

УДК 616.72-002.772

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА
В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИИ ПРИАРАЛЬЯ**

**CHARACTERISTICS OF THE COURSE
OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN CONDITIONS OF ARAL REGION**

©Нурполатова С. Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
г. Нукус, Узбекистан, nukus1967@mail.ru

©Nurpolatova S.

Tashkent Pediatric Medical Institute
Nukus, Uzbekistan, nukus1967@mail.ru

Аннотация. В статье представлены результаты анализа комплексного обследования клинического течения ревматоидного артрита у населения в экологических условиях Южного Приаралья. Исследования проводились в ревмо–кардиологическом отделении Республиканского многопрофильного центра им. Халмуратова. Возраст больных старше 25 лет, из них женщины — 23, мужчины — 8. Проведены изучение анамнеза заболевания, клинические рентгенологические особенности, а также изучены сопутствующее заболевания. Проведенные исследование показали, что особенностями клинического течения ревматоидного артрита на современном этапе является преобладание поражения суставов кистей, лучезапястного и коленного сустава, у большинства больных преобладает суставная форма болезни, у многих больных утрачена способность к самообслуживанию.

Abstract. Results of complex observation analysis of clinical course rheumatoid arthritis in population in ecological conditions of South Aral region have been presented in the article

Research works have been carried out at the rheumo–cardiological department of Khalmuratov Republic multisectoral center. The patient's age is over 25, the women — 23, the men — 8. Studying of anamnesis of disease, clinical roentgenological characteristics has been carried out, accompanying diseases also have been studied. The research work showed that features of clinical course of rheumatoid arthritis at the modern stage are prevalence of impairing joints of hands, raycarpal and knee joints, articular forms of disease prevail over most patients, a lot of patients have lost ability to self–service.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, суставы кистей, особенности течения, экологические условия, С реактивный белок.

Keywords: rheumatoid arthritis, joints, features of the course, ecological conditions, reactive protein.

Актуальность. Ревматоидный артрит частое хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением суставов распространенность которого в популяции составляет от 0,8% до 1,0%. Согласно по официальной статистике в Российской Федерации в 2002 году зарегистрировано 280.000 пациентов, страдающих достоверным ревматоидным артритом (260 тыс. взрослых и 20 тыс. взрослых и детей), из которых более 26 тыс. впервые заболевших. В настоящее время изучение ревматоидного артрита приобретает общемедицинское значение, так как способствует пониманию сущности фундаментальных механизмов развития патологии и совершенствования фармакотерапии других распространенных заболеваний человека (атеросклероз, сахарный диабет типа II, остеопороз

и др.), которые патогенетически связаны с хроническим воспалением [1]. Данное заболевание имеет большое социальное значение вследствие его широкого распространения. Ревматоидный артрит составляет около 10% от общего числа ревматических болезней, а ежегодная частота возникновения новых случаев заболевания составляет около 0,02%. Согласно данным ВОЗ, частота встречаемости ревматоидного артрита в популяции колеблется от 0,6 до 1,3%, при этом у близких родственников она достигает 3–5%. Женщины болеют значительно по сравнению с мужчинами [2]. По данным Каратеева и соавторами., с момента появления первых симптомов заболевания до визита к ревматологу в Москве проходит около 4 месяца [3]. В Великобритании больные ревматоидным артритом направляются к ревматологу в среднем также через 4 месяца и обычно получают первый базисный противовоспалительный препарат через 8 месяц после начала болезни [4]. В тоже время по мнению экспертов EULAR, больной должен попадать на прием к ревматологу в первые 6 недели после начала ревматоидного артрита. Наиболее типичным, но далеко не универсальным вариантом начала болезни является симметричный артрит с поражением суставов кистей и стоп. Ревматоидный артрит может начинаться и с выраженных общих проявлений, таких как утомляемость, лихорадка, похудание, которые в ряде случаев на несколько недель или месяцев опережают появление классических признаков воспаления суставов [5]. Иногда заболевание начинается как палиндромный ревматизм с рецидивирующими эпизодами острого синовита, которые возникают внезапно, стихают через 1–2 дня и обычно ограничиваются вовлечением одного сустава. Лишь у 50% из этих больных в последующем развивается типичная картина ревматоидного артрита [6]. В настоящее время диагноз ревматоидный артрит может считаться достоверным в тех случаях, когда он соответствует классификационным критериям Американской коллегии ревматологов (АКР) 1987, которые требуют наличие как минимум 4 из характерных признаков заболевания. Однако на ранней стадии характерная картина зачастую не успевает сформироваться и у многих пациентов не удается выявить достаточное количество признаков. Р. Emery и соавт. предположили упрощенный набор признаков: наличие трех и более припухших суставов, положительный симптом сжатие кистей или стоп, наличие утренней скованности в течение как минимум как 30 минут [7]. Присутствие этих признаков позволяет с большой долей вероятности предположить, что у больного имеется ревматоидный артрит, и авторы считают, что в этих случаях пациентов нужно направлять на прием к ревматологу. При этом они подчеркивают, что наличие таких характерных признаков, как ревматоидный фактор, повышение острых фазовых показателей и эрозий на рентгенограммах, позволяет выделить пациентов с более тяжелым течением заболевания. При хронизации процесса, персистировании воспаления в процесс вовлекаются внутренние органы, заболевание приобретает системный характер, при этом возрастает риск сопутствующей патологии возникает атеросклеротическое поражение сосудов с развитием кардиоваскулярной патологии (инфаркт миокарда, инсульт), повышается частота интеркуррентных инфекции, остеопоротических переломов костей. Все эти факторы влияют на продолжительность жизни пациентов, которая по данным ряда авторов укорочена в среднем на 10 лет [8]. По влиянию на функциональную способность пациентов, тяжесть прогноза и уровень продолжительности жизни, стоимость лечения заболевания сопоставимо с такими urgentными болезнями, как лимфогранулематоз, инсулин зависимый сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца с поражение 3 коронарных артерий [9].

Цель исследования: Изучение современных особенностей клинического течения ревматоидного артрита.

Материалы и методы исследования

Проведены анализы истории болезни с ревматоидным артритом находившихся на стационарном лечении в ревмо–кардиологическом отделении Республиканского

многопрофильного центра им. Халмуратова. Возраст больных старше 25 лет, из них женщины — 23, мужчины — 8. При проведении работы нами использовались общепринятые клиничко–лабораторно–инструментальные методы исследования.

Результаты и их обсуждение

Проанализированы данные комплексного обследования указанных больных. При изучении анамнеза, причины заболеваний 19 больных связывает с простудой, а 12 больных ни с чем не связывает. По данным авторов наибольший удельный вес среди факторов, спровоцировавших развитие ревматоидного артрита, имели инфекции психоэмоциональное напряжение — 84,70%. Суставная форма ревматоидного артрита наблюдалась у 84, 70%, а системными проявлениями у 8,16%, а сочетании с остеоартрозом — у 7,14%. Серопозитивный вариант ревматоидного артрита определялся у 70,41% больных [10]. Изучали клинические проявления суставного синдрома. Суставной синдром характеризовался поражением суставов кистей — у 16 (51,6%) больных, поражение лучезапястного сустава у 6 (19,3%) больных, поражение суставов плеча у 2 (6,4%) больных, 7 (22,5%) больных поражение коленного сустава, атрофия мышц thenar hypothenar и бархатная ладонь у 2 (6,4%) больных. Следует отметить у большинства больных преобладали поражение суставов кистей и лучезапястного и коленного сустава. По форме у 13 (41,9%) больных выявлена суставно–висцеральная форма, у 18 (58%) больных выявлена суставная форма. При рентгенологическом исследовании выявили III-стадия у 11 (35,4%) больных, II-стадия у 9 (29) больных, I-стадия у 7 (22,5%) больной, 0-стадия у 4 (12,9%) больных. У 14 (45,1%) больных функциональная способность суставов III, II — у 10 (32,2%) больных, I — у 5 (16,1%), 0-стадия — у 2 (6,4%) больных. Клиника ревматоидного артрита в Минской области изучена Я. Е. Викторовой (2002) автором было показано, первая степень активности воспалительного процесса была у 20,41% больных, II-степень — у 61,22% и III-степень — у 18,37%. Рентгенологические изменения в суставах соответствовали I стадии в 14,29%, II — в 43,88%, III — 31,63%, IV — 10,20%. Функциональная недостаточность суставов была сохранена у 2,04% пациентов, I степень нарушений наблюдалась у 36,74%, II — 54,08% и III — у 7,14%. Инвалидами II группы было признано 24,49% больных и III группы 34,69%. Сопутствующая патология была выявлена у 51,02% пациентов [11]. По лабораторным данным анемия тяжелой степени у 9 (29%) больных, средне тяжелой степени у 16 (51,6%) больных, анемия легкой степени у 6 (19,3%) больных, в анализе крови СОЭ — у 9(29%) больных в норме, повышение СОЭ 20–25 мм. в час у 10 (32,2%) больных. повышение СОЭ до 34–36 мм в. ч у 12 (38,7%) больных. С реактивный белок отрицательный у 8 (25,8%) больных, резко положительный у 18 (58%) больных, положительный у 3 (9,6%) больных, слабо положительный у 2 (6,4%) больных. У некоторых больных кроме основного заболевания выявлены сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит у 2 (6,4%) больных, гипертоническая болезнь II, артериальная гипертензия II у 1 (3,2%) больного, ишемическая болезнь сердца. Хроническая сердечная недостаточность II А. ФК III у 2 (6,4%) больных.

Таким образом, результаты исследования показали, что особенностями клинического течения ревматоидного артрита на современном этапе является преобладание поражение суставов кистей, лучезапястного и коленного сустава, у большинства больных преобладает суставная форма болезни, у многих больных утрачена способность к самообслуживанию, выявлена признаки острого воспаления (анемия, увеличение СОЭ, положительный С реактивный белок). Поэтому внедрение новых методов ранней диагностики ревматоидного артрита позволят предупредить тяжелые последствия заболевания, улучшить качество жизни пациентов.

Список литературы:

1. Насонов Е. Л. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема // Терапевтический архив. 2004. Т. 76. №5. С. 5–7.
2. Амирджанова В. Н. Ревматоидный артрит и качество жизни больных: методология исследований, валидации инструментов, оценка эффективности терапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008. 50 с.
3. Каратеев Д. Е., Лучихина Е. Л., Тюрина Л. Н., Чемерис Н. А., Погожева Е. Ю., Лукина Г. В., Потанин А. Ю., Шостак Н. А., Коган К. М., Демидова Н. В., Касумова К. А., Позднякова Е. С., Федоренко Е. В., Александрова Е. Н., Новиков А. А., Смирнов А. В., Насонов Е. Л. Возможности ранней диагностики ревматоидного артрита в клинической практике на современном этапе (результаты наблюдений за московской когортой больных ранним артритом в рамках программы Радикал) // Терапевтический архив. 2008. Т. 80. №5. С. 8–13.
4. Kiely P., Williams R., Walsh D. et al. Early Rheumatoid Arthritis Network. Contemporary patterns of care and disease activity outcome in early rheumatoid arthritis: the ERAN cohort // *Rheumatology (Oxford)*. 2009. V. 48. №1. P. 57–60.
5. Stanich J. A., Carter J. D., Whittum Hudson J. et al. Rheumatoid arthritis: disease or syndrome? // *Rheumatology Research and Reviews*. 2009. №1. P. 179–92.
6. Guerne P. A., Weisman M. H. Palindromic rheumatism: part of or apart from the spectrum of rheumatoid arthritis // *Am. J. Med. Review*. 1992. V. 93. №4. P. 51–60.
7. Emery P., Breedveld F. C., Dougados M. et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide // *Ann. Rheum. Dis. Review*. 2002. V. 61. №4. P. 290.
8. Turesson C., McClelland R., Christianson T. et al. Multiple extra-articular manifestations are associated with poor survival in patients with rheumatoid arthritis // *Ann. Rheum. Dis. Review*. 2006. V. 65. P. 1533–1534.
9. Pincus T. Long term outcomes in rheumatoid arthritis // *Br. J. Rheum.* 1995. V. 34. №2. P. 59–73.
10. Яковлева Е. В. Взаимосвязь вегетативных, эмоциональных, соматических нарушений при ревматоидном артрите и возможности их коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Минск, 2002, 21 с.

References:

1. Nasonov, E. L. (2004). Revmatoidnyi artrit kak obshchemeditsinskaya problema (Rheumatoid arthritis as a general medicine problem). *Terapevticheskii arkhiv*, 76, (5), 5–7. (In Russian).
2. Amirdzhanova, V. N. (2008). Revmatoidnyi artrit i kachestvo zhizni bol'nykh: metodologiya issledovaniy, validatsii instrumentov, otsenka effektivnosti terapii (Rheumatoid arthritis and quality of patients' life: methodology of research work, validation of instruments, assessment of therapy effectiveness): avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Moscow, 50. (In Russian).
3. Karateev, D. E., Luchikhina, E. L., Tyurina, L. N., Chemeris, N. A., Pogozheva, E. Yu., Lukina, G. V., Potanin, A. Yu., Shostak, N. A., Kogan, K. M., Demidova, N. V., Kasumova, K. A., Pozdnyakova, E. S., Fedorenko, E. V., Aleksandrova, E. N., Novikov, A. A., Smirnov, A. V., & Nasonov, E. L. (2008). Vozmozhnosti rannei diagnostiki revmatoidnogo artrita v klinicheskoi praktike na sovremennom etape (rezultaty nablyudeniya za moskovskoi kogortoi bolnykh rannim artritom v ramkakh programmy Radikal) (Facilities of early diagnostics of rheumatoid arthritis in the clinical practice at the modern stage). *Terapevticheskii arkhiv*, 80, (5), 8–13. (In Russian).
4. Kiely, P., Williams, R., Walsh, D., & al. (2009). Early Rheumatoid Arthritis Network. Contemporary patterns of care and disease activity outcome in early rheumatoid arthritis: the ERAN cohort. *Rheumatology (Oxford)*, 48, (1), 57–60.

5. Stanich, J. A., Carter, J. D., Whittum Hudson, J., & al. (2009). Rheumatoid arthritis: disease or syndrome? *Rheumatology Research and Reviews*, (1), 179–92.
6. Guerne, P. A., & Weisman, M. H. (1992). Palindromic rheumatism: part of or apart from the spectrum of rheumatoid arthritis. *Am. J. Med. Review*, 93, (4), 51–60.
7. Emery, P., Breedveld, F. C., Dougados, M., & al. (2002). Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann. Rheum. Dis. Review*, 61, (4), 290.
8. Turesson, C., McClelland, R., Christianson, T., & al. (2006). Multiple extra-articular manifestations are associated with poor survival in patients with rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis. Review*, 65, 1533–1534.
9. Pincus, T. (1995). Long term outcomes in rheumatoid arthritis. *Br. J. Rheum.*, 34, (2), 59–73.
10. Yakovleva, E. V. (2002). Vzaimosvyaz vegetativnykh, emotsionalnykh, somaticheskikh narushenii pri revmatoidnom artrite i vozmozhnosti ikh korrektsii (Interrelation of vegetative, emotional, somatic disturbances in rheumatoid arthritis and facilities of their correction): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Minsk, 21. (In Russian).

Работа поступила
в редакцию 24.02.2017 г.

Принята к публикации
28.02.2017 г.

Ссылка для цитирования:

Нурполатова С. Т. Особенности течения ревматоидного артрита в условиях экологии Приаралья // Бюллетень науки и практики. Электрон. журн. 2017. №3 (16). С. 123–127. Режим доступа: <http://www.bulletennauki.com/nurpolatova> (дата обращения 15.03.2017).

Cite as (APA):

Nurpolatova, S. (2017). Characteristics of the course of rheumatoid arthritis in conditions of Aral region. *Bulletin of Science and Practice*, (3), 123–127. Available at: <http://www.bulletennauki.com/nurpolatova>, accessed 15.03.2017. (In Russian).