

Кодирова Ш.С.,
Тиллаева Ш.Ш.,
Саидова М.М.,
Рахматова Д.Б.

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, НАЧАВШЕГОСЯ
В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Проблема изучения ревматоидного артрита (РА), начавшегося в пожилом возрасте, остается одной из актуальных тем в ревматологии.

Значительная распространенность РА, преимущественно среди трудоспособной возрастной группы населения, склонность к хроническому и прогрессирующему течению, высокая частота утраты профессиональной трудоспособности больных, нерешенность вопросов этиологии и патогенеза, трудность лечения определяют целесообразность дальнейшего его изучения.

В последнее время отмечено увеличение частоты заболеваемости РА в группе лиц пожилого возраста. Если среди лиц в возрасте моложе 35 лет распространенность РА составляет 0,38%, то среди лиц в возрасте 55 лет и старше—1,4% социальная значимость РА определяется не только его широкой распространенностью, но, прежде всего тем, что он быстро приводит к инвалидизации больных с вытекающими отсюда последствиями: изменение качества жизни и большой материальный ущерб, причиняемый как самому больному, так и обществу. Если в возрасте 35-50 лет инвалидами становятся 1/3 больных РА, то в возрасте 50-60 лет их уже половина, причем каждый десятый больной нуждается в постоянной помощи. Этим также определяется актуальность проблемы поиска путей совершенствования методов ранней диагностики и патогенетического обоснованного лечения РА.

Клиническая характеристика РА многообразна и зависит от формы, стадии, активности процесса, степени вовлечения внутренних органов, а также от возраста больных. Значительная распространенность РА среди лиц пожилого и старческого возраста, своеобразие его клинического течения у этого контингента, вызывают несомненный интерес. Данные литературы о начале и дальнейшем течении РА у пожилых людей весьма противоречивы. В последнее время появилось суждение, что для «позднего» РА характерна вариабельность течения в широких пределах. Следовательно, изучение вариантов начала и течения заболевания в этом возрастном периоде остается актуальным.

По современным представлениям, ведущую роль в патогенезе РА играют иммунные нарушения, которые могут усугубляться развитием иммунной недостаточности в процессе старения. До настоящего времени недостаточно изучены клеточные факторы иммунитета, в частности Т- и В-лимфоциты у больных РА с началом заболевания в пожилом возрасте.

Нормальный обмен веществ и функционирование любого органа невозможны без адекватного состояния микроциркуляции, а ее нарушения являются важным патогенетическим звеном в ряде типичных патологических процессов вообще и ревматических заболеваний, в частности.

В последние годы возрос интерес к изучению возрастных особенностей микроциркуляторного ложа. Это объясняется, прежде всего, тем, что возрастные изменения в системе кровообращения, не являясь первичными в генезе старения, обуславливают нарушения работы ряда органов и систем, что в значительной степени определяет характер и темп старения организма.

Все вышеизложенное показывает, что изучение особенности диагностики и лечения РА, начавшегося у лиц пожилого возраста, и возрастных особенностей микроциркуляции при РА является актуальной задачей, представляющей для клинической практики.

Цель исследования. Основной целью работы явилось изучение особенностей диагностики и лечения РА, начавшегося у лиц пожилого возраста.

Задачи исследования. Для достижения указанной цели следовало решить следующие задачи.

1. Изучить сравнительные особенности клинической картины и течения РА, начавшегося у лиц пожилого возраста.
2. Изучить особенности тактики лечения РА, начавшегося в пожилом возрасте.

Практическая значимость. Комплексное изучение особенностей диагностики, клинического течения РА, начавшегося в пожилом возрасте, даёт основание прийти к заключению о необходимости выделения данного варианта РА и назначения таким адекватной патогенетической терапии.

1. Ревматоидный артрит, начавшийся в пожилом возрасте, в дебюте заболевания чаще поражает крупные и средние суставы, что сопровождается резким снижением двигательной активности больных. Заболевание характеризуется тяжестью клинических проявлений, нередко быстро прогрессирующим течением и ранним вовлечением в патологический процесс внутренних органов.

2. Высокая активность РА, быстрое развитие котно-хрящевой деструкции, несмотря на небольшую давность заболевания, и малая эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), ставят вопрос о назначении пожилым больным в ранние сроки заболевания глюкокортикостероидов (ГКС) не только внутрисуставной, но и внутрь в малых дозах.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе клинко-лабораторного и инструментального методов исследований 72 больных РА. Из них 62 больных - впервые заболели в пожилом возрасте; 10 больных РА моложе 50 лет составили контрольную группу.

Диагностика РА осуществлялась по критериям Армейской ассоциации ревматологов с учетом дополнений, внесенных сотрудниками института ревматологии АМН Российской Федерации.

Из общего числа больных РА, впервые заболевших в пожилом возрасте, мужчин было 18 (19,6%), женщин - 44 (80,4%), т.е. соотношение лиц мужского и женского пола составляло 1:2.

В возрасте 60 лет было 49 (68,5%) больных. Среди обследованных нами больных РА у 70,7% давность заболевания составляла до 5 лет, что позволяло тщательно проанализировать динамику клинических проявлений и причину заболевания.

На основании проведенных исследований определялись:

1. Серопозитивность по ревматоидному фактору
2. Характер течения РА по Г.П. Матвейкову и В.Е. Ягур
3. Степень активности РА по критериям В. Отто и М.Г. Астапенко.
4. Степень функциональной недостаточности суставов.
5. Наличие внесуставных проявлений заболевания.

Результаты исследований. В результате проведенных исследований было установлено, что клиническими особенностями течения РА, начавшегося в пожилом возрасте, является частое поражение в дебюте заболевания крупных и средних суставов (66,5%), в отличие от классического варианта РА, начинающегося с симметричного поражения мелких суставов кистей и стоп. В 54,4% случаев РА у пожилых начинался остро или подостро с нарастанием признаков воспаления суставов, повышением температуры тела до субфебрильных, реже фебрильных, цифр, причем в 77,7% случаев подобное начало заболевания было характерно для мужчин.

В зависимости от наличия ревматоидного фактора в сыворотке крови, определяемого с помощью реакции Ваалера-Роузе, все больные были разделены на две группы: при титре 1:32 и выше РА оценивался как серопозитивный, а при титре ниже 1:32 как серонегативный. У 70,6% обследованных больных был серопозитивный РА.

Изучение клинической картины заболевания показало, что у 91,3% больных РА, начавшимся в пожилом возрасте, имели место II и III степени активности воспалительного процесса. Рентгенологические проявления I стадии выявлены у 1,1% больных, II- у 53,8%, III- у 34,8%, IV- у 10,8% больных.

Частое поражение в дебюте заболевания крупных суставов, выполняющих основную опорно - двигательную функцию, приводило к ограничению физической активности больных и развитию временной и стойкой утраты трудоспособности. Потере профессиональной трудоспособности и инвалидности способствует развитие тяжелой функциональной недостаточности суставов (ФНС), причиной которой является прогрессирование костной деструкции. ФНС I степени наблюдалась у 18,4% больных, II степени - у 52,2% больных, III степени - у 29,4% больных. При этом следует отметить, что больные с ФНС III степени стойко теряли способность к самообслуживанию и нуждались в посторонней помощи.

Мы проанализировали клинические проявления РА в зависимости от его иммунологической принадлежности. В результате было установлено, что при серопозитивном РА активность III степени диагностирована у 24,6% больных, рентгенологическая IV- у 12,3%, ФНС III степени - у 34,2% больных. При серонегативном РА аналогичные показатели составили 11,1%; 7,4%; 18,6% соответственно. Проведенные исследования подтверждают мнение о бо-

лее тяжелом течении серопозитивного РА.

Изучение суставного синдрома показало, что у больных РА, начавшимся в пожилом возрасте, имело место достоверно высокие показатели индекса Ричи ($20,1 \pm 1,1$ балла), суставного счета ($19,2 \pm 0,81$), теста Ли ($19,12 \pm 0,81$ балла), в то время как в контрольной группе эти показатели составляли $12,5 \pm 0,5$, $4,8 \pm 0,38$, $12,2 \pm 0,43$ соответственно.

Как известно, РА кроме суставных проявлений протекает также с поражением внутренних органов. Из обследованных больных у 24 (17,2%) диагностированы висцеральные поражения, которые проявлялись в виде васкулита у 7 (16,8%) больных, ревматоидных узелков - у 6 (14,4%), кардита - у 3 (0,48%), интерстициальной пневмонии - у 2 (14,4%), нефрита - у 4 (28,8%), синдрома Рейно - у 2 (14,4%) больных.

Таким образом, особенностями клинического течения РА, начавшегося в пожилом возрасте, являются частое поражение в дебюте заболевания крупных и средних суставов, преобладание острого и подострого начала заболевания, высокая активность воспалительного процесса, стойкий генерализованный суставной синдром, быстрое образование костно - хрящевой деструкции, несмотря на небольшую давность заболевания, резкое ограничение двигательной активности, приводящее к ранней потере трудоспособности и инвалидности, вовлечение в патологический процесс внутренних органов.

Нами проведено изучение особенностей лечения пожилых больных РА. Из группы базисных лекарственных средств были использованы препараты 4 - амиохинолинового ряда (делагил, плаквинил), Д - пеницилламин (купренил), иммунодепрессант (метотрексат). Из 72 больных основной группы 28 (20 %) получали глюкокортикостероиды (преднизолон) внутрь в средней суточной дозе 10-15 мг; 44 (32%) больным в полость пораженных суставов вводились гормоны, из них 6 (4%) в сочетании с циклофосфаном.

Сопоставление клинических проявлений у пожилых больных на фоне традиционной терапии РА (базисные препараты+ НПВП) и с включением в комплекс лечения ГКС показало, что у больных, не принимавших ГКС, на фоне лечения отмечалось недостоверное уменьшение СОЭ, раннее включение в терапевтический комплекс малых доз ГКС позволяет добиться более эффективного снижения воспалительного процесса, предупредить быстрое развитие костно - хрящевой деструкции и потерю трудоспособности у больных.

Выводы

1. Ревматоидный артрит, начавшийся в пожилом возрасте, в дебюте заболевания чаще поражает крупные и средние суставы, осуществляющие основную опорно-двигательную функцию, что приводит к ограничению физической активности больных и способствует развитию временной утраты трудоспособности.

2. У большинства больных старших возрастных групп РА характеризуется острым и подострым началом, тяжелыми клиническими проявлениями, ранним вовлечением в патологический процесс внутренних органов, быстрым развитием трофических нарушений.

3. Выраженная активность воспалительного процесса, быстрое развитие костно-хрящевой деструкции, несмотря на небольшую давность заболевания, малая эффективность НПВП делает необходимым назначение больным РА пожилого возраста на ранних этапах заболевания глюкокортикостероидов не только внутрисуставно, но и внутрь в малых дозах.

Использованная литература:

1. Хеглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. Медицина. 1997, Т. 8.
2. Денисов И.Д. Энциклопедия клинического обследования больного ГОЭТАР. М., 1998.
3. Мерк, Шарп, Доум. Руководство по медицине. в 2-х томах, Мир. 1997.
4. Беркоц Р. Руководство по медицине в 2-х томах. М.
5. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств. Вып. 1. М., 2002.
6. Стерлинг Дж. Вест. Секреты ревматологии. М.—С-Пб., 2001.
7. Даминов Т.О., Гадаев А.Г. и др. Современные методы обучения и контроля знаний в подготовке врача общей практики. Ташкент, 2002.
8. Грицман Н.Н, Ахназарова В.Д., Русакова М.С. Особенности иммуноморфологических реакций в тканях при ревматических заболеваниях // Вопросы ревматологии. -1980. № 3.
9. Дормидонтов Е.Н., Коршинов Н.И. Ревматоидный артрит. М., Медицина. 1981.