**Министерство здравоохранения Республики Татарстан**

**ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж»**

****

**выпускная квалификационная работа**

**Специальность 31.02.01 «Лечебное дело»**

**ЦМК «Профессиональных модулей №1"**

**Анализ распространённости**

**ревматоидного артрита у населения**



**Автор: студентка 241 группы**

**Усманова Гузель Равилевна**

**Научный руководитель:**

**преподаватель клинических дисциплин**

**Чулкина Елена Викторовна**

**г. Набережные Челны**

**2019 г.**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

[Список сокращений 3](#_Toc511977343)

[Введение 4](#_Toc511977344)

ГЛАВА I. [Обзор литературы 6](#_Toc511977353)

* [Классификация ревматоидного артрита 6](#_Toc511977354)
* [Этиология 7](#_Toc511977359)
* [Патогенез………………………………………………………………...9](#_Toc511977360)
* [Клинические проявения 10](#_Toc511977360)
* [Диагностика 13](#_Toc511977361)
* Осложнения заболевания…………………………………..………….16
* Принципы лечиния…………………………………………………….16
* [Диспансерное наблюдение](#_Toc511977361) 25

ГЛАВА II. [Методы и материалы исследования 27](#_Toc511977362)

[Результаты исследований 28](#_Toc511977368)

Интервью……………………………………………………………………...44

[Выводы](#_Toc511977437) 46

[Рекомендации](#_Toc511977437) 48

[Список использованной литературы](#_Toc511977438) 50

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

**РФ** - Российская Федерация

**ГАУЗ РТ БСМП** - Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи»

**ГАУЗ РТ ГБ №5** - Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Татарстан «Городская больница № 5»

**ГАУЗ РТ ГБ №2** - Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Татарстан «Городская больница № 2»

**БКМС** - болезни костно-мышечной системы

**БПВП -** базисные противовоспалительные препараты

**ГИБП** - генно-инженерные биологические препараты

**КЖ** - качество жизни

**ЛПУ -** лечебно-профилактические учреждения

**РА** - ревматоидный артрит

**РЗ** - ревматическое заболевание

**С/П** - скорая помощь

**ЦРБ** - центральная районная больница

**КОЛ-ВО -** количество

**П -** пациент

**ОБ -** ожоговая болезнь

**ЛФК -** лечебная физическая культура

**ЛГ** - лечебная гимнастика

**МИАЦ -** медицинский информационный аналитический центр

**Л/П -** лекарственные препараты

**В/В -** внутривенно

**ВВЕДЕНИЕ**

Самые первые следы ревматоидного артрита найдены в 4500 году до н.э. Их обнаружили на остатках скелетов индейцев в Теннесси, США. Первый документ, описывающий симптомы, очень напоминающие симптомы ревматоидного артрита датируется 123 годом. Первое клиническое описание этой патологии в 1800 году приписывают Августин-Якобу Ландре-Бовэ (Augustin-JacobLandre-Beauvais). Сам автор назвал болезнь вариантом подагры - "простая астеническая подагра" (goutteastheniqueprimitif). БенджаминБроди (BenjaminBrodie) описал медленное прогрессирование синовита путем вовлечения суставной сумки и влагалища сухожилия. А. Б. Гарро (А. В. Garrod) предложил термин "ревматоидный артрит" в 1858 году и дифференцировал его от подагры в 1892 году, заболевание получило своё настоящее имя.

Современная ревматология представляет собой самостоятельный раздел медицинской науки, объектом изучения которой являются заболевания, объединенные по общему признаку - поражение опорно-двигательного аппарата и условно названные ревматическими [Анохин В.В., 1983 г.].

Ревматоидный артрит и деформирующий остеоартроз относятся к числу широко распространенных заболеваний. В нашей стране число больных ревматоидным артритом составляет около 1% взрослого населения (до 5% у пожилых), а деформирующим остеоартрозом - 10 - 12% и имеет тенденцию к росту[1].  
Ревматоидным артритом и деформирующим остеоартрозом болеют преимущественно женщины в возрасте после 40-50 лет. Инвалидализация больных с ревматоидным артритом составляет до 70%, деформирующий остеоартроз часто служит причиной временной нетрудоспособности пациентов.

Борьба с этими заболеваниями, профилактика прогрессирования процесса в течение болезни в конечном итоге приводящего к полной неподвижности суставов одна из актуальных задач здравоохранения.

Существует большое количество факторов, способных повлиять на развитие ревматоидного артрита суставов. Однако каждая история болезни пациентов включает сбои в иммунной системе организма. В связи с этим специалисты делают вывод, что патология возникает при выработке иммунной системы антител, которые воспринимают суставную ткань, как инородную.

Актуальность исследования

Ревматические заболевания не ограничиваются только их растущей распространенностью, а определяются также влиянием на продолжительность и качество жизни, показатели нетрудоспособности.

Известно, что РА приводит к повышению частоты смертности пациентов, сокращая продолжительность жизни в среднем на 3-10 лет. Оно страдает, прежде всего, из-за влияния самого заболевания, риска развития сопутствующей патологии (кардиоваскулярные проблемы, склонность к интеркуррентным инфекциям, остеопороз), а также лечения (необходимость постоянного приема лекарственных препаратов, частое развитие побочных эффектов).

Ревматические заболевания занимают лидирующие позиции по показателям нетрудоспособности.

Цель исследования

Анализ распространенности заболеваемости ревматоидным артритом среди взрослого населения и эффективности лечения

Задачи исследования

* Изучение научно-методической и специальной литературы
* Проведение анализа распространённости ревматоидного артрита среди населения города Набережные Челны за 2015-2018 годы.
* Проанализировать статистические данные «МИАЦ» и ГАУЗ «Городская больница №5» за 2015-2018 гг.
* На основе материалов исследования и статистических данных «МИАЦ» и ГАУЗ «Городская поликлиника №5» сделать выводы.
* Разработать рекомендации для населения.

Объект исследования

* Пациенты, обратившиеся по данной проблеме в ГАУЗ «Городская поликлиника №5» по г. Набережные Челны.

Предмет исследования

* Статистические данные амбулаторных карт пациентов ГАУЗ «Городская поликлиника № 5»

**ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

**Ревматоидный артрит** - ревматический процесс, характеризующийся эрозивно-деструктивными поражениями преимущественно периферических мелких суставов. Суставные признаки ревматоидного артрита включают симметричное вовлечение суставов стоп и кистей, их деформирующие изменения. К внесуставным системным проявлениям относятся серозиты, подкожные узелки, лимфаденопатия, васкулиты, периферическая нейропатия[10].

**Классификация ревматоидного артрита, принятая на заседании Пленума Ассоциации ревматологов России 30 ноября 2007 года:**

1. **По клинико-анатомическим особенностям:**

* протекающие по типу полиартрита, олиго - или моноартрита;
* [ювенильный артрит](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/juvenile-rheumatoid-arthritis);
* синдромы Стилла;
* синдром  [Фелти](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/felty-syndrome).

1. **По иммунологическим характеристикам в зависимости от выявления в сыворотке крови или суставной жидкости ревматоидного фактора:**

* серопозитивные;
* серонегативные.

1. **По динамике течения ревматоидного артрита:**

* стремительно прогрессирующему варианту свойственна высокая активность: эрозирование костных тканей, деформирование суставов, системные поражения в течение 1-го года заболевания;
* медленно развивающийся ревматоидный артрит даже многие годы спустя не вызывает грубых морфологических и функциональных изменений суставов, протекает без системного вовлечения.

1. **По активности клинико-морфологических изменений:**

* Минимальной активности (I ст.) процесса отмечаются незначительные боли в суставах, преходящая скованность в утренние часы, отсутствие локальной гипертермии.
* Ревматоидный артрит средней активности (II ст.) характеризуется болями в покое и в движении, многочасовой скованностью, болевым ограничением подвижности, стабильными экссудативными явлениями в суставах, умеренной местной гипертермией кожи.
* Для высокой активности (III ст.) ревматоидного артрита типична сильная [артралгия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/arthralgia), выраженная экссудация в суставах, гиперемия и припухлость кожи, непроходящая скованность, резко ограничивающая подвижность.

1. **По степени нарушения опорных функций:**

* Функциональные нарушения I ст. характеризуются минимальными двигательными ограничениями с сохранением профессиональной пригодности;
* На стадии ФН II подвижность суставов снижена резко, развитие стойких контрактур ограничивает самообслуживание и ведет к утрате работоспособности;
* Стадия ФН III ревматоидного артрита определяется тугоподвижностью или тотальной неподвижностью суставов, потерей возможности самообслуживания[4].

**Этиология**

Причины развития болезни не установлены. Достоверно доказано, что в организме больных ревматоидным артритом вырабатывается особый белок - так называемый ревматоидный фактор. Этот белок, соединяясь с другими белками сыворотки крови (иммунные комплексы), откладывается в синовиальной оболочке сустава и вызывает ее воспаление. Кроме того, эти комплексы могут откладываться в стенке мелких сосудов внутренних органов (почки, сердце, печень, легкие), вызывая их последующее поражение. Как и для большинства аутоиммунных заболеваний, здесь можно выделить 3 основных фактора ***(ревматологическая триада):***

**1. Генетическая предрасположенность;**

**2. Инфекционный фактор;**

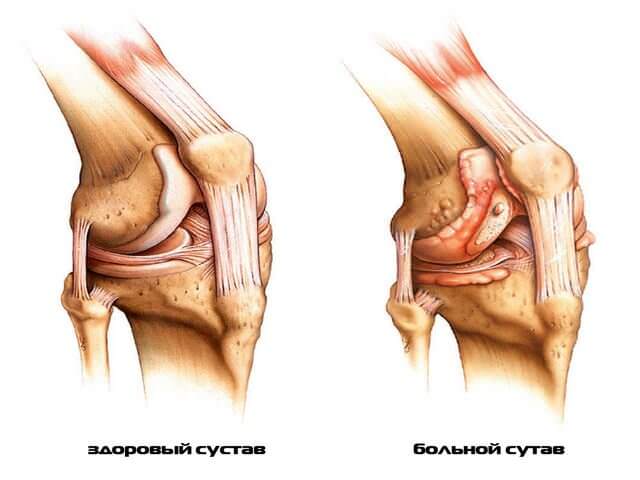
**3. Пусковой фактор (переохлаждение, гиперинсоляция, интоксикации, мутагенные медикаменты, эндокринопатии, стрессы и т.д.).**

При ревматоидном артрите установлено существование ряда аутоиммунных нарушений. В первую очередь это касается частого обнаружения при ревматоидном артрите ревматоидного фактора - антитела к Тс - фрагменту Ig. Имеются предположения о наличии при ревматоидном артрите первичного (врожденного или приобретенного) дефекта клеточного иммунитета, приводящего к ослаблению контроля за гуморальным его звеном и последующим развитием аутоиммунных нарушений. Подтверждением этому являются повышенная частота развития аутоиммунных нарушений у больных с врожденными иммунодефицитными состояниями, а также эффективность при ревматоидном артрите иммуностимулирующих средств[3].

Это своеобразный аутоиммунный ответ на изменения в хрящевой и костной тканях. Ревматоидный артрит сопровождается также микротромбами и соответственно нарушением микроциркуляции, что делает воспалительный процесс хроническим.

**Анатомия сустава**

**Сустав** представляет прерывное, полостное, подвижное соединение. В каждом суставе различают суставные поверхности сочленяющихся костей, суставную капсулу, окружающую в форме муфты сочленовные концы костей, и суставную полость, находящуюся внутри капсулы между костями.

**Суставные поверхности** покрыты суставным хрящом, гиалиновым, реже волокнистым. Вследствие постоянного трения суставной хрящ приобретает гладкость, облегчающую скольжение суставных поверхностей, а вследствие эластичности хряща он смягчает толчки и служит буфером.

**Суставная капсула,** окружая герметически суставную полость, прирастает к сочленяющимся костям по краю их суставных поверхностей или же несколько отступя от них. Она состоит из наружной фиброзной мембраны и внутренней синовиальной. Синовиальная мембрана имеет гладкий и блестящий вид. Она выделяет в полость сустава липкую прозрачную синовиальную жидкость - синовию, наличие которой уменьшает трение суставных поверхностей.

**Суставная полость** представляет герметически закрытое щелевидное пространство, ограниченное суставными поверхностями и синовиальной мембраной. В норме оно не является свободной полостью, а выполнено синовиальной жидкостью, которая увлажняет и смазывает суставные поверхности, уменьшая трение между ними.

**Биомеханика суставов.**В организме живого человека суставы играют тройную роль:

* они содействуют сохранению положения тела;
* участвуют в перемещении частей тела в отношении друг друга и
* являются органами локомоции (передвижения) тела в пространстве[9].

**Патогенез**

Развивается в результате инфекции, вызывающей нарушения иммунной системы у наследственно предрасположенных лиц; при этом образуются т. н. иммунные комплексы (из антител, вирусов и проч.), которые откладываются в тканях и приводят к повреждению суставов. Патогенез связан с аутоиммунными нарушениями, в первую очередь с ревматоидными факторами (антителами к иммуноглобулинам) и иммнокомплексными процессами, которые приводят к развитию синовита, а в ряде случаев и генерализованного васкулита. Деформацию суставов при РА связывают с образованием и разрастанием в синовиальной оболочке грануляционной ткани, которая постепенно разрушает хрящ и субхондральные отделы костей с возникновением эрозий, развитием склеротических изменений, фиброзного, а затем и костного анкилоза. Характерные подвывихи и контрактуры обусловлены отчасти и изменениями сухожилий, серозных сумок и капсулы сустава.

**Патогенез РА**

**Образование аутоантител, формирование иммунокомплексов и попадание в с синовильную жидкость сустава**

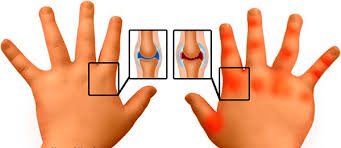
**Аутоантитела фагоцитируются нейтрофилами, которые в процессе фагоцитоза разрушаются**

**Формирование гранулем – ревматоидных узелков**

**Хронический воспалительный процесс в синовиальной оболочке суставов**

**Высвобождение БАВ (кинины, простогландины)**

**Клинические проявления**

Ревматоидный артрит начинается постепенно или остро (реже). У 10% пациентов наблюдается быстрое развитие полиартрита, часто в сочетании с общими симптомами:

* лихорадкой;
* увеличением лимфоузлов;
* спленомегалией.

В дебюте РА манифестируется **суставным синдромом**. Жалобы на боли в мелких суставах кистей и стоп, наиболее интенсивные в утренние часы и уменьшающиеся к вечеру. Формированию артритов иногда предшествуют мышечные боли, умеренные артралгии, бурситы. Симптоматика ранней стадии РА не патогномонична, что затрудняет диагностику. Поражение суставов в раннем периоде может иметь нестойкий характер, возможна спонтанная ремиссия с исчезновением суставного синдрома. Однако через некоторое время процесс возобновляется с поражением большего количества суставов. Болезнь с волнообразным и часто рецидивирующим течением сопровождается болью поражённых суставов при движении. Температура тела повышается, развиваются слабость, потливость. При осмотре наблюдается припухлость суставов, объём движений в них ограничен, заболевание приобретает хроническое течение с частым обострением.

У 30% больных ревматоидным артритом - начальные симптомы заболевания ограничиваются признаками поражения одного или нескольких суставов. Впоследствии поражение суставов обычно приобретает симметричный характер, хотя у некоторых больных оно может оставаться асимметричным. Типичным для РА является симметричное поражение пястно-фаланговых, межфаланговых проксимальных и плюснефалагновых суставов. Далее вовлекаются в патологический процесс лучезапястные, коленные, плечевые, тазобедренные, голеностопные суставы, суставы предплюсны, шейный отдел позвоночника, а также височно-нижнечелюстные суставы.

В самом начале болезни отмечаются:

1) повышение температуры тела

2) появление болей и воспалительных изменений в суставах, утомляемостью,

3) снижением аппетита,

4) слабостью и неспецифическими симптомами поражения опорно-двигательного аппарата в отсутствие явных признаков артрита

5) суставы увеличиваются в объеме.

6) кожа над ними часто гиперемирована температура ее повышена

7) движения в суставах болезненны и вследствие этого ограничены.

8) характерно ощущение скованности в суставах по утрам, исчезающее к середине или концу дня.

В начале заболевания боли возникают только при движениях, но по мере прогрессирования возникают и в покое. Развивается атрофия мышц на дорсальной поверхности кистей.Один из важнейших симптомов – утренняя скованность в суставах больше часа. Что связано с нарушением нормального ритма выработки гормонов надпочечников со смещением пика их продукции на более поздний период суток. Суставные деформации проявляются в результате распространения воспаления на суставной хрящ и костные сигменты, и развития контрактур ближайших мышц. Из-за

растяжения суставной капсулы и связок развиваются подвывихи суставов[9].

Чем длительнее держится ощущение скованности, тем болезнь протекает тяжелее.

При длительном течении болезни происходит:

1) резкая деформация суставов;

2) развиваются анкилозы;

3) неподвижность суставов в результате внутрисуставных сращений;

4) атрофия мышц, приводящих в движение пораженный сустав;

5) масса тела больных снижается.

**Для развернутой стадии РА характерны типичные деформации:**

* деформация пальцев типа «лебединая шея» - переразгибание проксимального межфалангового сустава и сгибательная контрактура дистального межфалангового сустава;
* «паукообразная» кисть – больной не может ладонью коснуться поверхности стола из-за невозможности разогнуть пальцы;
* деформация типа «бутоньерка» - сгибательная контрактура проксимального межфалангового сустава с одновременным переразгибанием дистального межфалангового сустава;
* вальгусная (варусная) деформация коленных суставов.
* Крайне редко вовлекаются в патологический процесс тазобедренные, коленные суставы, суставы стоп, позвоночника, крестцово-подвздошные суставы.

## Внесуставные проявления РА

## Типичными признаками РА служат подкожно расположенные соединительнотканные узелки диаметром 0,5-2 см. Для ревматоидных узелков характерна округлая форма, плотная консистенция, подвижность, безболезненность, реже – неподвижность вследствие спаянности с апоневрозом. Эти образования могут носить единичный или множественный характер, иметь симметричную либо несимметричную локализацию в области предплечий и затылка. Возможно образование ревматоидных узелков в миокарде, легких, клапанных структурах сердца. Появление узелков связано с обострением ревматоидного артрита, а их исчезновение - с ремиссией. А также возможно формирование узелков на слизистой гортани, что может привести к обструкции дыхательных путей.

## Офтальмологическое проявление - сухой кератоконъюнктивит, развивающийся в рамках вторичного синдрома Шегрена, который часто протекает бессимптомно и выявляется только при специальном офтальмологическом обследовании. Нередко наблюдаются эпизоды эписклерита и склерита. Известно развитие склеромаляции, связанной с образованием ревматоидных узелков в области склеры.

## Патология органов дыхания - плеврит, интерстициальный легочный фиброз, не отличимый от идиопатического, облитерирующий бронхиолит.

## Поражение сердца - перикардит (сухой, реже выпотной), в то время как гранулематозное поражение клапанов сердца (очень редкая причина аортального порока сердца и сердечной недостаточности), как правило, протекает бессимптомно.

## Поражение НС включает компрессионную нейропатию (туннельные синдромы), а также симметричную сенсорно-моторную нейропатию и множественный мононеврит (проявление ревматоидного васкулита).

## Поражение мышц проявляется их слабостью, обычно связанной с мышечной атрофией, возникающей на фоне воспаления суставов, или периферической нейропатии, проявляется атрофией межкостных мышц, мышц тенара, разгибателей предплечья, прямой мышцы бедра, ягодичных мышц.

## Поражение кожи: кожа истончается, становится сухой, могут быть подкожные кровоизлияния. Практически у всех больных имеют место выраженные конституциональные симптомы: лихорадка, похудание, слабость[3].

## Диагностика

Основой диагностики ревматоидного артрита являются клинические проявления заболевания, лабораторные данные, а также рентгенологическое исследование суставов. При наличии любых четырех из семи указанных ниже критериев диагностируют ревматоидный артрит. Критерии с 1-го по 4-й должны присутствовать у больного не менее 6 недель.

1. Утренняя скованность

2. Артрит трех или большего числа суставов

3. Артрит суставов кисти

4. Симметричный артрит

5. Ревматоидные узелки

6. Ревматоидный фактор в сыворотке крови

7. Рентгенологические изменения

**Общий анализ крови**.

* **СОЭ**

****Скорость оседания эритроцитов – главный критерий наличия воспаления в организме. Показатели нормы у мужчин составляет до 9 мм/ч, женщин 14 мм/ч.

При ревматоидном артрите СОЭ повышается до30-70 мм/ч

* **Лейкоциты**

Лейкоциты – это клетки иммунной системы, защищающие наш организм от чужеродных агентов. При ревматоидном артрите наш собственный иммунитет ошибочно атакует собственную соединительную ткань и разрушает суставы. Компенсаторно наш иммунитет начинает вырабатывать лейкоциты в повышенном количестве, чтобы обеспечить бесперебойную защиту организма. Поэтому их уровень значительно повышается от нормального значения (становится более 4-9\*109 г/л).

* **Гемоглобин**

Если норма для мужчин составляет 130-160 г/л, а для женщин 120-140 г/л, то при развитии ревматоидного артрита анализы показывают его снижение относительно нижней границы. Согласно данным врачей уменьшение показателей до 80-90 г/л являются основанием для назначения полного ревматологического скрининга и анализов мочи для проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

**Биохимический анализ крови**

* **СРБ**

С-реактивный белок при ревматоидном артрите не является специфическим, но может повышаться в острую фазу. Этот показатель играет важную роль в контроле лечения – если его уровень снижается, это может говорить о хорошей эффективности проводимой терапии. Нормальное значение составляет 4,8 мг/л.

* **Фибриноген**

Это специфический белок, отвечающий за свёртываемость крови. При ревматоидном артрите уровень фибриногена повышен от нормальных значений (1,9-3,8 г/л) – чем выше показатель, тем сильнее воспаление и прогрессирование артрита.

* **Сиаловые кислоты**

Эти вещества говорят о повреждении соединительной ткани. При ревматоидном артрите иммунные антитела атакуют суставы, разрушенные частички попадают в кровоток в большом количестве, а иммунитет не справляется с их утилизацией– это и есть сиаловые кислоты, уровень которых не должен превышать 1,8 ммоль/л.

* **Гаптоглобин** фермент, участвующий в создании новых эритроцитов. Значение фермента поднимается выше 3 г/л.

**Ревматоидный фактор в крови**. Выявляется в 60% случаев при ревматоидном артрите. Для его определения назначается латекс тест – это специальные пробы, при которых иммуноглобулины связываются с частичками латекса и определяются в сыворотке крови. Основанием для постановки диагноза является их повышение выше 50-100 МЕ/мл

**Тест на наличие антцитруллиновых антител (АЦЦП).** Является наиболее ранним и одним из самых чувствительных тестов, ранней диагностики заболевания. При ревматоидном артрите тест положителен в 80-90% случаев. Один из самых важных показателей наличия ревматоидного артрита – у здорового человека не обнаруживается. При наличии положительной пробы (более 3 ед/мл) данный анализ делается постоянно по ходу лечения, поскольку указывает на степень разрушения суставов, показывает стадию развития патологии.

**При выявлении ревматоидного фактора, АНФ или АЦЦП делается несколько анализов подряд. Только при обнаружении положительных проб во всех заборах выставляется окончательный диагноз и назначается лечение.**

**Анализ синовиальной жидкости (жидкости, содержащейся в полости сустава).** При этом исследовании выявляют следующие признаки воспаления:

* Изменение цвета и прозрачности;
* Умеренный лейкоцитоз (20-40тыс./мл);
* Ревматоидный фактор;
* Рагоциты (лейкоциты, содержащие внутри остатки иммунных комплексов, ревматоидного фактора и др.).

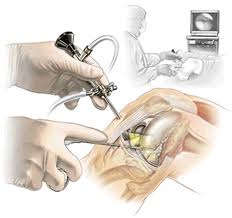
**Инструментальные методы исследования**

**Артроскопия** - это визуализация полости сустава при помощи специального оптического прибора.

**Рентгенограмма суставов** – основной вид инструментального обследования больного, а также используется в качестве одного из критериев для постановки диагноза.

**Рентгенография суставов.**

На ранних стадиях заболевания не выявляется значительных костно-суставных изменений. Постепенно истончаются суставные хрящи, в них появляются одиночные эрозии. Сужается межсуставная щель. В дальнейшем появляется остеопороз, и разрушение суставов. Формируются анкилозы (сращение суставных поверхностей и полная обездвиженность в суставах).

**Биопсия синовиальной оболочки сустава.** При биопсии синовиальной оболочки выявляют изменения, характерные для воспалительного процесса:

* гипертрофия (увеличение) ворсинок, продуцирующих синовиальную жидкость;
* пролиферация (разрастание) синовиальной ткани;
* отложение воспалительного белка – фибрина, на стенках синовиальной оболочки.

**Магнитнорезонансная томография и ультрасонографическое исследование (УЗИ) суставов и внутренних органов -** используются при тяжелом прогрессивном течении заболевания, когда в патологический процесс вовлекаются внутренние органы. На УЗИ можно увидеть патологические изменения в таких органах как: сердце, печень, поджелудочная железа, селезенка и другие органы[8].

**Осложнения заболевания**

Вовлечение в процесс внутренних органов ведет к развитию *гломерулонефрита* или амилоидоза (выявляются практически исключительно изменения в моче, тогда как артериальная гипертензия и отеки отсутствуют). Поражение сердца проявляется в виде *миокарда* (симптомы выражены незначительно и заключаются в появлении неприятных ощущений со стороны сердца, изменений ЭКГ). «*Ревматоидные пневмонии*» у больных ревматоидным артритом протекают по типу хронических, плохо поддаются лечению антибиотиками и быстро проходят при проведении терапии, направленной на саму болезнь (нестероидные противовоспалительные препараты, кортикостероидные гормоны).

Критерии неблагоприятного прогноза при ревматоидном артрите:

* Раннее поражение крупных суставов и появление ревматоидных узелков;
* Увеличение лимфатических узлов;
* Вовлечение новых суставов при последующем обострении;
* Системный характер болезни;
* Персистирующая активность болезни при отсутствии ремиссии более года;
* Стойкое увеличение СОЭ;
* Раннее появление (в течение первого года) и высокие титры ревматоидного фактора;
* Ранние (до четырёх месяцев) рентгенологические изменения со стороны пораженных суставов - быстрое прогрессирование деструктивных изменений;
* Обнаружение антинуклеарных антител и LE-клеток;
* Носительство антигенов HLA-DR4; плохая переносимость базисных препаратов.

**Принципы лечения**

**Лечение включает:**

* медикаментозную терапию;
* немедикаментозные методы терапии;
* ортопедическое лечение, реабилитацию.

Исходя из патогенеза заболевания, становится очевидным, что эффективно воздействовать на развитие заболевания можно на двух уровнях:

* подавляя избыточную активность иммунной системы;
* блокируя выработку медиаторов воспаления, в первую очередь простагландинов.

Поскольку, помимо собственно воспаления, активация иммунной системы сопровождается многими другими патологическими процессами, воздействие на первом уровне является существенно более глубоким и эффективным, нежели на втором. Медикаментозная иммуносупрессия представляет собой основу лечения ревматоидного артрита. К иммуносупрессорам, применяющимся для лечения данного заболевания, относятся базисные противовоспалительные препараты (БПВП), биологические препараты и глюкокортикостероиды. На втором уровне действуют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и глюкокортикостероиды.

Собственно противовоспалительная терапия (*НПВП*) может давать клинический эффект (обезболивание, уменьшение скованности) очень быстро — в течение 1–2 ч, однако при помощи такого лечения практически невозможно полностью купировать симптоматику при активном ревматоидном артрите и, по-видимому, оно совсем не влияет на развитие деструктивных процессов в тканях.

*Глюкокортикостероиды* обладают как иммуносупрессивным, так и непосредственным противовоспалительным эффектом, поэтому клиническое улучшение может развиваться быстро (в течение нескольких часов при внутривенном или внутрисуставном введении). Имеются данные о подавлении прогрессирования эрозивного процесса в суставах при длительной терапии низкими дозами глюкокортикостероидов и о положительном их влиянии на функциональный статус больного. В то же время из практики хорошо известно, что назначение только глюкокортикостероидов, без других иммуносупрессивных средств (БПВП), редко дает возможность достаточно эффективно контролировать течение болезни.

Немедикаментозные способы терапии ревматоидного артрита (физиотерапия, бальнеотерапия, диетотерапия, акупунктура и др.) представляют собой дополнительные методики, с помощью которых можно несколько улучшить самочувствие и функциональный статус пациента, но не купировать симптоматику и достоверно повлиять на деструкцию суставов.

Ортопедическое лечение, включающее ортезирование и хирургическую коррекцию деформаций суставов, а также реабилитационные мероприятия (лечебная физкультура и др.) имеют особое значение преимущественно на поздних стадиях заболевания для поддержания функциональной способности и улучшения качества жизни больного.

**Основными целями лечения при РА являются** [2, 6]:

* купирование симптомов заболевания, достижение клинической ремиссии или как минимум низкой активности болезни;
* торможение прогрессирования структурных изменений в суставах и соответствующих функциональных нарушений;
* улучшение качества жизни больных, сохранение трудоспособности.

С помощью современных методов активной медикаментозной терапии удается добиться ремиссии у 40–50% пациентов [4, 5], показано также отсутствие появления новых эрозий по данным рентгенографии [7] и магнитно-резонансной томографии [8] у значительного количества больных при длительности наблюдения 1–2 года.

При длительно текущем ревматоидном артрите, особенно при недостаточно активной терапии в первые годы заболевания, достижение полной ремиссии теоретически тоже возможно, однако вероятность этого значительно ниже. То же самое можно сказать и о возможности остановить прогрессирование деструкции в суставах, уже существенно разрушенных за несколько лет болезни. Поэтому при далеко зашедшем ревматоидном артрите возрастает роль реабилитационных мероприятий, ортопедической хирургии. Кроме того, на поздних стадиях заболевания длительная поддерживающая базисная терапия может использоваться для вторичной профилактики осложнений болезни, таких как системные проявления (васкулит и др.), вторичный амилоидоз.

**Базисная терапия ревматоидного артрита.** являются главным компонентом лечения ревматоидного артрита и при отсутствии противопоказаний должны быть назначены каждому пациенту с этим диагнозом [9]. Особенно важно максимально быстрое назначение БПВП (сразу после установления диагноза) на ранней стадии, когда имеется ограниченный период времени (несколько месяцев от появления симптоматики) для достижения наилучших отдаленных результатов — так называемое «терапевтическое окно» [10].

Классические БПВП обладают следующими свойствами.

* Способность подавлять активность и пролиферацию иммунокомпетентных клеток (иммуносупрессия), а также пролиферацию синовиоцитов и фибробластов, что сопровождается выраженным снижением клинико-лабораторной активности РА.
* Стойкость клинического эффекта, в том числе его сохранение после отмены препарата.
* Способность задерживать развитие эрозивного процесса в суставах.
* Способность индуцировать клиническую ремиссию.
* Медленное развитие клинически значимого эффекта (обычно в течение 1–3 мес от начала лечения).

БПВП существенно различаются между собой по механизму действия и особенностям применения.

БПВП условно могут быть подразделены на препараты первого и второго ряда. К БПВП первого ряда относятся следующие:

* **Метотрексат** — «золотой стандарт» терапии ревматоидного артрита. Рекомендуемые дозы — 7,5–25 мг в неделю — подбираются индивидуально путем постепенного повышения на 2,5 мг каждые 2–4 нед до достижения хорошего клинического ответа либо возникновения непереносимости. Препарат дается внутрь (еженедельно в течение двух последовательных дней дробно в 3–4 приема каждые 12 ч). В случае неудовлетворительной переносимости метотрексата при приеме внутрь может быть назначен парентерально (одна в/м или в/в инъекция в неделю).
* **Лефлуномид (арава).** Стандартная схема лечения: внутрь по 100 мг в сутки в течение 3 дней, затем 20 мг/сут постоянно. При риске непереносимости препарата (пожилой возраст, заболевания печени и др.) лечение можно начинать с дозы 20 мг/сут. По эффективности сопоставим с метотрексатом, имеет несколько лучшую переносимость. Есть данные о более высокой эффективности лефлуномида в отношении качества жизни больных, особенно при раннем ревматоидном артрите.
* **Сульфасалазин**. В клинических испытаниях не уступал по эффективности другим БПВП, однако клиническая практика показывает, что достаточный контроль над течением болезни сульфасалазин обычно обеспечивает при умеренной и низкой активности ревматоидного артрита.

БПВП второго ряда применяются значительно реже в связи с меньшей клинической эффективностью и/или большей токсичностью. Они назначаются, как правило, при неэффективности или непереносимости БПВП первого ряда.

БПВП способны вызвать значительное улучшение (хороший клинический ответ) приблизительно у 60% пациентов. В связи с медленным развитием клинического эффекта назначение БПВП на сроки менее 6 мес не рекомендуется. Длительность лечения определяется индивидуально, типичная продолжительность «курса» лечения одним препаратом (в случае удовлетворительного ответа на терапию) составляет 2–3 года и более. Большинство клинических рекомендаций подразумевают неопределенно долгое применение поддерживающих дозировок БПВП для сохранения достигнутого улучшения.

При недостаточной эффективности монотерапии каким-либо базисным препаратом может быть избрана схема комбинированной базисной терапии, т. е. сочетания двух-трех БПВП. Наиболее хорошо зарекомендовали себя следующие сочетания:

* метотрексат + лефлуномид;
* метотрексат + циклоспорин;
* метотрексат + сульфасалазин;
* метотрексат + сульфасалазин + гидроксихлорохин.

**Биологические препараты в лечении ревматоидного артрита.**

Термин биологические препараты (от англ. *biologics*) применяется по отношению к лекарственным средствам, производимым с использованием биотехнологий и осуществляющим целенаправленное («точечное») блокирование ключевых моментов воспаления с помощью антител или растворимых рецепторов к цитокинам, а также другим биологически активным молекулам.

К основным зарегистрированным в мире для лечения ревматоидного артрита биологическим препаратам относятся:

* инфликсимаб, адалимумаб, этанерсепт (воздействуют на фактор некроза опухоли (ФНО-α);
* ритуксимаб (воздействует на CD 20 (В-лимфоциты));
* анакинра (воздействует на интерлейкин-1);
* абатасепт (воздействует на CD 80, CD 86, CD 28).

Для биологических препаратов характерны выраженный клинический эффект и достоверно доказанное торможение деструкции суставов. Эти признаки позволяют относить биологические препараты к группе БПВП. В то же время особенностью группы является быстрое (нередко в течение нескольких дней) развитие яркого улучшения, что объединяет биологическую терапию с методами интенсивной терапии.

К отрицательным сторонам биологической терапии относятся:

* угнетение противоинфекционного и (потенциально) противоопухолевого иммунитета;
* риск развития аллергических реакций;
* высокая стоимость лечения.

Биологические методы терапии показаны, если лечение препаратами из группы БПВП (такими, как метотрексат) не является адекватным вследствие недостаточной эффективности или неудовлетворительной переносимости.

В России зарегистрирован препарат из этой группы инфликсимаб - *ремикейд*, представляющий собой химерное моноклональное антитело к ФНО-α. Препарат, как правило, назначается в сочетании с метотрексатом. У пациентов с недостаточной эффективностью терапии средними и высокими дозами метотрексата инфликсимаб существенно улучшает ответ на лечение и функциональные показатели, а также приводит к выраженному торможению прогрессирования сужения суставной щели и развития эрозивного процесса.

Показанием к назначению инфликсимаба в комбинации с метотрексатом является неэффективность одного или более БПВП, применявшихся в полной дозе (в первую очередь метотрексата), с сохранением высокой воспалительной активности (пять и более припухших суставов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) более 30 мм/ч, С-реактивный белок (СРБ) более 20 мг/л).

Рекомендуемая схема применения: начальная доза 3 мг/кг массы тела больного в/в капельно, затем по 3 мг/кг массы тела через 2, 6 и 8 нед, далее по 3 мг/кг массы тела каждые 8 нед, при недостаточной эффективности доза может повышаться вплоть до 10 мг/кг массы тела. Длительность лечения определяется индивидуально, обычно не менее 1 года. После отмены инфликсимаба поддерживающая терапия метотрексатом продолжается.

Вторым зарегистрированным в нашей стране препаратом для проведения биологической терапии является *ритуксимаб* (мабтера). Действие ритуксимаба направлено на подавление В-лимфоцитов.

Для лечения ревматоидного артрита препарат применяется в дозе 2000 мг на курс (две инфузии по 1000 мг, каждая с промежутком в 2 нед). Ритуксимаб вводится внутривенно медленно, рекомендуется проведение инфузии в условиях стационара с возможностью точного контроля за скоростью введения. Для профилактики инфузионных реакций целесообразно предварительное введение метилпреднизолона 100 мг. При необходимости возможно проведение повторного курса инфузий ритуксимаба через 6–12 мес.

**Глюкокортикостероиды** обладают многогранным противовоспалительным действием, обусловленным блокадой синтеза провоспалительных цитокинов и простагландинов, а также торможением пролиферации за счет воздействия на генетический аппарат клеток. Глюкокортикостероиды оказывают быстрый и ярко выраженный дозозависимый эффект в отношении клинических и лабораторных проявлений воспаления. Эти препараты сами по себе в большинстве случаев не могут обеспечить полноценного контроля над течением ревматоидного артрита и должны назначаться вместе с БПВП.

****Глюкокортикостероиды при данном заболевании применяются системно и локально. Для системного применения показан основной метод лечения — назначение низких доз внутрь (преднизолон — до 10 мг/сут, метилпреднизолон — до 8 мг/сут) на длительный период при высокой воспалительной активности.

Средние и высокие дозы глюкокортикостероидов внутрь (15 мг/сут и более, обычно 30–40 мг/сут в пересчете на преднизолон), а также пульс-терапия глюкокортикостероидами — внутривенное введение высоких доз метилпреднизолона (250–1000 мг) или дексаметазона (40–120 мг) могут применяться для лечения тяжелых системных проявлений ревматоидного артрита (выпотной серозит, гемолитическая анемия, кожный васкулит, лихорадка и др.), а также некоторых особых форм болезни. Продолжительность лечения определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, и составляет обычно 4–6 нед, после чего осуществляется постепенное ступенчатое снижение дозы с переходом на лечение низкими дозами глюкокортикостероидов.

Эффект после однократного введения обычно наступает на протяжении 1–3 дней и сохраняется в течение 2–4 нед при хорошей переносимости.В связи с этим повторные инъекции глюкокортикостероидов в один сустав нецелесообразно назначать ранее чем через 3–4 недели

Глюкокортикостероиды для локального применения назначаются в качестве дополнительного метода купирования обострений ревматоидного артрита и не могут служить заменой системной терапии.

**НПВП.** Значение НПВП в лечении ревматоидного артрита за последние годы существенно снизилось в связи с появлением новых эффективных схем патогенетической терапии. Противовоспалительное действие НПВП достигается с помощью подавления активности ЦОГ, или избирательно ЦОГ-2, и тем самым снижается синтез простагландинов. Таким образом НПВП действуют на конечное звено ревматоидного воспаления.

НПВП обладают обезболивающим, противовоспалительным, жаропонижающим эффектом, но мало влияют на лабораторные показатели воспаления. Они являются основным средством симптоматической терапии при данном заболевании и в большинстве случаев назначаются в сочетании с БПВП.

К наиболее часто применяющимся при ревматоидном артрите НПВП относятся:

* диклофенак (50–150 мг/сут);
* нимесулид (200–400 мг/сут);
* целекоксиб (200–400 мг/сут);
* мелоксикам (7,5–15 мг/сут);
* ибупрофен (800–2400 мг/сут);
* лорноксикам (8–12 мг/сут).

**Дополнительные медикаментозные методы лечения.** В качестве симптоматического анальгетика может использоваться парацетамол (ацетаминофен) в дозе 500–1500 мг/сут, который обладает относительно невысокой токсичностью. Для локальной симптоматической терапии используются НПВП в виде гелей и мазей, а также диметилсульфоксид в виде 30–50% водного раствора в форме аппликаций. При наличии остеопороза показано соответствующее лечение препаратами кальция, витамина Д3, бифосфонатами, кальцитонином.

**Общие принципы ведения больных РА**

Больному с установленным диагнозом ревматоидный артрит должен быть назначен препарат из группы БПВП, который при хорошем клиническом эффекте может применяться как единственный метод терапии [9]. Другие лечебные средства используются по мере необходимости.

Больной должен быть информирован о характере своего заболевания, течении, прогнозе, необходимости длительного сложного лечения, а также о возможных нежелательных реакциях и схеме контроля за лечением, неблагоприятных сочетаниях с другими препаратами (в частности, алкоголем), возможной активации очагов хронической инфекции на фоне лечения, целесообразности временной отмены иммуносупрессивных препаратов при возникновении острых инфекционных заболеваний, о необходимости контрацепции на фоне лечения.

Терапия ревматоидного артрита должна назначаться врачом-ревматологом и проводиться под его наблюдением. Лечение биологическими препаратами может проводиться только под контролем ревматолога, имеющего достаточные знания и опыт для его проведения. Терапия является длительной и подразумевает периодический контроль активности болезни и оценку ответа на терапию.

**Лечение резистентного к терапии РА**

Резистентным к лечению целесообразно считать пациента с неэффективностью (отсутствием 20% улучшения по основным показателям) как минимум двух стандартных БПВП в достаточно высоких дозах (метотрексат — 15–20 мг/нед, сульфасалазин — 2000 мг/сут, лефлуномид — 20 мг/сут). Неэффективность может быть первичной и вторичной (возникающей после периода удовлетворительного ответа на терапию либо при повторном назначении препарата).

Существуют следующие пути преодоления резистентности к терапии:

* назначение биологических препаратов (инфликсимаб, ритуксимаб);
* назначение глюкокортикостероидов;
* применение комбинированной базисной терапии;
* применение БПВП второго ряда (циклоспорин и др.).

С точки зрения отдаленных результатов в отношении функциональных нарушений, качества жизни и ее продолжительности оптимальной стратегией терапии ревматоидного артрита является многолетнее лечение БПВП с планомерной сменой схемы их применения по мере необходимости [11].

Временное устранение болей опасно еще и тем, что пациент перестает «щадить» больную ногу. А это усугубляет повреждение хряща и костей. Поэтому болезнь неминуемо возвращается, а боль лишь усиливается из-за возникновения дополнительных повреждений в период мнимого «затишья» и вскоре единственным методом остается лишь протезирование сустава.

**Протезирование сустава** (замена сустава на искусственный) – сложное, дорогое (не меньше 150 тыс. рублей), хирургическое вмешательство, при котором возможны серьезные послеоперационные осложнения (присоединение инфекции, тромбоз глубоких вен, воспаление нервов и т.д.). Функциональные возможности протеза ниже, чем у настоящего сустава. При падениях и неосторожных движениях возможны вывихи, переломы фрагментов искусственного сустава, что требует повторной операции. Высок риск стать инвалидом-колясочником.

В целях попыток восстановления хряща, состава синовиальной жидкости применяются следующие препараты:

1. **Хондропротекторы.** Эти препараты (в основном речь идет о БАД) широко применяются в России. Однако многочисленные исследования (в т.ч. опубликованные в июле 2010 г. в British Medical Journal, данные 10 крупных исследований) показывают отсутствие эффекта даже по сравнению с плацебо!

2. **Гиалуроновая кислота** - важная составляющая хрящевой ткани. Препарат на ее основе может вводиться в сустав в виде инъекций только после устранения воспалительного процесса. Стоимость одной инъекции от 2 000 руб. до 16 000 руб. (зависит от концентрации препарата и марки производителя), один курс предполагает несколько инъекций. Введение данной кислоты временно защищает сустав от дальнейшего повреждения. Однако искусственно введенный препарат не стимулирует выработку собственной кислоты, поэтому курсы необходимо постоянно повторять для поддержания эффекта. Таким образом, лечение одного сустава ежегодно обходится в сумму от 30 до 240 тыс. руб.

**Помимо медикаментозного лечения существуют дополнительные методы:**

* лазеротерапия;
* криотерапия (лечение холодом);
* прогревания;
* магнитотерапия;
* электромиостимуляция;
* фонофорез (ультразвук);
* лечение золотосодержащими препаратами и др.

Однако эффективность данных методов по части излечения от артрита и артроза под большим вопросом [5], так как они не обеспечивают устранения основной причины заболевания – нарушения баланса между разрушением и восстановлением тканей сустава.

**Диспансеризация ревматологических больных.**

Больные ревматоидным артритом должны находиться под постоянным диспансерным динамическим наблюдением ревматолога, участкового терапевта или врача общей практики. От его правильной организации во многом зависит как физическая активность больных, так и прогноз заболевания. Известно, у большинства больных РА, не получающих адекватного лечения, инвалидизация развивается уже через 3—5 лет от начала заболевания.

Больные, у которых РА диагностирован впервые, нуждаются в госпитализации в специализированный стационар для уточнения диагноза и подбора базисной терапии. После выписки из лечебного учреждения для них разрабатывается индивидуальный план наблюдения и амбулаторного лечения.

Периодичность обследования и методы лечения больных РА определяются характером и тяжестью течения заболевания, а также проводимой терапией. Пациенты с системными проявлениями РА должны осматриваться врачом 1 раз в 3 месяца, стоматологом, офтальмологом, невропатологом — 2 раза в год.

* общеклиническое исследование крови и мочи выполняется 4 раза в год,
* при лечении базисными средствами (D-пеницилламин, цитостатики, лефлуномид и др.) — клинический анализ крови и мочи 1 раз в месяц,
* биохимическое и иммунологическое исследование крови (СРБ, фибриноген, АЛТ, ACT, креатинин, ревматоидный фактор, ЦИК) — 2 раза в год,
* рентгенография суставов — 1 — 2 раза в год, рентгенография органов грудной клетки — 1 раз в год.
* при постоянном приеме НПВП (глюкокортикоидов) 1 раз в 6 месяцев (по показаниям — чаще) проводится контрольная фиброгастродуоденоскопия.

При часто рецидивирующем течении РА больные осматриваются ревматологом по мере необходимости с последующей коррекцией проводимой терапии (назначение глюкокортикоидов per os или внутрисуставно, увеличение дозы или замена базисного препарата, проведение одной из программ интенсификации лечения и др.).

В процессе наблюдения каждые 12 месяцев на диспансерного больного заполняется этапный эпикриз, где отражаются следующие данные:

• диагноз больного;

• клинико-рентгенологическая динамика заболевания, число обострений за прошедший год и количество дней нетрудоспособности;

• проводимая медикаментозная терапия и ее эффективность;

• санаторно-курортное лечение.

Вывод об эффективности диспансеризации больных РА формулируется на основании показателей прогрессирования заболевания и результатов лечения.

Врач-специалист обязан знать также конкретные условия трудовой деятельности больных, находящихся на диспансерном учете, и своевременно рекомендовать рациональное трудоустройство. К профилактическим мероприятиям относят и рекомендации по направлению наблюдаемых больных на санаторно-курортное лечение (при отсутствии противопоказаний).

**ГЛАВА II. МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**В данной работе использовались следующие методы исследования:**

* Аналитический – изучение литературных источников по теме работы.
* Метод математической статистики, анализ заболеваемости за 2014-2018 гг.
* Выкопировка сведений из амбулаторных карт пациентов.
* Интервью со специалистом.

**Наше исследование проводилось на базе:**

1. Федеральная служба государственной статистики – Росстат.
2. Медицинский информационно-аналитический центр.
3. ГАУЗ «Городская больница № 5»
4. ГАУЗ «Городская поликлиника № 5».

****

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

**Анализ статистических данных на базе МИАЦ г. Набережные Челны за период 2016 – 2018 гг.**

**Распространенность ревматоидного артрита среди населения**

**Таблицы 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Год | Численность населения | Количество случаев | На 1000 населения, ‰ |
| 2016 | 526750 | 1761 | 3,3 |
| 2017 | 529797 | **1851** | **3,5** |
| 2018 | 532483 | 1732 | 3,2 |

**Диаграмма 1**

**ВЫВОД:** Распространенность ревматоидного артрита среди населения г. Набережные Челны довольно стабильна в течение последних трех лет, мы предполагаем, что данный факт может быть связан с эффектом накопления хронического процесса.

**Распространенность ревматоидного артрита среди взрослого населения**

**Таблица 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Год | Взрослое население г.Наб. Челны | Из них количество случаев с РА | |
| **Кол-во** | **‰** |
| 2016 | 414 692 | 1615 | 3,9 |
| 2017 | 414 111 | 1693 | 4,1 |
| 2018 | 413 887 | 1597 | 3,9 |

**Диаграмма 2**

**ВЫВОД:** распространённость ревматоидного артрита в г. Набережные Челны за период 2016 – 2018 гг. среди взрослого населения остается на довольно высоком уровне, и составляет в среднем 4 случая на каждую тысячу взрослого населения. Мы считаем, что данный факт зависит от полноты охвата, качества медицинского наблюдения и соответственно степени выявления случаев заболевания среди населения.

**Распространенность ревматоидного артрита среди детского населения**

**Таблица 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Год | Детское население г.Наб. Челны | Из них количество случаев с РА | |
| **Кол-во** | **‰** |
| 2016 | 112058 | 146 | 1,3 |
| 2017 | 115686 | 158 | 1,4 |
| 2018 | 118596 | 135 | 1,1 |

**Диаграмма 3**

**ВЫВОД:** распространённость ревматоидного артрита в г. Набережные Челны за период 2016 – 2018 гг. среди детского населения не высока и довольно стабильна, составляет в среднем 1 случай на каждую тысячу детского населения. Это можно объяснить тем, что улучшилось качество лечения, и повысилась ответственность родителей за здоровье детей.

**Анализ статистических данных на базе ГАУЗ**

**«Городская поликлиника № 5»** **г. Набережные Челны**

**за период 2016 – 2018 гг.**

**Количество заболеваемости ревматоидным артритом среди населения**

**Таблица 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Год | Количество заболеваемости РА | % |
| 2016 | 283 | 32,9 |
| 2017 | 296 | 34,4 |
| 2018 | 282 | 32,8 |
| Итого | 861 | 100 |

**Диаграмма 4**

**ВЫВОД:** наблюдается незначительное снижение заболеваемости в 2018 году по сравнению с 2017 годом, мы думаем, что это связано с уменьшением первичной заболеваемости РА вследствие эффективности проводимых профилактических мероприятий

И так, как видно из таблицы и диаграммы 4, за три года было выявлено 861 случай ревматоидного артрита. Дальнейшее исследование нами проводилось по уточненному диагнозу.

**Распределение заболеваемости ревматоидным артритом по возрасту**

**Таблица 5**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
| **Кол-во** | **%** | **Кол-во** | **%** | **Кол-во** | **%** |
| 18-25 | 53 | 18,7 | 47 | 15,9 | 44 | 15,6 |
| 26-36 | 91 | 32,1 | 98 | 33,1 | 94 | 33,4 |
| 37 и более | 139 | 49,2 | 151 | 51,0 | 144 | 51,0 |
| Итого | 283 | 100 | 296 | 100 | 282 | 100 |

**Диаграмма 5**

**ВЫВОД:** исходя из данной таблицы и диаграммы, мы видим, что наибольший процент заболеваемости приходится на возраст «37 и более». Связано это с тем, что в данном возрасте присутствуют факторы (возраст, условия труда и быта, ослабленный иммунитет, наличие хронических заболеваний) способствующие проявлению и развитию данного заболевания.

**Распределение заболеваемости РА среди взрослого населения по половой принадлежности**

**Таблица 6**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пол | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
| **Количество** | **%** | **Количество** | **%** | **Количество** | **%** |
| Мужской пол | 98 | 34,6 | 101 | 34,1 | 94 | 33,3 |
| Женский пол | 185 | 65,4 | 195 | 65,9 | 188 | 66,7 |
| Итого | 283 | 100 | 296 | 100 | 282 | 100 |

**Диаграмма 6**

**ВЫВОД:** наблюдается преобладание ревматоидного артрита у женского населения г. Набережные Челны почти в 2 раза, что соответствует мировой статистике. Возможная причина такой избирательности – наследование определенных генов, передающихся по материнской линии детям женского пола и особенностями гормонального фона, влияющего на выработку калогена.

**Распределение заболеваемости среди взрослого населения**

**в зависимости от места локализации**

**Таблица 7**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Локализация | 2016г. | | 2017г. | | 2018г. | |
| **Кол-во** | **%** | **Кол-во** | **%** | **Кол-во** | **%** |
| Межфаланговые суставы | 148 | **52,3** | 161 | **54,4** | 146 | **51,8** |
| Тазобедренный сустав | 39 | 13,8 | 40 | 13,5 | 35 | 12,4 |
| Голеностопный сустав | 65 | **23,0** | 72 | **24,3** | 69 | **24,5** |
| Прочие суставы | 31 | 10,9 | 23 | 7,8 | 32 | 11,3 |
| Итого | 283 | 100 | 296 | 100 | 282 | 100 |

**Диаграмма 7**

**ВЫВОД:** наиболее часто ревматоидный артрит поражает межфаланговые и голеностопные суставы, мы думает, что это может быть связано с общим состоянием организма, крепостью иммунитета и спецификой профессии.

**Распределение заболеваемости РА среди взрослого населения**

**в зависимости от сезонности**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сезон | 2016 | | 2017 | | Лето2018 | |
| **Кол-во случаев** | **%** | **Кол-во случаев** | **%** | **Кол-во случаев** | **%** |
| Зима | 53 | 18,7 | 51 | 17,2 | 56 | 19,9 |
| Весна | 89 | 31,2 | 95 | 32,1 | 91 | 32,3 |
| Лето | 47 | 16,7 | 49 | 16,6 | 43 | 15,2 |
| Осень | 94 | 33,3 | 101 | 34,1 | 92 | 32,6 |
| Итого | 283 | 100 | 296 | 100 | 282 | 100 |

**Таблица 8**

**Диаграмма 8**

**ВЫВОД:** из данной диаграммы видно, что ревматоидный артрит чаще встречается в осенне-весенний период. Сезонные обострения и осложнения РА могут спровоцировать перенесенные инфекции (ангина, грипп, гайморит и др.) в период эпидемий, а также в результате переохлаждения

**Количество пациентов, взятых на диспансерный учет с РА среди взрослого населения**

**Таблица 9**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Года | Взято на Д.учет | % |
| 2016 | 21 | 41,2 |
| 2017 | 27 | 53,0 |
| 2018 | 3 | 5,9 |
| Итого | 51 | 100 |

**Диаграмма 9**

**ВЫВОД:** из данной таблицы и диаграммы видно, что доля взрослого населения, взятого на диспансерный учет значительно снизилась (с **53,0%** до **5,9%**), наиболее вероятной причиной является погрешности диагностики РА и изменения критериев учета заболеваемости.

**Количество пациентов, снятых с диспансерного учета с РА среди взрослого населения**

**Таблица 10**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Года | Количество снятых с Д.учета | % |
| 2016 | 14 | 45,2 |
| 2017 | 17 | 54,8 |
| 2018 | 0 | 0 |
| Итого | 31 | 100 |

**Диаграмма 10**

**ВЫВОД:** в 2018 году с диспансерного наблюдения не было снято ни одного пациента, мы можем связать это с тем, что за прошедший год не наблюдалось улучшения состояния, ведь основанием для снятия с диспансерного наблюдения являются достижение стойкой компенсации физиологических функций, ремиссии хронического заболевания, а также устранения факторов риска, это может говорить о том, что пациентами не в полном объеме соблюдаются рекомендации.

**Анализ статистических данных на базе ГАУЗ «Городская больница № 5» г. Набережные Челны за период 2016 – 2018 гг.**

**Количество пациентов, выписанных после стационарного лечения**

**Таблицы 11**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Год | Выписано пациентов | % |
| 2016 | 369 | 38,3 |
| 2017 | 321 | 33,3 |
| 2018 | 274 | 28,4 |
| Итого | 964 | 100 |

**Диаграмма 11**

**ВЫВОД:** наблюдается уменьшение количества пациентов, нуждающихся в стационарном лечении, мы думаем, что это связано с назначением необходимого курса лекарственных препаратов в амбулаторных условиях, что позволяет поддерживать пациентов в стадии ремиссии.

Дальнейшее исследование проводилось исходя из полученных данных.

**Распределение пациентов с РА в зависимости от вида госпитализации**

**Таблицы 12**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2016 | % | 2017 | % | 2018 | % |
| По экстренным показаниям | 14 | 3,8 | 21 | 6,5 | 54 | 19,7 |
| В плановом порядке | 355 | 96,2 | 300 | 93,5 | 220 | 80,3 |
| Итого | 369 | 100 | 321 | 100 | 274 | 100 |

**Диаграмма 12**

**ВЫВОД:** вид госпитализации при РА практически всегда плановый так, как данное заболевание является хроническим и протекает в виде ремиссий и обострений.

**Анализ заболеваемости ревматоидным артритом по возрасту**

**Таблица 13**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
| **Кол-во** | **%** | **Кол-во** | **%** | **Кол-во** | **%** |
| 18-25 | 76 | 20,6 | 71 | 22,1 | 69 | 25,2 |
| 26-36 | 112 | 30,3 | 103 | 32,1 | 98 | 35,8 |
| 37 и более | 181 | 49,1 | 147 | 45,8 | 107 | 39,0 |
| Итого | 369 | 100 | 321 | 100 | 274 | 100 |

**Диаграмма 13**

**ВЫВОД:** исходя из данной таблицы и диаграммы, мы видим, что наибольший процент заболеваемости приходится на возраст «37 и более», что совпадает со статистическими данными ГП№5.

**Анализ заболеваемости РА по половой принадлежности**

**Таблица 14**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пол | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
| **Количество** | **%** | **Количество** | **%** | **Количество** | **%** |
| Мужской пол | 136 | 36,9 | 121 | 37,7 | 99 | 36,1 |
| Женский пол | 233 | 63,1 | 200 | 62,3 | 175 | 63,9 |
| Итого | 369 | 100 | 321 | 100 | 274 | 100 |

**Диаграмма 14**

**ВЫВОД:** наблюдается преобладание ревматоидного артрита у женского населения г. Набережные Челны. Эти данные совпадают со статистическими данными ГП№5.

**Распределение заболеваемости РА в зависимости от места локализации**

**Таблица 15**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Локализация | 2016г. | | 2017г. | | 2018г. | |
| **Кол-во** | **%** | **Кол-во** | **%** | **Кол-во** | **%** |
| Межфаланговые суставы | 188 | 50,9 | 132 | 41,2 | 102 | 37,2 |
| Тазобедренный сустав | 58 | 15,7 | 61 | 19,0 | 49 | 17,9 |
| Голеностопный сустав | 72 | 19,6 | 81 | 25,2 | 71 | 25,9 |
| Прочие суставы | 51 | 13,8 | 47 | 14,6 | 52 | 19,0 |
| Итого | 369 | 100 | 321 | 100 | 274 | 100 |

**Диаграмма 15**

**ВЫВОД:** в стационар для прохождения лечения чаще обращаются пациенты с поражением межфаланговых суставов, голеностопных и тазобедренных суставов, мы думаем, что это может быть связано с тяжестью клинических проявлений, нарушением трудоспособности.

**Средняя длительность пребывания пациентов на койке в стационаре**

**(в днях)**

**Таблица 16**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2016 | 2017 | 2018 |
| Проведено пациентами койко-дней | 3940 | 3176 | 2638 |
| Всего пациентов | 369 | 321 | 274 |
| Среднее количество койко-дней | 10,7 | 9,9 | 9,6 |

**Диаграмма 16**

**ВЫВОД:** из таблицы видно, что в период с 2016 по 2018 года длительность пребывания пациентов в стационаре снижается (**с 10,7 до 9,6 койко-дней**). Это можно объяснить оптимизацией в здравоохранении в целом и сокращением койко-дней для каждой нозологии, в частности.

**Интервью**

- **С какими формами ревматоидного артрита чаще обращаются?**

- Обычно серопозитивный ревматоидный артрит, бывает и серонегативный. Так же встречаются такие формы, как ювенильный ревматоидный артрит. Особого значения этому не придаем, выставляется единый диагноз Ревматоидный Артрит.

- **Отличатся ли принципы лечения в зависимости от формы?**

- От формы принципы лечения не отличатся.

- **Как сейчас лечится Ревматоидный артрит?**

- Для снятия симптомов воспаления применяются нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды для быстрого снятия болевого синдрома и воспаления, и базисные препараты. К ним относятся:

* Метотрексат, появилась инъекционная форма Методжект по 10-15-20 мг;
* Арава (лефлуномид) по 20мг 1 раз в день;
* Сульфасалазин по 500мг

Раньше применялись препараты золота, но на данный момент они себя изжили. И появились новые генноинженерные препараты.

- **Применяются ли генноинженерные препараты в вашей практике?**

- Они назначаются по решению главного ревматолога Республики Татарстан Якуповой Светланы Петровны, иногда назначаются через Москву, институтом ревматологии для них делается специальная заявка, но таких пациентов очень мало. Назначаются такие препараты, как Ремикейд, Мабтера (ретуксимаб).

**- Всем ли назначаются данные препараты?**

-Нет, для назначения данных препаратов существует ряд критериев. Такие как:

* Тяжелое течение болезни;
* Молодой возраст;
* Не эффективность базисной терапии;
* Непереносимость базисной терапии.

**- Чем страшен ревматоидный артрит?**

- Ревматоидный артрит приводит к деструкции сустава, и как следствие – протезирование, пациенты переводятся на инвалидность, страдает качество жизни. Сердечно-сосудистые осложнения у них чаще проявляются, увеличивается смертность по сравнению со здоровой популяцией.

**- Какой процент с ревматоидным артритом в последствии получают инвалидность, какую группу?**

- Сложно сказать какой процент. Кто лечится постоянно, без нарушений режима, обходятся без инвалидности, но не всегда. Обычно, ревматоидный артрит приводит к 3 группе инвалидности, при тяжелом течении болезни ко второй группе.

**- Какая возрастная категория чаще встречается с проявлениями, характерными для ревматоидного артрита?**

- Обычно это люди в возрасте 40-50 лет, однако ревматоидный артрит встречается и в молодом возрасте, и у пожилых часто встречается, то есть данному заболеванию подвержены все возрастные категории.

**- Сколько раз в год пациент должен проходить лечение, чтобы избежать рецидива?**

- Пациенты должны проходить лечение постоянно базисными препаратами. Генно-инженерные препараты назначаются на некоторое время, обычно это два года.

**- Какие суставы чаще поражаются?**

- Ревматоидный артрит чаще поражает мелкие суставы кисти рук и стоп. Бывает дебют заболевания и с коленных суставов, и с локтевых.

**ВЫВОДЫ**

1. Численность населения нашего города постепенно увеличивается, но распространенность РА за 2018 год немного снизилась с **3,5 ‰** до **3,2 ‰**, за 2017 год.
2. Численность взрослого населения города снижается, так же снижается распространенность ревматоидного артрита за 3 года на **0,2‰.**
3. Заболеваемость ревматоидным артритом среди детского населения снизилась на **0, 3 ‰.** Это можно объяснить тем, что улучшилось качество лечения, и повысилась ответственность родителей за здоровье детей.
4. Рост заболеваемости ревматоидным артритом приходиться на 2017 год. В 2018 году произошло снижение заболеваемости с **34,3%** до **32,8**, что соответствует данным полученным с МИАЦ.
5. Наибольший процент (**51,0%**) заболеваемости приходится на возраст «37 и более». Связано это с тем, что в данном возрасте присутствуют факторы (возраст, условия труда и быта, ослабленный иммунитет, наличие хронических заболеваний) способствующие проявлению и развитию данного заболевания.
6. Наблюдается преобладание ревматоидного артрита у женского населения г. Набережные Челны почти в 2 раза, что соответствует мировой статистике. Возможная причина такой избирательности – наследование определенных генов, передающихся по материнской линии детям женского пола и особенностями гормонального фона, влияющего на выработку калогена..
7. Верхние и нижние конечности поражаются чаще, это связанно с тем, что ревматоидный артрит в первую очередь поражает мелкие суставы и является симметричным заболеванием. По мере прогрессирования, РА распространяется на крупные суставы.
8. Ревматоидный артрит чаще встречается в осенне-весенний период. Сезонные обострения и осложнения РА могут спровоцировать перенесенные инфекции (ангина, грипп, гайморит и др.) в период эпидемий, а так же в результате переохлаждения.
9. Доля взрослого населения, взятого на диспансерный учет значительно снизилась (с **53,0%** до **5,9%**). Это говорит о том, что вовремя назначенная и адекватно подобранная терапия дает положительные результаты.
10. Снято с диспансерного учета практически половина. Это говорит о том, что вовремя назначенная и адекватно подобранная терапия дает положительные результаты.
11. Тенденция к снижению количества пациентов с уточненным диагнозом РА, что соответствует предыдущим выводам.
12. Вид госпитализации при РА практически всегда плановый так, как данное заболевание является хроническим.
13. Наибольший процент заболеваемости приходится на возраст «37 и более». Связано это с тем, что в данном возрасте присутствуют факторы (возраст, условия труда и быта, ослабленный иммунитет, наличие хронических заболеваний) способствующие проявлению и развитию данного заболевания.
14. Наблюдается преобладание ревматоидного артрита у женского населения г. Набережные Челны. По мировой статистика на 2-3 женщины приходиться 1 мужчина с данным заболеванием.
15. Верхние и нижние конечности поражаются чаще, это связанно с тем, что РА является симметричным заболеванием, который поражает мелкие суставы. Так же мы видим, что есть тенденция к снижению заболеваемости ревматоидным артритом среди населения г. Набережные Челны
16. В период с 2016 по 2018 года длительность пребывания пациентов в стационаре снижается (**с 10,7 до 9,6 койко-дней**). Это можно объяснить оптимизацией в здравоохранении в целом и сокращением койко-дней для каждой назологии в частности

**РЕКОМЕНДАЦИИ**

**Профилактика ревматоидного артрита**

Профилактика артрита и артроза особенно важна для тех, кто входят в группу риска по своему образу жизни, своей работе, питанию. А также тех людей, которые уже страдали от этого недуга и не хотят повторения событий.

Профилактика артрита суставов заключается в таких мероприятиях:

* Минимизация, а лучше полное исключение переохлаждения суставов.
* Ношение удобной обуви, если есть предрасположенность к этим недугам, лучше применение ортопедической обуви или стелек. Высокие каблуки лучше исключить.
* Все медики говорят о том, что в сидячем положении нельзя скрещивать ноги. И это правильно. Скрещивание ведет к застою крови и неподвижности суставов.
* Излишний вес также может приводить к воспалению суставов. Необходимо следить за ним.
* Профилактика артрита заключается в здоровом режиме дня: сон, отдых, работа - все должно быть в меру.
* Правильное питание. Как можно больше продуктов, содержащих витамины группы «В». Известно, что этот витамин невозможно накопить «про запас», попадая в организм, он сразу начинает расходоваться. Больше пищи, содержащей клетчатку. А так же людям, имеющим предрасположение к этим болезням нужно больше кушать жирной рыбы (треска, иваси, форель).
* Пить больше воды, простой чистой воды. Минимум три литра в сутки. Зачастую болезни вызваны недостатком жидкости в организме (это и соли, и воспаления, и тромбозы). Вода – это жизнь!
* Умеренные физические нагрузки. Для людей, ведущих сидячий и малоподвижный образ жизни – гимнастика, которую должен подобрать специалист.
* И последнее правило – все болезни от нервов. Поэтому необходимо минимизировать стрессы.
* воздействие на воспалительный процесс и суставной синдром, которые ограничивают двигательную активность;
* предупреждение развития функциональной недостаточности суставов, деформаций и их прогрессирования;
* сохранение объема повседневной бытовой деятельности, способности к самообслуживанию и профессиональному труду;
* воздействие на психологические нарушения;
* поддержание пациента как активной социальной личности

Больному ревматоидным артритом необходимо обучиться специальным положениям конечности, наиболее выгодным для сохранения функции самообслуживания. Особое внимание нужно обратить на суставы кисти и пальцев. Из-за воспаления суставные поверхности теряют свою первоначальную форму и вид, могут возникать эрозии. Окружающие сустав ткани – капсула, сухожилия и связки – также поражаются воспалительным процессом и не могут больше удерживать сустав в правильном положении. Сустав становится нестабильным, возникают неправильные положения. Ости и улучшение качества жизни.

Полный отказ от какой-либо деятельности вызывает атрофию мышц, что, в свою очередь, способствует нестабильности суставов. Используйте большие суставы, чтобы снизить нагрузку на мелкие суставы. Плечевые и локтевые суставы сильнее, и их использование защитит суставы пальцев. Крупные мышцы, окружающие большие суставы, лучше переносят нагрузку. Следует избегать занятий, которые невозможно 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. Следует избегать опоры всем телом на руку в кулаке или на искривленные пальцы рук

Избегайте сильного напряженного захвата, так как такое положение прибавляет давление на мелкие суставы пальцев. Следует также избегать захвата предметов большим пальцем и кончиками пальцев («хват пинцетом»). Сила, которая прикладывается к верхушке указательного пальца и большого пальца при так называемом хвате пинцетом, является важнейшей деформирующей силой для основных суставов пальца в воспаленном состоянии. Максимально уменьшите нагрузку на концевые фаланги (не давать большие силовые нагрузки на подушечки пальцев). Например, при поднятии тарелки и другой посуды держите ее не большим и указательным пальцами (рис. 6), а между двумя ладонями (рис. 7). Так же, открытыми ладонями, держите книгу, если нет подставки для книги.

При поражении плечевого пояса необходимо избегать нагрузки на плечевой пояс при всех движениях, особенно при отведении плеча, и резких движений в плечевом суставе. Соблюдайте правильную осанку: расправленные плечи, спина выпрямлена, углы лопаток максимально соединены (сколько может пациент). Спать необходимо на невысокой плоской подушке. Нельзя приводить голову в сторону больного плеча во время сна, лучше отвести голову в противоположную сторону с поворотом на 15–20°. Нельзя давать большую нагрузку на плечевой сустав и позвоночник, необходимо избегать резких движений рукой, головой. Не нужно делать резких наклонов туловища. Необходимо избегать фиксированных поз, длительного пребывания в одном положении (стоя или сидя), 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. От коротких пауз, которые включают физическую активность (например, ходьба или выпрямление тела и рук), больше пользы, чем от пассивного отдыха. Сохраняйте правильное удобное положение. При этом уравновешивается тяжесть головы и конечностей так, что сила гравитации помогает сохранять корректное положение суставов. При сохранении неправильного положения используется больше энергии, так как мышцы должны работать против сил гравитации. Опущенные плечи, согнутая вперед шея или спина вызывают мышечное напряжение, а, это взять выделенное в запятые – боль и усталость.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Бортная Т. Ревматология. – М.: Эксмо, 2016.
2. Мазуров В.И., Болезни суставов, 2015.
3. Муравьев Ю.В. «О классификации ревматоидного артрита», 2015.
4. Насонов Е.Л., Ревматология, 2018.
5. Реуцкий И.А., Маринин В.Ф., глотов А.В. «Диагностика ревматологических заболеваний», 2016.
6. Хаким А. Справочник по ревматологии – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018.
7. <https://www.polismed.com/articles-revmatoidnyjj-artrit-prichiny-simptomy-sovremennaja-diagnostika-i-ehffektivnoe-lechenie.html>
8. <http://www.eurolab.ua/anatomy/167/>
9. <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/rheumatoid-arthritis>
10. Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические заболевания у взрослого населения в федеральных округах России. *Научно-практическая ревматология*. 2016;52(1):5-7.
11. *Ревматология: национальное руководство*. Под ред. Насонова Е.Л., Насоновой В.А. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
12. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TWJ. Rheumatoidarthritis. *Lancet*. 2016; 376:1094-1108.
13. Насонов Е.Л. Применение тоцилизумаба (Актемры) при ревматоидном артрите. *Человек и Лекарство — Казахстан*. 2017;12(8):146-147.
14. Насонов Е.Л. Лечение ревматоидного артрита 2017: место метотрексата. *Научно-практическаяревматология*. 2012;51 (приложение):1-24.
15. Lerisalo-Repo M. What is the best treatment strategy for early RA? *BestPracResClinRheumatol*. 2018;27(4):523-536. doi: 10.10.1016/j.berh.2013.10.002.
16. Черных Т.М., Барышникова И.А. Особенности течения ревматоидного артрита у лиц трудоспособного возраста. *Научно-практическая ревматология*. 2017; 6:35-38.
17. Первый Евразийский конгресс ревматологов. Евразийские ревматологи отныне вместе. *Человек и лекарство — Казахстан*. 2015;12(8):163-164.
18. Тогизбаев Г.А. Наша программа действий — ключевые приоритеты Послания Президента. *Человек и лекарство — Казахстан*. 2018;17(1):164-166.
19. Клинические рекомендации. Ревматология/ под. ред. Е. Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 288 с.
20. Насонов Е. Л., Каратеев Д. Е., Чичасова Н. В., Чемерис Н. А. Современные стандарты фармакотерапии ревматоидного артрита// Клиническая фармакология и терапия. 2015. Т. 14. № 1. С. 72–75.
21. Балабанова Р. М., Каратеев Д. Е., Кашеваров Р. Ю., Лучихина Е. Л. Лефлуномид (Арава) при раннем ревматоидном артрите// Научно-практическая ревматология. 2015. № 5. С. 31–34.
22. Smolen et al. Therapeutic strategies in early rheumatoid arthritis //Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2015; 19; 1: 163–177.
23. Breeveld F. C., Emery P., Keystone E. et al. Infliximab in active early rheumatoid arthritis// Ann Rheum Dis 2014; 63: 149–155.
24. Quinn M. A., Conaghan P. G., O’Connor P. J. et al. Very early treatment with infliximab in addition to methotrexate in early, poor-prognosis rheumatoid arthritis reduces magnetic resonance imaging evidence of synovitis and damage, with sustained benefit after infliximab withdrawal: results from a twelve-month randomized, double-blind, placebo-controlled trial// Arthritis Rheum. 2015; 52; 1: 27–35.