций или их усугубления.

Упражнения хорошо делать вначале со специалистом, чтобы они выполнялись правильно. Чтобы правильно усвоить упражнения, их лучше делать лежа или сидя. Гимнастика начинается с разминки (разогрева). Для этого подходит катание стоп по ролику, мячу или подходящему инвентарю. Для разогрева верхнего голеностопного сустава и мышц голени подходит 5–10-минутная езда на велосипеде или имитация этого.

- Укрепляющие каждую мышцу стопы упражнения нужно делать не меньше 15–20 раз по 2 серии.
- При растяжке займите положение, сохраняйте его 30–50 секунд, расслабьтесь и повторите растяжку 2 – 3 раза. При растяжке не сгибайте конечность, находитесь при растяжке в спокойном положении и чувствуйте „сладкую боль растяжки“, старайтесь держаться свободно и спокойно дышать и увеличивайте обширность растяжки.

При выполнении упражнений вы сначала можете чувствовать боль. Если какое-то упражнение вызывает сильную боль или мышцы после тренировки болят больше двух часов, это означает, что вы переусердствовали и в следующий раз нужно снизить нагрузку.

Сначала, кажется, тяжело шевелить пальцами, но довольно скоро вы будете лучше с этим справляться и тренировка получится. Нужно быть последовательным и упорным.

1. Сяд на стул или лежи на пол. Вытягивай пальцы ног, удерживай это положение 5 секунд и затем притяни пальцы ног к себе, удерживай это положение 5 секунд.



2. Делай медленные спокойные кругообразные движения стопой по часовой стрелке.

3. Согни все пальцы, удерживай это положение 3-5 секунд, затем распрями пальцы ног и удерживай это положение (следите, чтобы пальцы оставались выпрямленными). Если не можешь сделать пальцы веером, то помоги им: поставь пальцы рук между пальцами ног и помоги пальцам ног удерживать положение веером.



4. "Спина кошки": Старайся спинку стопы поднимать высоко, так, чтобы пальцы ног касались пола и не сгибались, и пятка оставалась на полу. Напряжение должно чувствоваться в мышцах стопы снизу. Напрягайся и удерживайте положение, затем расслабься.

5. Сядь ровно, приподними большой палец от пола, удерживай это положение 3-5 секунд и поставь обратно на пол. Если большой палец смотрит наружу, то не поднимай его слишком высоко, а помоги руками сохранить прямое положение большого пальца.



6. Сядь ровно, приподними остальные пальцы от пола, удерживай это положение 3-5 секунд и поставьте обратно на пол. NB! При выполнении упражнений имей в виду, что при положении сидя ноги согнуты в коленях примерно на 90° и должны оставаться прямыми (то есть их нельзя поворачивать внутрь или наружу). Если это делать тяжело, то положи руки на колени – это поможет сохранять правильное положение ног.

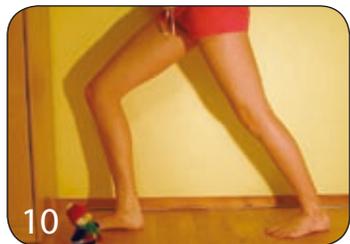
7. Встань перед восходящей лестницей лицом к ней, опираясь на ступень только подушечками ног, ног параллельно. Вставляй на носочки, удерживай это положение 3-5 секунд и опускайся так, чтобы пятки опускались на нижнюю ступеньку. Ты почувствуешь в сухожилиях на пятке напряжение, удерживай это положение.



8. Стоя займи положение балерины, стопы широко вывернуты наружу. Вставляй на носочки и стой 5 секунд, затем опускайся и отдыхай.

9. Встан так, чтобы пальцы ног смотрели внутрь. Вставай на носочки и стой 5 секунд, затем опустишься и отдыхай.

NB! Если упражнение заставляет тебя шататься, то при выполнении его придерживайся за перила. Не держись за шкафы, стулья или другие нестойкие предметы, опираясь на которые можно упасть.



10. Стой согнув одну ногу в колене. Заднюю ногу держи так, чтобы пальцы ноги были направлены прямо вперед. Наклоняй тело вперед, спина должна оставаться прямой. При наклоне ты должен чувствовать напряжение в пяточном сухожилии задней прямой ноги. Растяжение пяточного сухожилия удерживай 30-50 секунд.

11. Под стопу положи теннисный мяч или любой другой мяч или трубу. Стопой надавливай на мячик и двигай ногу относительно мяча вперед-назад с разной силой (особенно внутреннюю часть стопы). Делай упражнение 2-4 минуты.



12. Положи мяч (или губку) под стопу так, чтобы он располагался больше под пальцами и подушечками стопы. Пальцы толкай к полу и так удерживай положение 10 секунд.

13. Положи мяч (или губку) под стопу так, чтобы он располагался под большим пальцем стопы. Опускай стопу на пол и удерживай положение 10 секунд. Повтори упражнение.



14 а-д. Эти упражнения делай с сопротивлением, сгибая ногу в голеностопном суставе в каждом направлении (сгибание, разгибание, повороты в обе стороны). Упражнения делай спокойно. Для развития силы используй резиновую ленту или прикрепленный к ноге груз. NB! Упражнение „д“ не подходит для тех, у кого голеностопный сустав проседает внутрь.



Помоги себе сам

Если ты чувствуешь облегчение от массажа ног, то массируй их. Сначала делай поглаживающие движения от стопы по направлению к колену. Каждый пальчик нужно массировать отдельно. Дальше массируй ткани пальцами, глядя и переминая их. Подушечки пальцев можно массировать круговыми движениями или надавливать на них костяшками пальцев. Массаж нужно заканчивать поглаживанием, после массажа нужно дать ногам отдохнуть.

Удержание поддерживающего поперечный свод положения: поперечный свод имеет вид дуги; сгибай руками стопу с боков на уровне начала пальцев в дугу и удерживай положение.



СОВЕТЫ ПАЦИЕНТАМ С ПРОБЛЕМАМИ С ШЕЕЙ. ЭРГОНОМИКА

Причиной повторных головных болей и болей в шее или их усугубления может быть ревматоидное поражение суставов шейного отдела позвоночника.

Причиной поражения может быть смещение шейных позвонков относительно друг друга или относительно черепа и чрезмерная подвижность шейных позвонков – все эти причины могут привести к поражению расположенного в позвоночном канале спинного мозга. Поражение спинного мозга может вызвать паралич рук и ног.

Правильное положение, шейная шина и операция защищают спинной мозг от повреждений.

Что следует учитывать?

При чрезмерно подвижных позвонках следует избегать наклона головы вперед (иногда и наклона в стороны) как во время сна, так и в повседневной жизни. При проблемах с шеей о них всегда нужно сообщать стоматологу, анестезиологу, специалисту, обучающему лечебной гимнастике, и массажисту, для того, чтобы в ходе процедур не усугубились повреждения шейного отдела позвоночника. При повреждении шейного отдела позвоночника при РА обычно массаж шеи не рекомендуется. Упражнения может показать физиотерапевт, о вспомогательных средствах и действиях расскажет специалист по реабилитации.

Использование шейной шины

Шейная шина (фото 4-9) ограничивает подвижность шейного отдела позвоночника, помогает расслабить шейные мышцы, напоминает о правильной осанке и защищает от повреждений нервов при травмах. Шейную шину можно приобрести в магазине вспомогательных средств, также её можно изготовить в протезной мастерской.



Фото 4-9. Жесткая шейная шина при нестабильности шейного отдела позвоночника

- Шину нужно носить только так, как рекомендовал врач.
- Иногда шину нужно использовать постоянно (свежее повреждение, большая подвижность позвонков). Шину нужно использовать при езде в автомобиле или в другом транспортном средстве, а также когда на улице скользко, при езде на велосипеде, гребле, водной гимнастике, чтении, когда есть склонность наклонять голову вперед.
- Если вы идете к врачу или физиотерапевту/специалисту по реабилитации, то возьмите шину с собой.

Ходьба и движение. Важно проанализировать со специалистом (по реабилитации или физиотерапевтом) технику ходьбы, сидения, укладывания в постель. Так возможно уменьшить вызванные напряжением мышц боли и избежать/уменьшить усугубление проблем с шеей. Нужно стараться избегать подскользывания дома и на улице. В зимнее время нужно использовать препятствующие скольжению подошвы, острые наконечники на тростях и прочее.

Одевание. Для предупреждения чрезмерного наклона головы вперед рекомендуется использовать легко скользящие материалы, чтобы одежда легко снималась. Следует избегать узкой одежды. Следует отдавать предпочтение открываемым спереди вещам, одежде с замками и пуговицами.

Сон. Рекомендуется использовать низкую подушку, которая в положении на спине не наклоняет голову вперед, при положении лежа на боку голова может быть немного выше. Может подойти подушка с секциями, содержимое которой можно частично убирать или добавлять. Постельное белье должно быть из легкого материала, постель можно сворачивать в ролик, а не расстилать встряхивая.

Вставать с постели рекомендуется из положения на боку: сначала повернуться на бок, сдвинуть ноги, опереться руками о край постели, спустить ноги вниз через край постели и одновременно приподнимать тело вверх.

Гигиена. Во время мытья рекомендуется использовать щетку с длинной ручкой, для расчесывания есть щетки с резиновыми кончиками. В ванной комнате помогут прикрепленные в стене ручки, нужно избегать подскользывания и падений. При подстригании ногтей на ногах следует помнить, что голову нельзя наклонять слишком много вперед, в таком случае шейная шина напомнит о проблемах с шеей. Для гигиены за ногами можно пользоваться услугами помощников или кабинетом лечения ног.

Домашние работы

Уборка. Рекомендуется пользоваться щеткой с длинной ручкой, при уборке шейная шина должна быть надета. При глажении или приготовлении еды необходимо выбирать стол и стул подходящей высоты, так чтобы спина оставалась прямой и не было необходимости наклоняться вперед. Можно пользоваться стулом-седлом, который позволяет свободно передвигаться и дает тазу и поясничной части хорошее положение. Стул-седло удобен и при глажении белья. Стулья-седла есть разные, есть специальная модель для мужчин.

Увлечения.

NB! Шейную шину рекомендуется носить.

Езда на автомобиле. Для предупреждения жизнеопасных смещений шейных позвонков во время аварии необходимо всегда надевать шейную шину во время движения.

Велосипед. Рекомендуется использовать велосипед со стоячим седлом и с прямыми рулевыми тягами.

Плавание. Обычно подходит. Для плавания можно изготовить специальную шину, хорошо плавать на спине, водная гимнастика на глубине в стоячем положении.

В саду. Инструменты с длинными ручками облегчают прополку (при необходимости можно согнуть спину в поясничной области, но от этого спина устает).

Чтение, письмо. Рекомендуется пользоваться подставкой для книг и газет. Следует избегать наклона головы вперед, при необходимости пользуйтесь шиной. Высота стола и стула нужно оценивать, они должны быть регулируемыи.

Телевизор: TV нужно поставить на такую высоту (под потолок, на шкаф, на стену), чтобы положение головы оставалось прямым. Сидеть нужно прямо по направлению к телевизору. При необходимости нужно использовать шину.

На работе

За компьютером. Действует все тоже, что и в отношении чтения.

Расстояние монитора от глаз 50-70 см, глаза смотрят под углом 20° в середину экрана. Для определения правильной высоты монитора подойдет следующий домашний тест. Сядьте прямо перед компьютером, прямую палку протяните от головы до верхней части монитора. Прямое положение должно быть горизонтальным.

Клавиатура. Должна лежать на столе или на уровне стола, руки должны опираться на стул (20-27 см от сидения стула). Есть дугообразные клавиатуры для женщин и мужчин с широкими плечами (тогда руки не направляются к середине).

Мышка. При заболеваниях суставов рук, когда нет возможности схватывать мелкие предметы, можно использовать специальную приспособленную мышшь. Есть вертикальная мышшка (vertical mouse), крутящаяся мышшка (rolling mouse, в виде палочки, с роликом), mousetrappер (подвижной частью является лента).

При работе руками подходят гелевые подушки на коврик для мышки и перед клавиатурой. При работах, требующих тонкой моторики, можно использовать специальные прикрепленные к столу подставки для рук.

Стулья. При сидении к спинке стула можно прикрепить подушку. Есть мягкие и жесткие, повторяющие форму спинки стула и другие подушки, в спинке стула также может быть надувная подушка. Сидячая поверхность стула не должна доходить до подколенных ямок на бедрах. Есть стулья, на которых можно изменять расстояние от спинки стула до переднего края сидения. Также можно изменять положение спинки стула (прямо, с наклоном, свободно двигающееся), подлокотников (выше, вперед и назад) и сидения (шатающееся, с наклоном, высота от пола).

NB! Хорошо было бы, если высоту стола и стула мог отрегулировать физиотерапевт.



РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Пирет Лаур, специалист по реабилитации АО Ида-Таллиннской Центральной Больницы

Реабилитация – это улучшение борьбы человека с заболеванием путем применения предназначенных для этого методов. Реабилитация обучает больных ревматоидным артритом справляться так, чтобы сохранить суставы. Руководит реабилитацией специалист, который

- дает советы, когда человек имеет **трудности в совершении повседневных действий**, как например, при хождении в туалет, умывании, одевании, приготовлении пищи, уборке или других важных действиях;
- обучает **принципам защиты суставов и сбережению энергии** и показывает, как проводить действия так, чтобы суставы нагружались меньше всего;
- обучает человека и его семью, как **создать вокруг себя обстановку**, возможно более приемлемую и безопасную к действиям;
- знакомит с **предметами и всевозможными вспомогательными средствами** и обучает как ими пользоваться, чтобы обеспечить как можно более самостоятельную жизнь;
- советует **ортозы для суставов**, оценивает их пригодность для больного, при необходимости помогает их скорректировать и обучает их использованию и уходу за ними. Специалист по реабилитации даже может изготовить индивидуальный ортоз для руки или пальцев;
- для улучшения силы в руках и улучшения или сохранения подвижности в суставах использует **программу упражнений** или отдельные упражнения при различных проблемах с руками.

Человек использует руки практически во всех повседневных занятиях. РА всегда поражает суставы рук. Важно не только, справляется ли человек с действиями или нет, но и то, как он с ними справляется. Важно, **чтобы вы обратили внимание на то, как вы справляетесь**, и не только тогда, когда суставы болят и скованны, но и в хорошие дни.

Советы по защите суставов необходимо начинать претворять в жизнь уже в начальном периоде заболевания и тогда необходимо действовать как можно более приносящим удовлетворение способом, с меньшей болью и минимальными усилиями.

ЗАЩИТА СУСТАВОВ ИЛИ ПРИНЦИПЫ СОХРАНЕНИЯ СУСТАВОВ

Предназначены для минимизирования риска повреждения суставов во время повседневных занятий (смотри стр 11 типичные деформации руки). Целью защиты суставов является уменьшение боли, воспаления, внешнего и внутреннего давления на суставы, чтобы сохранить целостность суставных структур. **Принципы сбережения энергии** помогают уменьшить усталость и сохранить энергию. Частично эти принципы совпадают.

- **Считайтесь с болью.** Боль является одним из сигналов тела, который показывает, что что-то происходит не так. Следует избегать такого рода занятий, которые **не возможно прекратить сразу же**, как только выяснится, что вам с ними не справиться (например, залезание на стул, доставание тяжелого предмета с высоты, ношение слишком тяжелой сумки, перелезание через край ванны, действия в согнутом положении или на корточках). Игнорирование боли может привести к усугублению повреждения суставов и вызвать еще большую боль.

Например, следует избегать сидения на слишком низком стуле, так вставание с него требует больших усилий и может причинить боль (фото 5-1). При домашних работах можно использовать стоечный стул, работа на котором происходит в полусидящем положении (фото 5-2).



Фото 5-1



Фото 5-2

Полный отказ от деятельности вызывает атрофию мышц, что в свою очередь способствует нестабильности суставов. Следует различать общее чувство неудобства и боль, которая возникает при перенапряжении суставов, и соответственно этому корректировать свою деятельность. Основное правило следующее: **боль, которая сохраняется час или два после завершения деятельности показывает, что деятельность была слишком напряженной и в следующий раз интенсивность деятельности необходимо изменить.**

- **Используйте большие суставы, а не маленькие, если это возможно,** таким образом можно снизить нагрузку на маленькие суставы. Плечевые и локтевые суставы сильнее и их использование защитит суставы пальцев. Также в больших мышцах, окружающих большие суставы, больше силы, поэтому они могут переносить нагрузку больше.

Например, при походе в магазин, вместо пакета подойдет сумка на колесах, рюкзак или сумка через плечо, которая надета наискосок. Также сумку можно носить и на предплечье.

Поднятие тяжестей должно происходить с прямой спиной, согнуты должны быть ноги, предметы нужно держать ближе к телу, тяжесть желателно держать на предплечьях.

Вставить со стула нужно так, как показано на рисунке (фото 5-3). Если запястья не позволяют опираться, то можно помочь себе подняться при помощи предплечий (фото 5-4). Следует избегать опоры на руку в кулаке (фото 5-б) или на искривленные пальцы рук (фото 5-5) тяжестью всего тела.



Фото 5-3



Фото 5-4



Фото 5-5

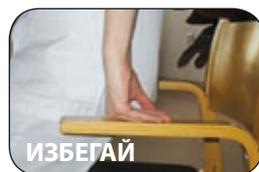


Фото 5-6

- **Избегайте сильного напряженного захвата,** так как такое положение прибавляет давления на маленькие суставы пальцев. Также следует избегать захвата предметов большим пальцем и кончиками пальцев. Сила, которая прикладывается к верхушке указательного пальца и большого пальца при так называемом захвате пинцетом, является важнейшей деформирующей силой для основных суставов пальца в воспалительном состоянии.

Например, при поднятии тарелки со стола не держите её большим и указательным пальцами (фото 5-7), а между двумя ладонями (фото 5-7а). Также держите книгу открытыми ладонями, если у вас нет подставки для книги.



Фото 5-7



Фото 5-7а

Используйте предметы с толстыми ручками (фото 5-8, 5-8а, 5-9) (ножи, чистящий нож, приборы для письма, другие инструменты), чтобы обеспечить их более устойчивое положение в руке, сгибание средних суставов пальцев при захвате и работу без напряжения. Следует избегать слишком сильного сжатия предмета и сильного его удержания.

Ручки ящиков должны быть такими, чтобы не требовалось открытия ящиков при помощи большого пальца и кончиков других пальцев, а по возможности ящик должен открываться всей рукой.



Фото 5-8



Фото 5-8а



Фото 5-9

• **Избегайте деформирующих положений и таких положений, который давят на охваченные заболеванием суставы.** Большая часть суставов больше всего стабильна, если держать их в прямом состоянии. Согнутой запястью при поднятии тяжестей способствует деформации поврежденных суставов запястья, поэтому запястье должно быть прямым или в нейтральном положении. Согнутое или наклоненное положение и применение крутящего момента во время деятельности, увеличивает напряжение на суставные связки.

Например, при поднятии кастрюли запястье согнуто (фото 5-10), но возможно поднимать кастрюлю и с прямыми запястьями (фото 5-10а, 5-10б). Также двумя руками следует поднимать чашку, сковороду или наливать из графина. Поворота запястья, требуемого при сливании воды, можно избежать путем использования пароварки.



Фото 5-10



Фото 5-10а



Фото 5-10б

Следует избегать выжимания тряпок или белья, открывания банок до вызывания боли, это увеличивает растяжение связок и нестабильность запястья. Вместо этого можно отжать тряпку, если прижать её к раковине или зажать ил сдвинуть её между двух ладоней или намотать двумя руками вокруг крана. Для открытия банок или бутылок следует пользоваться открывашкой.

Не всегда нужно поднимать тяжелые предметы, их можно подтолкнуть или подтащить.

При нарезании простым ножом запястье наклоняется, а пальцы искривляются (фото 5-11), но при использовании эргономичного ножа запястье остается прямым и нагрузка распределяется (фото 5-11а).



Фото 5-11



Фото 5-11а

- **Избегайте длительного пребывания в одном положении.** Если находится длительное время в одном положении (стоять или сидеть), то это может привести к усталости и скованности. Изменение положения предупреждает длительное давление на суставы. Через каждые 20 минут нужно делать короткие по 1-2 минуты паузы на отдых, это улучшает трудоспособность и общее самочувствие. Если чаще не получается, то при работе в конторе или за компьютером необходимо делать перерывы не меньше чем через каждый час по 5–10 минут. Это не означает пересаживание в другое место, а движение. От коротких пауз, которые включают физическую активность (например, ходьба или выпрямление тела и рук), больше пользы, чем от пассивного отдыха.

- **Сохраняйте подвижность суставов и мышечную силу.** Для того хотя бы раз в день ежедневно необходимо разрабатывать все свои суставы в максимальной амплитуде подвижности.

Например, при глажении белья или при вытирании пыли нужно сгибать и разгибать руку в максимальных пределах. Легкие вещи, такие как блузки или пачки с маркерами, можно класть в самый верхний шкафчик, чтобы был повод потянуться.

Полезно полежать утром и вечером по 20 минут на животе (фото 5-12), ноги расставив на ширине плеч, стопы свесив с кровати, руки и голова должны лежать удобно, чтобы дать возможность спине, бедрам и коленям потянуться.



Фото 5-12

Упражнения лучше делать, когда утренняя скованность уже прошла и боль уменьшилась, например, после теплого душа. Продельваемые вечером упражнения помогают уменьшить утреннюю скованность в суставах на следующий день.

В фазе обострения не рекомендуется делать упражнения на растяжку, так как это может усилить напряжение и так в слишком напряженных от отека структурах. В стадии затихания воспаления осторожные, постоянно удлиняющиеся растяжки предупреждают укорачивание соединительной ткани и мышц в фиксированное деформированное положение (смотри также стр 44 о силовых упражнениях и общих рекомендациях). Так как руки играют очень большую роль в наших повседневных занятиях, то в свою программу упражнений необходимо включать и специальные упражнения для рук. Следует помнить, что повседневная деятельность не позволяет так многосторонне влиять на все структуры руки, как специальные упражнения, но оба этих вида деятельности необходимы для сохранения силы, сопротивляемости и подвижности суставов.

- **Сохраняйте хорошее положение.** Хорошее положение уравнивает тяжесть головы и конечностей так, что сила гравитации помогает сохранять правильное положение суставов. При сохранении плохого положения используется больше энергии, так как для сохранения положения мышцы должны работать против сил гравитации. Опущенные плечи, согнутая вперед шея или спина вызывают мышечное напряжение, это в свою очередь боль и усталость.

Пример положения, которое следует избегать (фото 5-13), и подходящее положение для работы (фото 5-14).



Фото 5-13

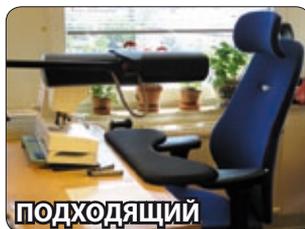


Фото 5-14

Стул должен быть с поддерживающей спинкой, по возможности с подлокотниками и с подголовником для отдыха. Положение должно позволять держать голову и шею как можно ровнее и плечи не должны быть напряжены. Рабочая поверхность имеет правильную высоту, если руки свободные/расслабленные в плечах параллельно телу и согнуты в локтях на 90°. Ноги должны хорошо упираться в пол. Матрас на кровати должен быть полужестким (достаточно жестким/крепким), чтобы позволять телу сохранять анатомические искривления. Подушка с опорой для шеи лучше, чем простая подушка, так как последняя вызывает сгибание и напряжение в шее. Следует избегать сна в положении комочком. Часть ночи нужно спать на спине (руки и ноги выпрямлены), чтобы сохранять разгибание суставов. Ни в коем случае нельзя использовать подушку под колени, так как это способствует развитию контрактуры в коленях. Использование подушки между колен рекомендуется во время сна на боку. Если есть язвы, то следует использовать специальные защитные средства/смягчители. Важно контролировать свой вес, так как лишние килограммы дают нагрузку на суставы спины, бедер, коленей и стоп.

- **Уравновешивайте свои занятия, упражнения и отдых.** Важно балансировать занятия, упражнения и отдых. Отдых улучшает выполнение работы, настроение и значительно уменьшает несчастные случаи. Без отдыха не возможно вести сбалансированную жизнь. Из-за ограничения энергии больным ревматоидным артритом рекомендуется соблюдать принципы экономии энергии.

- Энергию экономит и **планирование времени** и фиксирование своей повседневной рутины, когда деятельность запланирована на время, когда боль и скованность наименьшие. Необходимо быть реалистичным в отношении своих возможностей. Большую часть энергии необходимо распределять на важнейшие занятия и в повседневный план необходимо включать много коротких пауз для отдыха.

- Для выполнения заданий нужно иметь достаточно времени. Следует избегать спешки, так как это может повлечь за собой дополнительные обязательства. **Медленная, умеренная скорость** при выполнении заданий намного продуктивнее и предпочтительнее. Работа в своем темпе сберегает энергию и повышает эффективность.

- **Работу нужно исполнять самым простым способом.** Положение стоя требует затраты энергии на 25% больше, чем в сидячем положении. Между сложными действиями хорошо выполнять приносящие удовольствие действия и использовать методы расслабления. Для выполнения заданий нужно пользоваться более легкими предметами. К лестнице можно прикрепить корзину для вещей, чтобы спустить их все вместе вниз.

- Регулярно используемые **предметы и снаряжение нужно хранить** на высоте между глаз и бедер, чтобы избегать наклонов, сгибаний и лишнего поиска. Тяжелые предметы нужно хранить в легко доступном месте, например с краю шкафа. Для развешивания вещей можно использовать вешалки. Для уменьшения путаницы, меньше носимые вещи следует убрать в шкаф, который оснащен легко выдвигаемыми ящиками, поворачивающимся поддоном, полками или отделениями.

- В активный период заболевания требуется больше отдыха. Усталость вызывается не только не заботой о своих суставах, а требует длительного периода восстановления, что означает длительный период без движений. Дневной сон и ночной отдых всего должны составлять 10–12 часов. Слишком длительный отдых может привести к нарушениям сна еще большую усталость. Частые короткие периоды отдыха полезнее, чем один длительный. Когда обострение заболевания стихнет, следует снова возвращаться к более активной жизни и больше двигаться.

- **Используйте шины.** Целью шин является улучшение положения сустава, его поддержка, уменьшение боли и напряжения, защита слабых связок и мышц, предупреждение развития деформаций.

Исследования показали, что использование подходящего ортоза для руки значительно уменьшает боль и увеличивает хватательную функцию руки, таким образом, способствует деятельности дома, на работе и в свободное время.

Шину нужно начинать использовать довольно рано, уже в начале заболевания, до развития деформаций. **Шина для запястья и/или свободная шина** (фото 5-15) используются постоянно в острой фазе заболевания, когда многие суставы находятся в воспалительном состоянии, но снимаются несколько раз в день для проведения упражнений, чтобы сохранить подвижность суставов.

В спокойной фазе используется **шина для запястья** (фото 5-16) во время работ и различных занятий, которые в обычном состоянии кажутся слишком тяжелыми или вызывающими боль (например, при опустошении стиральной машины, работе с пылесосом, собирании листьев граблями, приношении дров в дом, работах в саду, походе в магазин, поднятии сковороды и других предметов, накрывании стола, уборке постели, чтении, вязании, работе в конторе и за компьютером, управлении автомобилем, езде на велосипеде, занятиях с детьми) и снимается во время проведения более легких занятий, чтобы сохранить подвижность запястья и мышечную силу.

Шина для запястья должна плотно прилегать к нему, чтобы сохранять при выполнении работы подходящее положение, избегать сгибания и позволять распределить нагрузку. В начале использования шины может показаться, что способности руки уменьшаются, но ситуация изменится, когда вы привыкнете к шине.

Шины используются также и для пальцев (фото 5-17), шеи, локтевого сустава, коленей и голеностопного суставов. Целью ношения стелек также является поддержание суставов, уменьшение напряжения и предупреждение деформирующего положения стопы.



Фото 5-15



Фото 5-16



Фото 5-17

- Используйте подходящие инструменты для работы или вспомогательные средства. Целью использования вспомогательных средств является уменьшение боли и ограничения деятельности, компенсирование сниженной функции сустава и способствование самостоятельной деятельности. Использование современных электрических приборов (стиральной машины, посудомоечной машины, кухонного комбайна, аккумуляторной дрели, электрической открывашки) уменьшает фрустрацию и потерю времени при выполнении заданий, увеличивает самостоятельность. Больше всего придумано вспомогательных средств для приготовления и употребления пищи, а также для гигиены. Необходимо только следить, чтобы оснащение выполняло поставленные цели и хорошо работало. Подходят универсальные средства, такие как пароварка, очиститель для овощей, сервировочный столик, лестница-стул, доска для ванны и прочее. В специальном магазине можно приобрести эргономичный нож, ножницы, открывашку и другие приспособления. Рекомендуется пользоваться предметами с широкой и нескользящей ручкой, по возможности более легкими и всегда острыми режущими предметами.

На фото представлены некоторые предметы, которые используются при приготовлении и приеме пищи (фото 5-18), в целях гигиены и для упрощения одевания (фото 5-19) и сохранения положения (фото 5-20).



Фото 5-18



Фото 5-19



Фото 5-20

При обострении заболевания, когда может потребоваться поддерживать себя вспомогательными средствами для движения, необходимо следить, чтобы оно было правильной длины. При определении высоты трости/костылей рука опускается свободно вдоль выпрямленного тела. Высота будет правильной, если верхний край рукоятки находится на высоте верхней линии запястья (фото 5-21). Костыль держится на противоположной от больной ноги стороне. Если пользоваться костылем невозможно из-за нарушений равновесия или из-за выраженных деформаций и боли, то следует использовать роллатор (фото 5-22). Созданы также

и специальные костыли для больных с проблемами с суставами – «ревматоидные костыли» (фото 5-23). В их случае на костыли опираются предплечьем, что позволяет снять нагрузку с запястья и пальцев. В скользкое время к трости должен быть прикреплен острый наконечник для сохранения безопасности. Безопасное передвижение в скользкое время помогают сохранить и специальные наружные стельки для обуви, препятствующие скольжению.

Вспомогательные средства, методы защиты суставов, упражнения для рук, ортозы для суставов, приспособление среды для безопасной жизни – все это важно в жизни каждого больного ревматоидным артритом. Руководства можно получить у специалиста по реабилитации, на прием к которому можно попасть по направлению ревматолога или врача по восстановительному лечению.

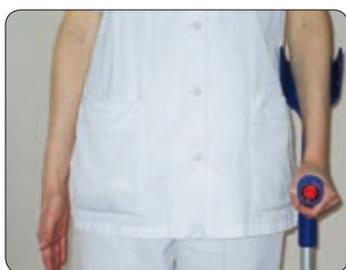


Фото 5-21



Фото 5-22



Фото 5-23

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ КИСТЕЙ

Для больных RA регулярные упражнения помогут сохранить подвижность рук. Для начала рекомендуется повторять каждое упражнение по три раза и проходить весь комплекс упражнений два раза в течение дня. С течением времени следует увеличивать количество раз до 10 и тогда можно ограничиться 2–3 тренировками в неделю.

1. Перед тем, как начать делать упражнения на пальцы и кисть, сначала сделай круговые движения плечами, поднимай плечи или делай другие упражнения для плечевых суставов.
2. Немного приподними руки в стороны с боков и поверни ладони кверху. Держи локти прямыми! Удерживай это положение 5–10 секунд. Для расслабления опусти руки свободно вниз.



2-1



2-2

3. Согни руки в локтях на 90°. Поворачивай предплечье, ладони вверх насколько это возможно, удержи-вай положение 5 секунды и пово-рачивай ладони вниз насколько это возможно, удержи-вай положение 5 секунд. Следи, чтобы локти были все время прижаты к телу, а пред-плечья находились параллельно.



4. Предплечье опирается на стол, ладони смотрят вниз. Поднимай кисть, сгибая руку в запястье (при этом пальцы сгибаются в кулак), удержи-вай положение 5 секунд, напрягай руку. Опу-скай руку на стол (пальцы выпрямляй).



5. Предплечье опирается на стол, ладони смотрят вниз. Пальцы сжаты в кулак. Кулак двигай относительно запястья, удержи-вай положение 5 секунд, напрягай руку. Верни руку в исходное положение.



6. Положи предплечье бо-ком на стол. Напряги паль-цы только в крайних двух суставах, при этом фа-ланги должны оставаться прямыми. Удержи-вай по-ложение 2 секунды. Затем согни пальцы в кулак так, чтобы все 3 сустава паль-цев были максимально согнуты. Удержи-вай по-ложение 2 секунды. Разгибай пальцы в обратном поряд-ке, сначала выпрямляя фа-ланги, при этом оставляя согнутыми последние два сустава пальцев. Удержи-вай по-ложение 3 секунды. Теперь полностью распрям-ми руку.



7. Вытяни руку на столе ладонями вниз. Вытяни пальцы и притягивай руку к себя, скользя по столу.



8. Предплечье опирается на стол, ладони смотрят вниз. Приподнимай прямые пальцы поочередно вверх. Каждый палец удерживай на верху 5 секунды.



9. Предплечье опирается на стол, ладони смотрят вниз, пальцы вместе. Отведи большой палец в сторону и остальные пальцы поочередно приводи к большому пальцу. Делай это упражнение медленно. Когда все пальцы приведены к большому пальцу, удерживай это положение 3 секунды. Теперь приподними руку от стола, расслабься. NB! Не приводи пальцы обратно в сторону мизинца.



10. Придерживай другой рукой основной сустав большого пальца в выпрямленном положении и сгибай крайний сустав большого пальца. Удерживай положение 3-5 секунд. Расслабься.



11. Большим пальцем касай нижней линии мизинца. Удерживай положение 3-5 секунд. Полностью выпрямите большой палец.



12. Кончиком большого пальца касай поочередно всех кончиков пальцев, чтобы образовался один круг. Следи, чтобы все суставы боли согнуты. Выпрямляй пальцы перед тем, как согни следующий палец.





ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Др Вахур Метсна, ортопед АО Ида-Таллинской Центральной Больницы

Использование современных препаратов обеспечивает очень хороший контроль над ревматоидным артритом и с большой вероятностью можно прогнозировать уменьшение доли операций в комплексном лечении этого заболевания.

При значительном поражении суставов и окружающих их тканей оперативное лечение может стать неизбежным. Достижения хирургии дают пациентам всё больше возможностей для сохранения функции суставов и подвижности.

Большинством операций невозможно полностью сделать человека совершенно здоровым, но можно уменьшить симптомы до такого уровня, который позволит пациенту заботиться о себе и справляться со своими повседневными делами.

Время хирургического лечения очень важно. Оптимальное время операции назначается пациенту в ходе его тесного сотрудничества с лечащими его врачами.

В зависимости от того, в какой стадии заболевания пациент поступает на прием к ортопеду, **целями хирургического лечения** ревматоидного артрита (по степени важности) являются:

1. уменьшение боли;
2. предупреждение деформации;
3. коррекция деформации;

4. сохранение функции;
5. восстановление функции.

Желания пациента и мотивация являются основными определяющими компонентами планирования хирургического лечения.

Операции

В хирургии RA используется много различных операций, здесь приведены самые распространенные методы.

1. **Синовэктомия** – в ходе этой операции удаляется воспалительная суставная капсула. Операция показана при хроническом отеке сустава, неподдающегося лечению. Синовэктомию можно делать через разрез кожи или артроскопическим методом. Артроскоп – это инструмент с оптическим приспособлением в виде трубки, щипцов и других хирургических устройств, который вводится в полость сустава через небольшой разрез кожи для осмотра и проведения лечебных процедур. Непосредственное восстановление после артроскопии происходит быстрее, чем при операции через разрез кожи, шрам от операции также остается меньше. Отдаленные результаты обоих методов одинаковые.
2. **Теносиновэктомия** – означает удаление воспаленного влагалища сухожилия. Проведенная своевременно теносиновэктомия помогает избежать разрыва сухожилия. **Разрыв сухожилия проще предупредить, чем восстанавливать его после разрыва.**
3. **Артродез** – это операция, в ходе которой сустав обездвиживается. Артродез проводят на значительно деформированных, изношенных суставных поверхностях и при нестабильном суставе. С поверхностей сустава удаляется хрящ, сустав ставят в функциональное положение и фиксируют спицей, шурупами или пластиной. Артродез на позвоночнике называют **спондилодезом**.
4. **Эндопротезирование** (замена сустава), в ходе этой операции изношенные поверхности суставов заменяются протезом. Целью является восстановление нормального положения конечности и достижения сустава без боли при повседневном движении. Редко удается достичь полной подвижности сустава.
5. **Остеотомия** – это операция по коррекции костной оси или угла сустава: кость распиливается согласно методике в необходимом месте и скрепляется снова в новом положении пластинами и шурупами.

Анестезия (обезболивание)

Для безболезненного проведения операций используют анестезию. Операции на позвоночнике проводятся под **общим наркозом** (пациент спит во время операции). Операции на руки можно проводить как под общим наркозом, так и при различных **блокадах нервов** (в область нерва делается укол и рука в области иннервации этого нерва становится онемевшей; пациент не спит). Обычно операции на ногах проводятся под **спинальной анестезией** (в поясничный отдел позвоночника в канал спинного мозга делается обезболивающий укол, после чего нижняя часть тела становится онемевшей на несколько часов и неподвижной; пациент не спит). При серьезном поражении ревматоидным артритом шейного отдела позво-

ночника проведение общего наркоза затруднено. **О проблемах с шеей следует всегда сообщать наркозному врачу перед операцией.**

Использование лекарств перед операцией

Ревматоидный артрит – это системное заболевание и требует постоянного приема различных лекарственных препаратов. Некоторые лекарства могут повлиять на результаты операционного лечения. Поэтому перед приходом на операцию необходимо обязательно проконсультироваться с ревматологом и ортопедом по поводу приема лекарств. Из-за опасности кровотечения **аспирин, диклофенак, ибупрофен и прочие аналогичные нестероидные противовоспалительные препараты** отменить за 2 недели до операции. **Лечение** влияющие на ход заболевания препаратами прекращать не нужно, за исключением **Trexan'a** и других цитостатиков, их нужно прекратить принимать за 1 неделю до операции и не принимать пока не заживут раны. У получающих **биологическое лечение** пациентов операция должна состояться между двумя введениями препаратов. Использование других препаратов для лечения сопутствующих заболеваний (повышенного давления, диабета и прочих) необходимо продолжать согласно назначенной схеме лечения: если врач не сказал иначе, то их необходимо принять утром в день операции, запив небольшим количеством воды.

Сопутствующие заболевания

К моменту проведения операции необходимо вылечить все **хронические и острые воспалительные процессы**: в противном случае есть большой риск заражения области операции микробами. Особого внимания заслуживают **воспаления зубов**. Лечение воспаленных зубов является одним из важнейших условий предупреждения осложнений. Важно следить, чтобы не было **повреждений кожи** (трещин между пальцами и на пятках, опрелостей, гнойничков на коже, язв на оперируемой ноге), **грибкового поражения ногтей и воспалений мочевых путей** (болезненного мочеиспускания). **Хронические заболевания** (гипертония, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, почечная недостаточность, диабет и прочие) к моменту поступления в больницу должны быть в стадии компенсации.

Осложнения

Любая операция может быть связана с возможными осложнениями. Осложнения встречаются редко. Самым распространенным осложнением после операции является **воспаление раны** (покраснение кожи, припухлость, повышение температуры тела, выделение из раны, усиление боли), **разбалтывание суставного протеза** (кость рассасывается вокруг протеза и протез начинает шататься, вызывая боль), **тромбоз глубоких вен нижних конечностей** (глубокая вена ноги закупоривается сгустком крови, после чего нога сильно опухает, становится синюшной и начинает болеть), **несрастание суставов** (в случае операций по обездвиживанию суставов кости не срастаются: остается подвижность суставных поверхностей, что приводит к боли и отеку в оперированном суставе). О развитии осложнений следует незамедлительно информировать врача.

Бытовые проблемы

Все послеоперационные бытовые проблемы следует разрешить до прихода в больницу. Помощь можно попросить у родственников и знакомых, а также в социальном отделе местного самоуправления.

Предупреждение падений: дома рекомендуется все открытые края ковров и провода прикрепить к полу липкой лентой, убрать с пола все вещи.

При восстановлении после операции часто требуется **посторонняя помощь** при мытье, одевании, уборке, колке дров, растопке печки, приготовлении пищи и походе в магазин.

Обычно в период сразу после операции пациент не может управлять транспортным средством или ехать на общественном транспорте. Поэтому еще до прихода в больницу необходимо организовать себе **транспорт для доставки домой из больницы**. Последующее лечение обычно предполагает использование **вспомогательных средств** (костылей, приспособления для поднятия унитаза, сидения для ванны, специальной обуви, функциональной шины, коленного ортоза и проч.). О необходимости использования конкретного вспомогательного средства и методе его использования сообщит лечащий врач или медсестра в ходе консультации перед операцией. Использование вспомогательных средств частично компенсирует Больничная Касса: некоторую часть стоимости должен оплачивать сам пациент. Вспомогательные средства можно купить, а можно взять напрокат.

Позвоночник

Позвонки соединены в позвоночнике небольшими суставами. При повреждении этих суставов при ревматоидном артрите соединение позвонков между собой становится нестабильным и позвонки могут смещаться относительно друг друга. При смещении позвонков оказывается давление на спинной мозг и выходящие из него корни нервов. Особенно опасно смещение позвонков в шейном отделе позвоночника, что в нелеченных случаях может закончиться для пациента даже смертельно. Хирургическое лечение позвоночника показано при выраженном **ущемлении спинного мозга и корней нервов** (сильная и продолжительная боль в шее, спине, ногах или руках; нарушения чувствительности рук или ног и значительное снижение мышечной силы; нарушения походки и координации; нарушения работы кишечника; недержание мочи и нарушения мочеиспускания).

Диагностирование при помощи радиологических исследований (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) выраженной нестабильности позвоночника, которая может угрожать спинному мозгу, также является показанием к оперативному лечению.

При нестабильности позвонков смещенные позвонки скрепляются друг с другом (спондилодез, рисунок 6-1).

При скреплении позвонков друг с другом снижается подвижность позвоночника, что особенно ощущимо в шейном отделе позвоночника.

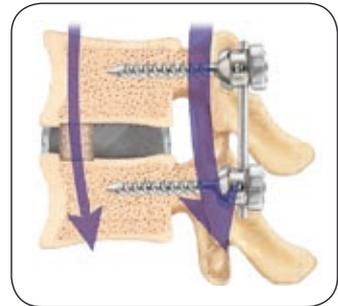


Рисунок 6-1. Зафиксированные шурупами и спицами позвонки

Плечевой и локтевой суставы

При жалобах в плечевом и локтевом суставах первоначально применяется лечебная гимнастика, лекарственные препараты, внутрисуставные уколы. Эффект лечебной гимнастики может наступить только лишь спустя несколько месяцев целенаправленных тренировок.

Хирургическое лечение показано при сильном отеке сустава, боли и при сохранении ограниченной подвижности сустава после применения указанных выше методов.

Основной операцией является **эндопротезирование и синовэктомия**.

Запястье и кисть

У больных ревматоидным артритом 25% проводимых операций составляют операции на руке. Хирургия руки помогает **устранить боль и откорректировать серьезные деформации**. Благодаря операции улучшается внешний вид руки и её функция. Также на руке проводят **профилактические операции** с целью предупреждения усугубления деформаций и разрыва сухожилий на пальцах.

Только деформация не является показанием к операции, так как, несмотря на деформацию суставов, функция руки часто достаточно хорошо сохраняется и пациент может справляться со своими повседневными делами без проблем. Правильное время проведения операции, когда к деформациям добавляется боль или серьезное ограничение функции и есть опасность разрыва сухожилия.

При помощи операции нет возможности восстановить идеально функционирующую руку: мышечная сила, подвижность суставов и работа пальцев навсегда останутся слабее, чем на здоровой руке.

Поэтому пациенту совместно с врачом необходимо ставить перед собой довольно реалистичные цели.

Порядок операций на руке: плечо > локтевой сустав > запястье > кисть > пальцы.

Синовэктомия показана при отеке одного или двух суставов, неподдающегося лечению на протяжении 4-6 недель, также при поражении сухожилий пальцев. Синовэктомия проводится на суставах с сохраненной структурой (нет деформаций, на рентгенологических снимках изменения минимальны). При быстром развитии поражения суставов синовэктомия противопоказана: таким пациентам требуется либо операция по обездвиживанию сустава, эндопротезирование либо другую улучшающую функцию сустава и тормозящую развитие деформации операцию. После синовэктомии очень важно активное занятие лечебной физкультурой для предупреждения развития спаек в суставе и между сухожилиями.

При болезненности и деформации запястного сустава лучшим методом является **обездвиживание запястного сустава**, (рисунок 6-2).

Запястный сустав следует обездвижить своевременно, в противном случае есть большая опасность развития разрыва разгибательных сухожилий пальцев. Разрывы сухожилий возникают при трении их о деформированные кости запястья в результате повреждающего действия воспаленных влагалищ сухожилий. При обездвиживании запястного сустава ликвидируется деформация сустава и удаляется воспаленное влагалище сухожилия. После обездвиживания запястного сустава рука ставится на 2 месяца в гипс.

Эндопротезирование запястного сустава до сих пор не дало желаемых результатов. Проблемой является разбалтывание сустава в результате разрушения костной ткани вокруг протеза.

Эндопротезирование пястных суставов проводится при значительном ухудшении хватательной функции пальцев (фото 6-1 и фото 6-2).

При помощи эндопротеза можно откорректировать деформацию и улучшить хватательную функцию пальцев. Изменения в запястном суставе корректируются до операции на пястных суставах, иначе в противном случае есть большая опасность повторного развития деформаций пальцев. После операции днем нужно носить функциональную шину, а ночью ночную шину. Шины сохраняют положение пальцев и помогают делать лечебную гимнастику. Длительность использования шин зависит от послеоперационного восстановления пациента. Ориентировочное время ношения функциональной шины составляет 4–6 недель, ночной шины до 3 месяцев.



Рисунок 6-2. Обездвиженный пластинкой и шурупами запястный сустав



Фото 6-1. Используемая при восстановительном лечении после эндопротезирования пястных суставов функциональная шина



Фото 6-2. Эндопротез пястного сустава из силикона

Деформации пальцев. При незафиксированных изменениях при поддержке второй руки пальцы можно поставить в нормальное положение, при фиксированных изменениях уже нет. При незафиксированных деформациях пальцев есть возможность улучшить положение пальцев и сохранить подвижность суставов при помощи **переустановки сухожилий и связок**. При фиксированных изменениях методом выбора является **обездвиживание суставов пальцев**.

При синдроме карпального канала хирургическое лечение показано при боли и сохранении нарушений чувствительности, несмотря на все остальные методы лечения. Во время операции на ладони через небольшой разрез кожи разрезается покрывающая карпальный канал соединительнотканная оболочка, в результате чего открывается карпальный канал и давление на нерв уменьшается.

Лечебная гимнастика играет решающую роль в достижении хороших результатов оперативного лечения.

Тазобедренный сустав

Операция на тазобедренном суставе делается при неподдающихся лечению **сильных болях, ограничении подвижности сустава и видимых на рентгенологических снимках серьезных повреждений сустава.**

Только изменения на рентгенологических снимках не являются показанием к проведению операции: кроме этого должны быть боль или нарушения функции сустава. А начальной стадии поражения тазобедренных суставов, когда боль еще не такая сильная, очень важно начинать активные занятия лечебной гимнастикой: это поможет избежать или отодвинуть дальше окостенение тазобедренного сустава и максимально долго сохранять продолжительность работы сустава.

Также и после операции невозможно переоценить важность лечебной гимнастики. Самой распространенной операцией при ревматическом поражении тазобедренного сустава является **эндопротезирование** (рисунок 6-3).



Рисунок 6-3. Эндопротезирование тазобедренного сустава

Коленный сустав

Самыми частыми операциями на коленном суставе у больных RA являются эндопротезирование или замена сустава и синовэктомия.

Показания к **эндопротезированию** схожи с таковыми при эндопротезировании тазобедренного сустава.

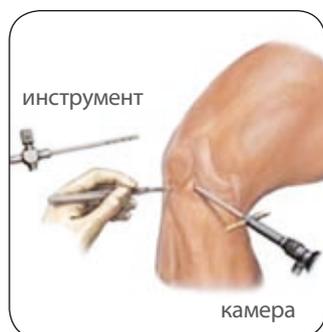


Рисунок 6-4. Артроскопия – это хирургическая процедура, в ходе которой врач смотрит камерой (артроскопом) внутрь коленного сустава. К камере прикреплен источник света, который освещает сустав изнутри. Камера передает картинку на монитор, на котором хирург следит за происходящим в суставе.

Кроме камеры при артроскопии используются и другие инструменты. Камера и инструменты вводятся в сустав через небольшие менее 1 см

При неподдающимся лечению хроническом отеке коленного сустава проводится **синовэктомия**. Синовэктомия дает наилучший результат на ранней стадии ревматоидного артрита, когда суставной хрящ еще сохранен. В настоящее время большинство синовэктомий проводится путем **артроскопии** (рисунок 6-3).

Одновременно с удалением воспаленной суставной капсулы во время артроскопии можно лечить и повреждения мениском и дефекты хрящей. В исключительных случаях синовэктомию на колене можно провести открытым методом.

Голеностопный сустав и стопа

У 90% страдающих ревматоидным артритом людей есть симптомы повреждения голеностопного сустава и стопы. **Основной целью хирургического лечения является сохранение способности пациента передвигаться и быть самостоятельным.**

При повреждениях тазобедренных и коленных суставов большие суставы оперируются раньше, чем стопа, при язвах на стопах начинают со стоп. Предпосылкой заживления язв, вызванных повышенным давлением на стопу, является коррекция деформаций костей. На ногах могут быть вызванные различными причинами язвы: лечение начинают после выяснения причины возникновения язвы.

В настоящее время при операции по устранению деформации большого пальца ноги отдают предпочтение **сохраняющим сустав операциям.**

На суставах стопы показаны **обездвиживающие суставы операции** (основной сустав большого пальца, голеностопный сустав).

Все большую популярность приобретает **эндопротезирование голеностопного сустава** (рисунок 6-5), эта операция проводится, прежде всего, пожилым людям с небольшой физической активностью и достаточно хорошо сохраненной структурой кости.

Методом выбора при хирургическом лечении молодых физически активных людей при значительном ревматическом поражении является обездвиживание голеностопного сустава.

Во время артроскопии голеностопного сустава можно удалить воспаленную суставную капсулу (при хроническом неподдающемся лечению препаратами отёке) и оторванные кусочки хряща, также диагностировать обширность поражения сустава.

Восстановление после операций на ногах занимает много времени. При коррекции деформаций пальцев стопы показано ношение специальной обуви примерно на протяжении 2 месяцев после операции, нет необходимости использовать костыли. После операций по обездвиживанию суставов гипс ставится в среднем на три месяца: в это время разрешено ходить на костылях слегка опираясь на оперированную ногу. Уменьшение нагрузки на оперированную ногу создает благоприятные условия для выздоровления.

Окончательные выводы об успешности операции можно сделать спустя год после неё.



Рисунок 6-5.
Протезирование голеностопного сустава



ДРУГИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Др Тыну Пээтс, ревматолог АО Ида-Таллиннской Центральной Больницы

Научная обоснованность методов лечения и правила на практике.

Конвенциональной или обычной, университетской медициной называют обобщенно те методы лечения, которым врачей обучают на медицинском факультете и которые используются в медицинских лечебных учреждениях. Основой этих методов лечения является биомедицина, то есть современные понятия биологии и медицины. Современную медицину также называют научно обоснованной, что означает, что эффективность лекарств и методов лечения должна быть доказана научными исследованиями, по методике которых есть строгие международные правила.

Кроме официальных методов медицины используются и другие различные методы лечения с отличающимися основами, а у тех, кто их предлагает не всегда есть медицинское образование. **Альтернативная медицина** включает такие методы лечения, которые предлагаются вместо конвенционального лечения (альтернатива означает выбор, который исключает другие возможности). **Комплементарное** или дополнительное лечение означает такое, отличающееся от обычного лечение, которое используется параллельно, дополнительно к основному лечению. Во многих странах проходит официальное обучение различным методам лечения (иглоу-

кальвание, хиропрактика, массаж, лечение растениями, натуропатия, диетическое лечение и прочее) и работают лицензированные специалисты. К методам альтернативного лечения относится и знахарство, которое основано на суеверии, предрассудках, вымыслах и к сожалению, зачастую на обмане.

Холистичная медицина – это такой метод лечения, которая учитывает особенности организма и психики получающего лечения человека и сложные отношения с окружающим миром. Основой является целостный взгляд на мир, который может опираться на традиционные философские учения (древнегреческая, китайская, тибетская медицина, Аюрведа и прочее) или их современные продолжения. Для холистичной медицины характерно использование различных методов лечения, которые могут привести к различным лечебным действиям. Этот подход может преподнести врачам и пациентам интеллектуальные открытия и душевное равновесие.

Эффект плацебо. По неизвестной причине жалобы больного на относительно короткий срок устраняются почти любым методом лечения, классическим примером является плацебо или таблетка без действующего вещества. Такой так называемый эффект плацебо может создать обманчивое мнение о длительной эффективности метода лечения, особенно тогда, когда заболевание является проходящим самостоятельно. Поэтому в современной медицине в лекарственных исследованиях требуют сравнения с плацебо. Эффективными считаются лекарства, действие которых длится дольше и оно сильнее, по сравнению с плацебо.

Дополнительным методы лечения RA. Самым обобщенным образом используемые в настоящее время методы альтернативно-комплементарного лечения можно разделить следующим образом.

А. Различные медицинские системы.

1) Традиционная китайская медицина. 2000 летняя традиция. Используется иглоукальвание, мокша, растительные препараты, медитативные упражнения (qi gong) для восстановления равновесия между душой и природой. В основе 8 принципов: yin и yang, холод, тепло, внутреннее и наружное, недостаток и избыток.

2) Аюрведа, традиционная индийская система лечения. Используются растения, массаж, йога, различные лечебные процедуры для восстановления равновесия. В основе три основных принципа или доши: вата, пита, капха.

3) Гомеопатия. Созданная в 18 веке система лечения. Основывается на принципе схожести: в лечении заболевания используются в очень больших разведениях вещества, которые вызывают схожие с заболеванием симптомы.

4) Натуропатия или природное лечение. Система лечения, которая основана на оздоровительном действии природы. Целью лечения является активизация внутренних ресурсов организма для восстановления здоровья. Используется лечебное питание, пост, лекарственные растения, гомеопатия, лечебная гимнастика, лечение водой и теплом и другие физические факторы для лечения, консультирование, снижение стресса, иглоукальвание, натуральные роды и прочее.

В. Душевная терапия.

1) Медитация. Различные техники для влияния на работу тела и симптомы заболевания через душевное состояние. Произвольное направление внимания на определенный внутренний и внешний опыт. Большинство школ медитации развились с религиозной или спиритуальной целью: для душевного развития, для создания личности, для достижения душевного равновесия. Считается, что в достижении лечебного эффекта медитация может быть эффективной в независимости от культурных или религиозных канонов человека.

2) Техники расслабления. Вызывают такое расслабление души и тела, уменьшают активность симпатической нервной системы, в результате чего снижается кровяное давление, уменьшается мышечное напряжение, замедляется обмен веществ и изменяется биоэлектрическая активность мозга.

3) Управляемое воображение. Использование воображаемых картин для достижения расслабления и чувства благополучия, для улучшения выздоровления.

4) Гипноз. Состояние сосредоточения, при котором восприятие окружающего мира частично неосознанно. Легче воспринимаются изображения, в которые вводит специалист по гипнозу.

5) Биологическая обратная связь. Использование механических вспомогательных средств, которые усиливают физиологические сигналы (давление, активность мышц) для достижения осознанного контроля над физиологическими процессами.

С. Основанные на питании терапии.

1) Лечение растениями. Использование лекарственных растений.

2) Ортомолекулярное лечение. Использование молекул организма (витаминов, минералов и других питательных веществ, гормонов) в лечебных целях.

3) Лечение диетами. Использование различных диет (например, диетическая терапия без нагрузки или лечебное голодание, так называемая Средиземноморская диета, вегетарианство с использованием молока, учетывание пищевой аллергии и прочее) для лечения или укрепления здоровья.

4) Биологические методы лечения. Использование происходящих из различных живых организмов веществ (например, хрящ акулы, глюкозамин и прочее) в лечебных целях.

Д. Направленная на лечение тела терапия.

1) Хиропрактика. Манипуляция с костями и суставами конечностей и позвоночника для восстановления правильного положения костей и соотношения с другими органами, например, с нервами, для улучшения осанки и уменьшения боли.

2) Массаж. Манипулирование с поверхностью тела для уменьшения боли и напряжения, для создания чувства благополучия.

3) Рефлексотерапия. Влияние давлением, уколами или теплом на определенные пункты на теле (также и на подошвах, ушных раковинах), которые теоретически связаны с работой внутренних органов.

4) Лечение положением тела. Использование прикосновений и движений с целью улучшения освоения лучшего положения тела в пространстве.

Е. Энергетическая терапия.

1) Магнитное лечение. Размещение на тело магнитов для уменьшения боли.

2) Импульсные токи. Влияние на болевой участок импульсами электрического тока для уменьшения боли.

3) Рейки. Лечебная техника японского происхождения, при которой специалист направляет биоэнергетику через свое тело в тело больного.

4) Лечебные прикосновения. Ранее известный метод “прикладывания рук”, при этом непосредственный контакт не считается обязательным. Используется энергия целителя для диагностики и устранения нарушений в биополе больного.

5) Наружный qí gong. Китайская разновидность qí gong, при которой мастер использует энергию своего биополя для уравнивания биополей других людей.

АКМ и ревматоидный артрит (РА). Большая часть больных РА использует альтернативно-комплементарную медицину (АКМ). Чаще всего используют методы лечения растениями, пищевые добавки и гомеопатию. Самые распространенные методы не исследовались научно или у них не обнаружено доказанного действия. Исследования китайской медицины в Европе сосредоточены на иглоукалывании и на их основании нельзя сделать выводы обо всей традиционной китайской медицине. Иглоукалывание имеет доказанное обезболивающее действие. Обезболивающее действие лекарственных растений может быть таким же сильным, как и у нестероидных противовоспалительных средств. Из пищевых добавок омега-3 и омега-6 жирные кислоты (например, рыбий жир, различные растительные жиры) оказались эффективными средствами для уменьшения боли и воспаления при РА и врачи рекомендуют использовать их как пищевые добавки, также как и предупреждающие разрежение костной ткани витамин D₃ и кальций. Глюкозамин и хондроитин как пищевые добавки используются для лечения боли при остеоартрозе (изнашивании суставов), но не показаны при РА. Различные терапии с влиянием на душевное состояние (медитация, техники расслабления, биологическая обратная связь и прочее) считаются умеренно эффективными в комплексном лечении РА (в дополнение к основному лечению).

Как относиться?

При РА ни один метод лечения кроме влияющие на ход заболевания препараты (в том числе и высокотехнологичное биологическое лечение) не смог убедительно затормозить разрушение суставов. Поэтому больному РА невозможно посоветовать отказываться от модифицирующего ход заболевания лечения в пользу другого метода лечения. При этом больному может быть полезно использовать различные дополнительные терапии. **Важной частью лечебного процесса являются всё, что помогает уменьшить боль, улучшить подвижность в суставах, восстановить и сохранить душевное равновесие, расширить кругозор.** Следует отдавать предпочтение таким методикам, которые предлагаются лицензированными или получившими специальную подготовку специалистами.

Восстановительное лечение РА включает множество не медикаментозных методов лечения, которые берут свое начало из арсенала природного лечения. Важно, чтобы лечение РА было комплексным. При использовании влияющие на ход заболевания препараты и восстановительного лечения остается место еще и для различных дополнительных методик лечения. Пациент сам в состоянии оценить действие того или иного метода лечения на боль и самочувствие, но к сожалению по самочувствию невозможно оценить, может ли определенный метод лечения затормозить разрушение сустава. **Для достижения хороших результатов лечения другие методы лечения нужно использовать параллельно с базовым лечением, но ни в коем случае не вместо него.** Древнейшие медицинские системы и в настоящее время делятся с нами мудростью традиций, предлагая нам опорные пункты для жизни и философского осмысления заболевания.

Искусство как терапия. Болезнь, как любой другой тяжелый опыт, испытывает душевную силу человека, мировоззрение, отношение к жизни. Вспоминая представления Аристотеля о единстве тела, души и духа, мы можем помочь телу выздороветь, опираясь на высшие переживания души и благородные духовные учения. В этом помогут литература, различные прекрасны виды искусства, театр, музыка, моменты задумчивости и прогулки на природе.



РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И ПСИХОЛОГИЯ

Др Кайа Хюва, психуап, OÜ Hüva & Rass

Поскольку человек это целостный организм, то любое явление со стороны нашего тела отражается и на наших чувствах и мыслях. Чувствуя в своём теле какие-то ощущения и думая о нём, мы испытываем эмоции и стараемся снова и снова понять всю ситуацию.

Узнавая о том, что человек болен хроническим заболеванием, ему очень тяжело с этим смириться. Непокорное отношение к ситуации закрывает потоки сил и энергии, которые можно было бы использовать для контроля над заболеванием. Смирение с заболеванием не означает, что человек должен быть этим доволен. **Смирившийся с болезнью человек не препятствует больше своему выздоровлению.** Обычно акцептирование ситуации на более глубоком уровне требует времени.

Во время адаптации к новой ситуации можно различить 4 этапа.

- Кризис и отрицание. Человеку кажется, что такая ситуация не возможна, что с ним не могло такое случиться.
- Сопротивление. Надежда на то, что может быть врач ошибся, обычно люди ищут другое мнение, „страусиный синдром“.
- Соглашение.
- Привыкание.

Люди ищут ответы на вопрос «Почему я заболел?». Человек может испытывать гнев, чувство несправедливости, чувство вины, в том числе и чувствовать себя виноватым, может чувствовать беспомощность, безнадежность. Люди могут спрашивать у себя – что я не так сделал?

Если человек не смиряется с возникшей жизненной ситуацией, он может испытывать депрессию и тревогу. Депрессия и тревога чаще встречается после диагностирования заболевания, с течением времени риск плохого настроения уменьшается.

Если человек страдает хроническим заболеванием, то обычно он испытывает стресс как на физическом, так и психическом уровне. Информации так много, что поневоле возникает вопрос, является ли стресс причиной хронического заболевания, его последствием или и тем и другим. В любом случае для достижения более лучших результатов лечения необходимо уменьшить стресс. Необходимо выяснить связанные с болезненным состоянием ненаучные убеждения человека.

Часто достаточно уже научного признания своих страхов и тогда они не кажутся уже такими страхами.

При ухудшении настроения, связанного с хроническим заболеванием, для самоанализа хорошо ответить на следующие вопросы:

- Считаете ли вы себя виновным в развитии своей болезни, так как она может быть обусловлена вызывающим стресс образом жизни?
- Используете ли вы свою болезнь как предлог, чтобы избегать неприятных занятий?
- Являются ли симптомы заболевания криком о помощи, так как вам требуется помощь, любовь, забота и/или внимание?
- Чувствуете ли вы радость от жизни?
- Вы сторонник совершенства?
- Вы относитесь к себе слишком строго, критично, требовательно?
- Любите ли вы себя?
- Часто ли вами управляют страх, тревога, неудовлетворенность?

Ответы на эти некоторые из этих вопросов могут вам не понравиться на первый взгляд, но полезнее будет взять их на вооружение, чем оставлять их отравлять свое подсознание.

Ощущение боли очень субъективный опыт. Это подтверждают как научные исследования, так и истории из жизни. Например, есть люди, которые испытывают боль, хотя ни одно исследование не обнаруживает у них органической причины боли, или например, есть женщины, которые во время рождения ребенка вообще не испытывают боль. Или такая ситуация, когда после заживления поврежденных тканей развивается хроническая боль. Также и субъективная реакция на лечение боли может быть различной. В одном исследовании обнаружили, что 40% страдающих от головных болей людей чувствовали облегчение даже тогда, когда они получали для лечения плацебо, то есть таблетку без активного действующего вещества.

Вера человека в эффективность и успешность лечения играет важнейшую роль в выздоровлении.

Как справиться с болью? Если человек акцептирует рекомендации специалиста, то как можно еще помочь себе?

Различные факторы могут затруднить борьбу с болью:

- небольшая эффективность предшествующего лечения;
- длительность жалоб;
- множество проблем;
- психические нарушения или изменения личности;
- ипохондрические или истерические черты у личности;
- подавление проблем;
- алкогольная зависимость или зависимость от других психоактивных веществ;
- депрессия;
- эмоциональная незрелость;
- неудовлетворенность своей работой;
- отсутствие поддержки среди близких;
- больше склонность к „больному поведению“, чем к „здоровому образу жизни“ .

У 2/3 больных с ревматоидным артритом имеется депрессия и/или тревога, могут быть нарушения сна, мысли о суициде, раздражительность. При развитии тревоги и/или депрессии обнаружена связь с уровнем образования, наличием деформаций в суставах, активного воспаления в суставах и продолжительностью заболевания. При этом не обнаруживалось связи с семейным положением, полом, работой, месячным доходом семьи.

Как пациенты думают и осмысляют свой болевой опыт и влияние этого на будущее пациента, является важным фактором, который отражается на результатах лечения.

Иногда могут быть так называемые „ошибки в мышлении“. Например:

- катастрофизирование, когда человек „делает из мухи слона“ или
- чрезмерное обобщение, когда при одной неудаче человек говорит себе, что „у меня всегда всё плохо“. Если подумать, то ведь это не так, но при этом такое мышление увеличивает беспомощность и неудовлетворенность.

Среди пациентов с ревматоидным артритом таких „ошибок мышления“ обнаружили больше у тех, у кого депрессия и физические недостатки были больше выражены.

„Ошибки мышления“ можно откорректировать при помощи психотерапии и таким образом уменьшить субъективные страдания и улучшить прогноз человека. Исследования подтвердили, что у людей, которые больше испытывают счастья и удовлетворенности, прогноз хронических заболеваний лучше.

Поведенческая терапия эффективна в уменьшении уровня боли и дистресса, вызванного различными связанными с хронической болью состояниями. Человек может сам помочь запустить естественные реакции самовыздоровления организма и сопротивляться разрушительной силе стресса. Эти методы усиливают выработку эндорфинов, натуральных обезболивающих веществ в организме.

Очень многое зависит от психического состояния человека: уменьшит или увеличит человек свой болевой опыт. Если найти успокоение душевной боли, то уменьшится и физическая боль. Нужно постараться и потрудиться в разрешении своих проблем, чтобы уменьшить стресс и фрустрацию и усилить радость и удовлетворенность жизнью. Так можно принять участие в создании своего же здоровья.



РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Др Пийа Тувик, ревматолог ЦУ Северо-Эстонской Региональной Больницы

Ревматоидный артрит и плодовитость

Ревматоидный артрит встречается чаще всего у молодых женщин в самом лучшем для рождения детей возрасте. Вообще ревматические заболевания не ухудшают способность женщин иметь детей, но часто для планирования беременности требуется немного больше времени. Это может быть вызвано немного нарушенной из-за заболевания сексуальной жизнью, также негативным действием антител, которые образуются в организме при ревматических заболеваниях, на процесс зачатия, прикрепление оплодотворенной яйцеклетки к стенке матки, на процесс развития эмбриона и функционирование плаценты. Ревматоидный артрит не вызывает осложнений беременности ни у матери, ни у плода, но осложненная беременность (токсикоз, спонтанное прерывание беременности, аборт по медицинским показаниям, мертворождение) может вызвать обострение RA.

Десятилетиями страдающим ревматическими заболеваниями женщинам было запрещено рожать. В настоящее время возможности лечения ревматоидного артрита значительно улучшились и всё больше женщин хотят иметь детей. Во время беременности должно проходить тесное сотрудничество пациента, акушерки, гинеколога и ревматолога. Для уменьшения риска развития осложнений беременности беременность рекомендуется всегда планировать – активность заболевания во время оплодотворения должна быть под контролем. Нормальное течение заболевания во время беременности относительно доброкачественное, у 75% бе-

ременных заболевание утихает в первый триместр беременности. Ревматоидный артрит не влияет на течение беременности и рождается здоровый доношенный ребенок. Обычно на третьем месяце после родов заболевание обостряется у 79-90% женщин, поэтому необходимо наблюдение за матерью в отношении развития заболевания.

Беременность и лекарства

Хотя у большинства женщин с ревматоидным артритом заболевание утихает во время беременности, но лекарства зачастую необходимо все-таки принимать. Выбор лекарственных препаратов зависит от остроты заболевания. При низкой активности заболевания, когда например, есть утренняя скованность в некоторых суставах, рекомендуется и безопасно использовать нестероидные противовоспалительные средства (например, ибупрофен) от начала беременности и до 32 недели беременности. В первые два триместра беременности, у принимающих эти препараты женщин, в исследованиях не отмечалось нарушений в развитии плода, начиная с 32 недели беременности (на последних трех месяцах беременности) противовоспалительные средства могут нарушить функционирование почек у плода; сужение одного из выходящих из сердца большого кровеносного сосуда и тем самым вызвать повышение давления в легочном круге кровообращения; могут снизить свертываемость крови у плода. Если действие ибупрофена недостаточно, то следует отдавать предпочтение преднизолону или метилпреднизолону (Medrol) – использование этих препаратов во время беременности безопасно как для плода, так и для течения беременности. В случае, если заболевание не поддается контролю при использовании противовоспалительных средств, следует продолжать лечение влияющие на ход заболевания препаратами. Безопасными считаются сализопирин и гидроксихлорокин, также опасных побочных действий не было обнаружено у циклоспорина и азатиоприна. Ингибиторы TNF- α во время беременности не рекомендуется использовать. За 3 месяца до беременности необходимо прекратить лечение метотрексатом и циклофосфамидом, за 2 года – лефлуномидом или провести удаление препарата из организма. Для этого есть две возможности: а) принимать внутрь по 50 г порошка активированного угля (это большая доза) 4 раза в день на протяжении 11 дней, или б) принимать по 8 г холестирамина 3 раза в день на протяжении 11 дней. После этого в сыворотке крови проверяется наличие одного из продуктов обмена лефлуномида, который опасен для плода. Анализ повторяется через 2 недели. Если концентрация соответствующего вещества в крови низкая, то можно забеременеть.

Мужчина за 3 месяца до зачатия должны прекратить лечение метотрексатом, сульфасалазином и циклоспорином и за 2 года до зачатия – лефлуномидом или провести удаление препарата из организма.

Кормление грудью и лекарства

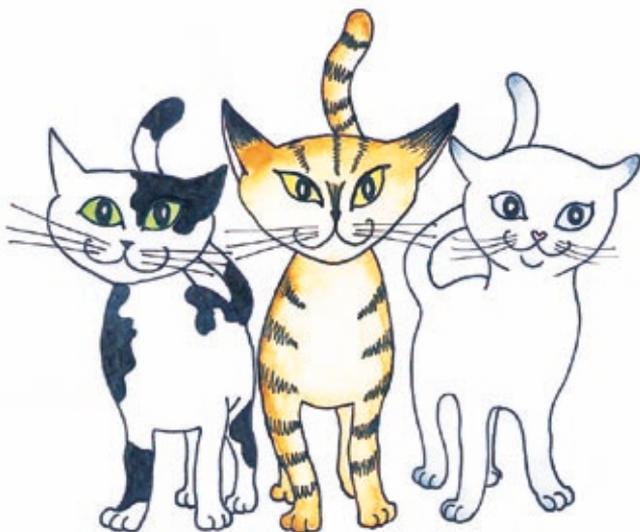
Через 3 месяца после родов у 90% женщин ревматоидный артрит обостряется, поэтому требуется продолжение лечения заболевания. В настоящее время указывается на важность кормления ребенка грудью именно в первые 6 месяцев жизни. К сожалению, кормящие грудью женщины не очень много уделяют внимания своему здоровью и страдают от заболевания, но это только усложняет заботу о ребенке. Женщины, которые решают кормить ребенка грудью, должны проконсультироваться со своим лечащим врачом.

Большинство используемых для лечения РА препаратов в некоторой степени проникают в грудное молоко. Не отмечалось опасности для развития ребенка, если с грудным молоком в организм ребенка проникает 10% вводимой матери дозы препарата. Все исследования показывают, что принимаемые матерью лекарства могут вызвать лишь кратковременные побочные действия. Безопасно использовать стероидные гормоны (преднизолон) и нестероидные противовоспалительные средства, при использовании влияющие на ход заболевания препаратов гидроксихлорокина, сульфасалазина, метотрексата, азатиоприна и циклоспорина не обнаруживалось вредного влияния на ребенка.

Таблица 8 -1 Применение лекарств во беременности и в период кормления грудью

Лечение	Профилактическое прекращение лечения перед зачатием	Использование во время беременности	Период кормления грудью
Нестероидные противовоспалительные препараты	Нет необходимости	Прекратить лечение начиная с 32 недели беременности	Безопасны, отдавать предпочтение препаратам короткого действия, принимать непосредственно до кормления или сразу же после кормления грудью.
Стероидные противовоспалительные препараты	Нет необходимости	Можно принимать на протяжении всей беременности	Противопоказаний нет, принимать за 4 часа до кормления, если доза >20 мг, при дозе меньше 10 мг нет необходимости следить за временем приема препарата в зависимости от кормления.

<p>Влияющие на ход заболевания препараты (DMARD; ВХП)</p>	<p>Можно продолжать принимать: азатиоприн и циклоспорин А.</p> <p>За три месяца до запланированной беременности необходимо прекратить прием метотрексата, циклофосфамида.</p> <p>Лефлуномид прекратить принимать за 2 года до планируемой беременности или провести удаление препарата из организма.</p> <p>Биологическое лечение прекратить перед зачатием.</p>	<p>Прекратить использование препаратов золота, пенициламин, метотрексат, циклофосфамид.</p> <p>Можно принимать сульфасалазин, гидроксихлорокин, азатиоприн, циклоспорин А</p>	<p>Гидроксихлорокин: передаваемая ребенку доза безопасна.</p> <p>Сульфасалазин не рекомендуется детям с гипербилирубинемией, в других случаях безопасен.</p> <p>Метотрексат, циклофосфамид, лефлуномид, биологические препараты: рекомендуется избегать.</p>
---	--	---	--



РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА

Мерике Тенноф, социальный работник ЦУ Северо-Эстонской Региональной Больницы

Социальная защита – это система оказания социальных услуг (нематериальная поддержка) и социальной помощи (материальная поддержка), а также оказание или назначение другой поддержки, которая помогает улучшить качество жизни больных людей или людей с ограниченными возможностями и открыть для них возможности пребывания в обществе через возможность доступа к общественным услугам.

Социальный работник дает советы по социальной защите, то есть дает людям необходимую информацию о социальных правах и возможностях защиты юридических интересов и помогает в решении конкретных социальных проблем, а также способствует управлению человека со своими делами в дальнейшем.

Для получения советов по социальной защите или получения необходимой информации человек может обратиться в местный социальный отдел или при пребывании в стационаре к местному социальному работнику.

К социальному работнику можно обратиться, если требуется получение следующей информации:

- об услугах на дому;
- об услугах реабилитации;
- о протезах, ортопедических и других вспомогательных средствах;
- о жилищных услугах;
- об уходе в семье;
- об уходе в учреждениях по уходу (дневной и интервальный уход);
- о других социальных услугах, необходимых для жизни;
- о действиях, связанных с получением нетрудоспособности или ограниченной возможности;
- о транспортных услугах (инва-таксо, оформление парковочной карты, услуги общественного транспорта и прочее);
- об услуге личного помощника и прочее.

Работа социального работника направлена на создание и/или восстановление опорной социальной сети вокруг пациента/клиента.

Важно оценивать ситуацию и потребности и создавать план дальнейших действий вместе с клиентом. Иногда показатели способности человека справляться со своей жизнью помогают работникам социальной сферы и здравоохранения в поиске общего языка при разрешении вопросов повседневной жизни клиента/пациента. На практике социальная работа часто связана с конкретным случаем и консультирование переплетается с реальными услугами и оказанием поддержки. Социальная работа помогает человеку упростить и обеспечить плавный переход из одной системы в другую (например, при выписывании из больницы домой, при переселении из дома в дом инвалидов или при переходе от активной рабочей жизни на пенсию по нетрудоспособности и прочее). При усугублении заболевания человек может превратиться в нетрудоспособного в трудоспособном возрасте.

Процент потери нетрудоспособности отражает наличие постоянной нетрудоспособности.

Полная (100%) потеря нетрудоспособности, когда у человека из-за заболевания или повреждения наблюдаются выраженные нарушения функции, из-за которых он не может зарабатывать себе на жизнь;

Частичная (10-90%), когда человек может зарабатывать себе на жизнь, но из-за вызванных заболеванием или повреждением выраженных нарушений функций он не может делать подходящую для него работу в объеме, предусмотренном государственным нормам.

Для ходатайства постоянной нетрудоспособности и экспертизы ограничения возможностей и определения дополнительных расходов, вызванных ограниченными возможностями, человеку следует заполнить форму ходатайства о проведении экспертизы. Форму ходатайства можно получить в Пенсионном

Департаменте, где при необходимости обслуживающий персонал поможет человеку в заполнении анкеты, или на домашней страничке Департамента Социальной Защиты в рубрике бланки/бланки для экспертизы. Если сам человек не справляется с заполнением ходатайства и он не может сам пойти в Пенсионный Департамент, ходатайство может заполнить и член семьи ходатайствующего лица, его опекун, социальный работник или работник здравоохранения или кто-то другой. Кроме подписи заполняющего ходатайство лица на бланке должна стоять подпись и самого ходатайствующего или его законного представителя.

Заполненное ходатайство можно отнести в Пенсионный Департамент, послать по почте или по электронной почте. Почтовые адреса Пенсионных Департаментов, электронные адреса и адреса и часы приема обслуживания клиентов можно посмотреть на домашней страничке Департамента Социальной Защиты в разделе "Контакт". На ходатайстве человек должен указать данные своего **семейного врача или врача-специалиста** (далее: врача), у которого имеются данные о здоровье, необходимые для определения ограничения возможностей и определения дополнительных расходов, вызванных ограниченными возможностями.

Если человек ходатайствует, как об экспертизе ограничения возможностей и определении дополнительных расходов, вызванных ограниченными возможностями, так и о постоянной нетрудоспособности одновременно, то заполняется одно ходатайство об экспертизе.

Определение ограничения возможностей и дополнительных расходов

Ограничение возможностей - это потеря или отклонение от анатомической, физиологической или психической функции или структуры человека, которые при взаимодействии с различными общественными препятствиями и отношением мешают человеку участвовать в общественной жизни со всеми на равных основаниях.

В зависимости от возраста человека, то есть это ребенок (до 16 лет), взрослый человек от 16 лет до пенсионного возраста (далее человек работоспособного возраста) или пенсионер, ограничение возможностей и дополнительные расходы определяются по-разному.

У детей (до 16 лет) и пенсионеров ограничение возможностей определяется в зависимости от потребности в посторонней помощи, управлении и надзоре следующим образом:

- **Глубокая степень**, когда человеку круглосуточно требуется посторонняя помощь, управление и надзор;
- **Тяжелая степень**, когда человеку ежедневно необходимы посторонняя помощь, управление и надзор;
- **Средняя степень**, когда человеку регулярно требуется посторонняя помощь или управление вне своего дома по меньшей мере раз в неделю.

У человека работоспособного возраста (от 16 лет до пенсионного возраста) ограничение возможностей определяется в зависимости от повседневных ограничений в деятельности и общественной жизни следующим образом:

- **Глубокая степень**, если повседневная деятельность и участие в общественной жизни полностью ограничены;
- **Тяжелая степень**, если повседневная деятельность и участие в общественной жизни ограничены;
- **Средняя степень**, если в повседневной деятельности и участии в общественной жизни есть препятствия.

Связанные с ограничением возможностей дополнительные расходы **людей работоспособного возраста** – это ежемесячные расходы на лекарства, транспорт, уход за вспомогательными средствами, ведение хозяйства, использование средств коммуникации, одежду и обувь, которые предназначены для уменьшения вызванных ограниченными возможностями препятствий и которые не финансируются медицинской страховкой или другими средствами государственного бюджета.

Связанные с ограничением возможностей дополнительные расходы **людей работоспособного возраста** определяются, учитывая потребности людей работоспособного возраста (лекарства, транспорт, вспомогательные средства, особые потребности в одежде и обуви, повышенная потребность в возмещении расходов по ведению хозяйства, средства коммуникации) и размеры его некомпенсированной потери функции. Для вычисления размера дополнительных расходов разработан специальный алгоритм.

Экспертизу ограничения возможностей проводит Департамент Социальной Защиты, привлекая к этой работе врачей-экспертов.

Начиная с 1 февраля 2009 года меняется порядок выплат пенсий, пособий и компенсаций. В почтовом отделении больше не возможно получить пенсию, пособие или компенсацию. Ходатайствовать о доставке пенсии или социального пособия людям с ограниченными возможностями за счет государства можно, если

1. вы пенсионер по нетрудоспособности с глубокой степенью тяжести ограничения возможностей;
2. если вы нетрудоспособны, получаете народную пенсию и имеется глубокая степень тяжести ограничения возможностей;
3. или вы пенсионер и у вас есть ограничения передвижения или вы живете в отдаленном месте (далеко от центра, от автобуса или поезда) и вам тяжело доступны банковские услуги.