

რევმატოიდული ართრიტის დიაგნოსტიკა და მენეჯმენტი

ემი ვასერმანი

ბოსტონის უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლა, ბოსტონი, მასაჩუსეტსი.

რევმატოიდული ართრიტი ყველაზე ხშირად დიაგნოსტირებული, სისტემური, ანთებითი ხასიათის ართრიტი. რევმატოიდული ართრიტი ყველაზე ხშირად ქალებში, მწვევლებსა და დაავადების გენეტიკური წინასწარგანწყობის მქონე ადამიანებში გვხვდება. დიაგნოსტიკის მთავარი კრიტერიუმია, მინიმუმ, ერთი სახსრის შესიება, რომელიც არ აიხსნება რაიმე სხვა დაავადებით. რევმატოიდული ართრიტის დიაგნოზის ალბათობა იზრდება ჩართული მცირე ზომის სახსრების რაოდენობასთან ერთად. ანთებითი ართრიტის მქონე პაციენტში რევმატოიდული ფაქტორის არსებობა, ანტი-ციტრულინის ცილის ანტისხეულის აღმოჩენა, C-რეაქტიული ცილის დონის მომატება ან ერთროციტების დალექვის სიჩქარის გაზრდა მიანიშნებს რევმატოიდული ართრიტის დიაგნოზზე. თავდაპირველი გამოკვლევები ასევე გულისხმობს სისხლის საერთო ლიფონების ანალიზსა და თირკმლისა და ღვიძლის ფუნქციების შეფასებას. ინფექციების მატარებელი პაციენტი უნდა შემოწმდეს B და C ჰეპატიტებისა და ტუბერკულოზის არსებობაზე. რევმატოიდული ართრიტის ადრეული დიაგნოსტიკა საშუალებას იძლევა, დროულად დაიწყოს დაავადების საწინააღმდეგო ანტირევმატული აგენტებით თერაპია. ხშირად, დაავადების საკონტროლოდ, გამოიყენება მედიკამენტთა კომბინაციები. მეთოტრექსატი რევმატოიდული ართრიტის სამკურნალო ძირითადი, პირველადი საშუალებაა. ბიოლოგიური აგენტები, როგორებიცაა სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორის ინჰიბიტორები, ძირითადად მეორეული საშუალებებია და გამოიყენება ორმაგი თერაპიის დროს. მკურნალობის მიზნებია: სახსრების ტკივილისა და შესიების შემსუბუქება, რადიოგრაფიული დაზიანებებისა და ხილული დეფორმაციების პრევენცია, პირადი აქტივობებისა და შრომისუნარიანობის შენარჩუნება. სახსრების ქირურგიული ჩანაცვლება რევმატოიდული დაავადების მძიმე ფორმის მქონე პაციენტებში, რომელთა სიმპტომებიც მედიკამენტურად ვერ კონტროლდება.

რევმატოიდული ართრიტი ყველაზე გავრცელებული ანთებითი ართრიტია, რომლის სიხშირეც, მსოფლიოს მასშტაბით, 1%-ს აღწევს. დაავადება ნებისმიერ ასაკში შეიძლება გამოვლინდეს, თუმცა პიკური გამოვლინება 30-დან 50 წლამდე შეინიშნება. დაავადება მნიშვნელოვნად აქვეითებს ცხოვრების ხარისხს. აშშ-ის მასშტაბით, რევმატოიდული ართრიტით დაავადებულთა 35% კარგავს შრომისუნარიანობას დიაგნოზიდან საშუალოდ 10 წლის შემდეგ.

ეტიოლოგია და პათოფიზიოლოგია

რევმატოიდული ართრიტის, ისევე, როგორც სხვა აუტოიმუნური დაავადებების, ეტიოლოგია მულტი-ფაქტორულია. გენეტიკური წინასწარგანწყობა მტკიცდება ოჯახური გავრცელებითა და მონოზიგოტური ტყუპების კვლევით. რევმატოიდული ართრიტის განვითარების რისკის 50% დამოკიდებულია გენეტიკურ ფაქტორებზე.

რევმატოიდულ ართრიტთან დაკავშირებული გენეტიკური ფაქტორებია: ადამიანის ლეიკოციტური ანტიგენი - DR4 და DRB1; ალელების მრავალფეროვანი ჯგუფი, რომელსაც სამიარო ეპიტოპს უწოდებენ. ადამიანის გენომის სრულად შესწავლამ გამოავლინა დამატებითი გენეტიკური „ხელნერა“, რომელიც ასოცირდება რევმატოიდული ართრიტის და სხვა აუტოიმუნური

დაავადებების რისკთან. მაგალითებია STAT4 გენი და CD40 ლოკუსი. თამბაქო რევმატოიდული ართრიტის მნიშვნელოვანი გარემო-ფაქტორია, განსაკუთრებით გენეტიკური წინასწარგანწყობის მქონე ადამიანებში. ინფექციები ზოგჯერ აუტოიმუნურ პასუხს იწვევენ, თუმცა რევმატოიდულ ართრიტთან რომელიმე კონკრეტული პათოგენი არ ასოცირდება.

რევმატოიდულ ართრიტს ახასიათებს ანთებითი გზების არსებობა, რომლებიც იწვევენ სახსრების სინოვიალური უჯრედების პროლიფერაციას. შედეგად, ყალიბდება პანუსი, რომელიც იწვევს ხრტილის დესტრუქციასა და ძვლოვან ეროზიებს. ანთებითი ციტოკინების (TNF; ინტერლეიკინ-6) ზედმეტი წარმოქმნა ხელს უწყობს დესტრუქციის პროცესს.

რისკ-ფაქტორები

ასაკი, გენეტიკური წინასწარგანწყობა და მდებარეობის სქესი ასოცირებულია რევმატოიდული ართრიტის მაღალ რისკთან, თუმცა სქესობრივი განსხვავება ნაკლებად ვლინდება ასაკოვან პაციენტებში. თამბაქოს როგორც წარსული, ასევე ახლანდელი მოხმარება ასოცირდება ართრიტის მაღალ რისკთან. (შედარებითი რისკი = 1,4; ზოგჯერ 2,2 თუ პაციენტი წელიწადში 40-ზე მეტ კოლოფს ეწევა). ორსულობა ხშირად რევმატოიდული ართრიტის რემისიას იწვევს,

სავარაუდოდ, იმუნური ტოლერანტობის ჩამოყალიბების გზით. შვილოსნობას შესაძლოა ხანგრძლივი გავლენაც ჰქონდეს დაავადებაზე. რევმატიოიდიული ართრიტი უშვილო ქალებში უფრო ხშირად დიაგნოსტირდება, ვიდრე შვილიანებში (შედარებითი რისკი = 0,61). ძუძუთი კვება რისკს კიდევ უფრო ამცირებს (0,5 იმ ქალებში, რომლებიც 24 თვეს მაინც კვებავენ ბავშვებს ძუძუთი). ადრეული მენარქე (შედარებითი რისკი = 1,3 იმ ქალებში, რომელთაც მენარქე 10 წლისას ან ნაკლებ ასაკში ჰქონდათ) და არარეგულარული მენსტრუაციული ციკლი (რისკი = 1,5) ზრდის დაავადების რისკს. ორალური კონტრაცეპტივების ან E ვიტამინის მიღება არ ახდენს გავლენას რევმატიოიდიული ართრიტის რისკზე.



სურათი 1. ხილული შეშუპება პროქსიმალურ ფალანგთშუა სახსრებში და ნებ-ფალანგის სახსრებში (უფრო გამოკვეთილია პაციენტის მარჯვენა ხელზე) ახლადდაწყებული რევმატიოიდიული ართრიტით დაავადებულ პაციენტში. სახსრების შეშუპებასთან ერთად, პროქსიმალურ ფალანგთშუა სახსრებთან ასოცირებული კანის ნაოჭები ქრება.

დიაგნოზი

ტიპური პრეზენტაცია

რევმატიოიდიული ართრიტით დაავადებული პაციენტი ტიპურად უჩივის ტკივილსა და მოძრაობის სირთულეს რამდენიმე სახსარში. მაკა, პროქსიმალური ფალანგთშუა სახსრები და ნებ-ფალანგის სახსრები ყველაზე ხშირადაა ჩართული დაავადებაში. თუ სახსრების გაშუქება დილაობით ერთ საათზე მეტს გრძელდება, სავარაუდოა ანთებითი ეტიოლოგია. შესაძლოა განვითარდეს ხილული შეშუპება (სურათი 1), სინოვიტის გამო, ან ექიმმა შეამჩნიოს სინოვიალური გასქელება სახსრის პალპაციის დროს. პაციენტი შესაძლოა უჩიოდეს მსუბუქ ართრალგიას, სანამ განვითარდება კლინიკურად მნიშვნელოვანი შეშუპება სახსრებში. სისტემური სიმპტომებია: დაღლილობა, წონაში კლება, ტემპერატურის მცირედმატება. სისტემური სიმპტომები დაავადების აქტიურ ფაზაში შეიძლება გამოვლინდეს.

დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

2010 წელს, ამერიკის რევმატოლოგიის კოლეჯმა და ევროპის ლიგამ რევმატიზმის წინააღმდეგ, შეიმუშავეს ახალი კრიტერიუმები რევმატიოიდიული ართრიტის სადიაგნოსტიკოდ (ცხრილი 1). ახალი სქემა მიზნად ისახავს დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკას იმ პაციენტებში, რომლებიც დიაგნოზის ძველ (1987, ამერიკის რევმატოლოგიის კოლეჯი) კრიტერიუმებს ვერ აკმაყოფილებდნენ. 2010 წლის კლასიფიკაცია

არ მოიცავს რევმატიოიდიული კვანძების ან რადიოგრაფიული ეროზიების არსებობას, რაც იშვიათია ადრეულ დაავადებაში. ასევე, ახალი სქემა არ მოითხოვს სიმეტრიული ართრიტის კლინიკას, რადგან ადრეულ სტადიებზე ართრიტი ასიმეტრიულია.

დამატებით, ჰოლანდიელმა მკვლევარებმა შექმნეს რევმატიოიდიული ართრიტის კლინიკური განვითარების რისკის დათვლის წესი (ცხრილი 2). ამ სქემის მიზანია არადიფერენცირებული ართრიტის მქონე იმ პაციენტების გამოჩენვა, რომელთაც რევმატიოიდიული ართრიტის განვითარების მაღალი რისკი აქვთ, შემდგომი გამოკვლევებისა და დინამიკაში დაკვირვებისათვის.

დიაგნოსტიკური ტესტები

აუცილებელი დაავადებები, როგორცაა რევმატიოიდიული ართრიტი, ხშირად დიაგნოსტირდება აუტოანტისხეულების არსებობის საშუალებით. რევმატიოიდიული ფაქტორი არ არის სპეციფიკური რევმატიოიდიული ართრიტისათვის, რადგან ეს ფაქტორი გვხვდება C ჰეპატიტის მქონე ან ასაკოვან პაციენტებში. ანტი-ციტრულინის ცილის ანტისხეული უფრო სპეციფიურია და შესაძლოა თამაშობდეს გარკვეულ როლს დაავადების პათოგენეზშიც. რევმატიოიდიული ართრიტით დაავადებულთა დაახლოებით 50-80%-ს აქვს რევმატიოიდიული ფაქტორი, ანტი-ციტრულინის ცილის ანტისხეული, ან ორივე. რევმატიოიდიული ართრიტით დაავადებულ პაციენტს შესაძლოა აღენიშნოს ბირთვის სანინააღმდეგო ანტისხეულებიც, რაც მნიშვნელოვანია ართრიტის იუვენალურ ფორმებში. C-რეაქტიული ცილის დონე და ერითროციტების დალექვის სიჩქარე ხშირად მომატებულია მწვავე რევმატიოიდიული ართრიტის დროს, ამიტომ ეს ადრეული მაჩვენებლები შესულია ახალ კლასიფიკაციაში. C-რეაქტიული ცილის დონე და ერითროციტების დალექვის სიჩქარე ასევე გამოიყენება დაავადების აქტივობის შესაფასებლად და თერაპიის წარმატების განსასაზღვრად.

სისხლის საერთო დიფერენციალური ანალიზი და თირკმლისა და ღვიძლის ფუნქციების პერიოდული შეფასება მნიშვნელოვანია მკურნალობის მონიტორინგისათვის (მაგ. თირკმლის უკმარისობით დაავადებულ ან თრომბოციტოპენიის მქონე პაციენტს არ დაუნიშნავდნენ არასტეროიდულ ანთიანთებით აგენტებს). ქრონიკული დაავადებისათვის დამახასიათებელი მსუბუქი ანემია შესაძლოა გამოვლინდეს რევმატიოიდიული ართრიტის დროს, თუმცა ანემიის მიზეზად ასევე უნდა განვიხილოთ სისხლდენა მომწივლებელი სისტემიდან, განსაკუთრებით, კორტიკოსტეროიდების ან არასტეროიდული ანთიანთებითი საშუალებების მიღების შემთხვევაში. მეთოტრექსატი უკუნაჩვენებია ღვიძლის დაავადების დროს, როგორცაა C ჰეპატიტი, ასევე, თირკმლის უკმარისობის შემთხვევებში. ბიოლოგიური თერაპია, მაგალითად, სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორის ინჰიბიტორებით, მოითხოვს ტუბერკულოზზე უარყოფით პასუხს ან ლატენტური ტუბერკულოზის მკურნალობას. სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორის ინჰიბიტორებით მკურნალობამ შესაძლოა გამოიწვიოს B ჰეპატიტის ინ-

ფექციის რეაქტივაცია. მტევნებისა და ტერფების რადიოგრაფიული კვლევა აუცილებელია ხრტილის დამახასიათებელი ეროზიული ცვლილებების დასადგენად, რაც შესაძლოა მიანიშნებდეს დაავადების უფრო აგრესიულ ქვეტიპზე.

დიფერენციალური დიაგნოზი

კანის თანმხლები დაავადება შესაძლოა მიანიშნებდეს სისტემურ მგლურაზე, სისტემურ სკლეროზზე ან ფსორიაზულ ართრიტზე. ასაკოვან პაციენტებში, რომელთაც სიმპტომები ძირითადად მხრის და თქოს მიდამოში აწუხებთ, უნდა ვივარაუდოთ რევმატული

პოლიმიალგიის არსებობაც. უნდა დადგინდეს, ხომ არ ახლავს სახსრების სიმპტომებს საფეთქლის არტერიტიც.

გულმკერდის რადიოგრაფია საჭიროა ართრიტის ეტიოლოგიურ ფაქტორად სარკიდოზის ვარაუდის შემთხვევაში. თუ პაციენტს აქვს ხერხემლის ანთებითი სიმპტომები, ნაწლავის ანთებითი დაავადების ისტორია ან თვალის ანთებითი პროცესი, შესაძლოა ვივარაუდოთ სპონდილოართროპათიის არსებობაც. თუ პაციენტს სიმპტომები 6 კვირაზე ნაკლებ ხანს აწუხებს, შესაძლებელია ვირუსული ეტიოლოგიის არსებობაც, როგორცაა პარვოვირუსული ინფექცია.

ცხრილი 1. რევმატოიდული ართრიტის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები. ამერიკის რევმატოლოგიის კოლეჯი და ევროპის ლიგა რევმატიზმის წინააღმდეგ.	
კრიტერიუმები	ქულები
სამიწვე პოპულაცია (ვინ უნდა გამოვიკვლიოთ?). პაციენტები, რომელთაც: <ul style="list-style-type: none"> • აქვთ მინიმუმ ერთი სახსარი, კლინიკური სინოვიტის გამოვლინებით (შეშუპება)* • აქვთ სინოვიტი, რომელიც სხვა დაავადებით არ აიხსნება† 	
კლასიფიცირების კრიტერიუმები რევმატოიდული ართრიტის დროს (ქულებზე დაფუძნებული ალგორითმი: აირჩიეთ ქულა კატეგორიების მიხედვით. საჭიროა 6 ან მეტი ქულა (10-დან) რათა პაციენტს დაესვას რევმატოიდული ართრიტის დიაგნოზი.)††	
A. სახსრების ჩართულობა‡	
ერთი, დიდი ზომის სახსარი*	0
2-10 მდე დიდი ზომის სახსარი	1
1-3 მცირე ზომის სახსარი (დიდი ზომის სახსართან ერთად ან მის გარეშე)*	2
4-10-მდე მცირე ზომის სახსარი (დიდი ზომის სახსართან ერთად ან მის გარეშე)	3
> 10 სახსარი (მინიმუმ 1 მცირე ზომისა)**	5
B. სეროლოგია (საჭიროა ერთი ტესტის შედეგი მაინც)†††	
უარყოფითი RF და უარყოფითი ACPA	0
მცირედ დადებითი RF ან მცირედ დადებითი ACPA	2
დადებითი RF ან დადებითი ACPA	3
C. მწვავე ფაზის რეაქტანტები (საჭიროა ერთი ტესტის შედეგი მაინც)††††	
ნორმალური CRP და ნორმალური ESR	0
მაღალი CRP ან მაღალი ESR	1
D. სიმპტომების ხანგრძლივობა‡‡	
< 6 კვირა	0
> ან ტოლია 6 კვირის	1
განმარტებები:	
ACPA - ანტი-ციტრულინის ცილის ანტიხსეული; CRP - რეაქტიული ცილა; ESR - ერითროციტების დაღვევის სიჩქარე.	
* კრიტერიუმების მიზანია ახლადდაწყებული ართრიტის აღმოჩენა. თუ პაციენტს აღენიშნება ეროზიული რევმატოიდული ართრიტი და ასევე ჯდება 2010 წლის კრიტერიუმებში, ისმება რევმატოიდული ართრიტის დიაგნოზი. თუ პაციენტს აქვს ხანგრძლივი დაავადება, მათ შორის არააქტიური დაავადების შემთხვევაში, და მანამდე აკმაყოფილებდა კრიტერიუმებს, უნდა დაესვას რევმატოიდული ართრიტის დიაგნოზი.	
† დიფერენციალური დიაგნოზი განსხვავდება პაციენტებს შორის, მაგრამ ხშირია სისტემური მგლურის, ფსორიაზული ართრიტისა და პოდაგრის დიფერენცირების აუცილებლობა. თუ რთულია დიაგნოზის დიფერენცირება, აუცილებელია ექსპერტი რევმატოლოგის ჩართვა დიაგნოსტიკის პროცესში.	
†† თუ პაციენტს აქვს 6-ზე ნაკლები ქულა, იგი არ ჯდება დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებში, თუმცა შესაძლებელია სტატუსის თავიდან შეფასება და კრიტერიუმების გამოვლენა დროთა განმავლობაში.	
‡ სახსრის ჩართულობა გულისხმობს შეშუპებას, ტკივილს გამოკვლევისას, რომელსაც შესაძლოა ამყარებდეს სინოვიტის გამოვლენაც კვლევებში. დისტალური ფალანგთშუა სახსრები, პირველი ნებ-ფალანგის სახსრები არ გადიან შემოწმებას. სახსრების ჩართულობის კატეგორია განისაზღვრება ლოკალიზაციითა და რაოდენობით.	
‡‡ დიდი ზომის სახსრებია: მხრის, იდაყვის, თქოს, მუხლის, კოჭის.	
‡‡‡ მცირე ზომის სახსრებია: მტევნის სახსრები (ნებ-ფალანგის, ფალანგთშუა, მკა, ცერა თითის ფალანგთშუა).	
‡‡‡‡ ამ კატეგორიაში, ერთ-ერთი მაინც უნდა იყოს მცირე ზომის სახსარი. დანარჩენი სახსრები შესაძლოა წარმოადგენდეს დიდი ან დამატებითი მცირე სახსრების კომბინაციას.	
‡‡‡‡‡ უარყოფითი პასუხი ნიშნავს მაჩვენებლის გამოვლენას, რომელიც უტოლდება ან უფრო მცირეა, ვიდრე ნორმალური ზღვარი. მცირედ დადებითი მაჩვენებელი შეტია, ვიდრე ნორმალური ზღვარი, მაგრამ, მხოლოდ 3-ჯერ ან ნაკლებად. დადებითი მაჩვენებელი 3-ზე მეტჯერ აღემატება ნორმალურ ზღვარს. როცა რევმატოიდული ფაქტორის ანალიზი აჩვენებს მხოლოდ დადებითს ან უარყოფითს, დადებითი შედეგი უნდა აღვიქვათ, როგორც მცირედ დადებითი.	
‡‡‡‡‡‡ განისაზღვრება ლოკალური ლაბორატორიის სტანდარტების მიხედვით.	
‡‡‡‡‡‡‡ სიმპტომების ხანგრძლივობა განისაზღვრება პაციენტის მოწყობის მიხედვით და სინოვიტის ნიშნების ხანგრძლივობით (ტკივილი, შეშუპება, მტკივნეულობა) იმ სახსრებში, რომლებიც ამჟამად ფასდება, მკურნალობის სტატუსის მიუხედავად.	

ცხრილი 2. რევმატოიდული ართრიტის განვითარების რისკის გამოთვლის წესი				
პაციენტის მახასიათებლები	ქულები			
ასაკი	ასაკი x 0,02 ქულა			
მდედრობითი სქესი	1,0			
ჩართული სახსრების განლაგება (პაციენტმა შესაძლოა ქულა მიიღოს ერთ ან რამდენიმე კატეგორიაში)				
მტევნების და ტერფების მცირე სახსრები	0,5			
სიმეტრიული განლაგება	0,5			
ზედა კიდურები	1,0			
ზედა და ქვედა კიდურები	1,5			
სახსრის მოძრაობის შეზღუდვა 100მმ ვიზუალური ანალოგის მიხედვით				
26-90 მმ	1,0			
> (ან ტოლი) 90 მმ	2,0			
მტკივნეული სახსრების რაოდენობა				
4-10	0,5			
> 11	1,0			
C-რეაქტიული ცილის დონე				
5-50 მგ/ლ (47,62-476,2 ნმოლ/ლ)	0,5			
> (ან ტოლი) 51 მგ/ლ (485,72 ნმოლ/ლ)	1,5			
რევმატოიდული ფაქტორი-დადებითი	1,0			
ანტი-ციტრულინის ცილის ანტისხეული-დადებითი	2,0			
ჯამური ქულა:				
ქულა	რევმატოიდული ართრიტით დაავადებულთა რიცხვი	პაციენტები, რომელთაც არ აქვთ რევმატოიდული ართრიტი	რევმატოიდული ართრიტის ალბათობა ქულების მიხედვით	ართრიტის განვითარების შემთხვევების პროცენტულობა 1 წლის შემდეგ
0-3,5	0	109	0	0
3,51-6,5	41	214	0,42	16
6,51-8,5	71	53	3,0	57
> (ან ტოლი) 8,5	63	11	12,7	85

ართრალგიის განმეორებადი, ხანმოკლე ეპიზოდები დამახასიათებელია კრისტალური ართროპათიებისათვის. უნდა ჩატარდეს ართროცენტეზი და შეფასდეს შარდმჟავას მარილების (ნატრიუმის მონოჰიდრატი) ან კალციუმის პიროფოსფატიჰიდრატის კრისტალების არსებობა. თუ აღინიშნება მიოფასციალური მგრძობელობა ან სომატური სიმპტომები, სავარაუდოა ფიბრომიალგიის დიაგნოზი, რომელიც შესაძლოა თან ახლდეს რევმატოიდულ ართრიტსაც. სწორი დიაგნოსტიკის და დროული, სწორი მკურნალობის სტრატეგიის შემუშავების მიზნით, ანთებითი ართრიტის მქონე პაციენტი სწრაფად უნდა გაიგზავნოს რევმატოლოგთან.

მკურნალობა

მას შემდეგ, რაც დაისმება რევმატოიდული ართრიტის დიაგნოზი და ჩატარდება პაციენტის პირველადი შეფასება, იწყება მკურნალობა. არსებობს მკურნალობის თანამედროვე გაიდლაინები, თუმცა პაციენტის სურვილი და არჩევანი საკმაოდ დიდ როლს თამაშობს მკურნალობის სტრატეგიის შემუშავებისას. თუ პაციენტი შვილოსნობის ასაკში მყოფი ქალია, ვერ გამოვიყენებთ მრავალ მედიკამენტს, რომლებიც უკუნაჩვენებია ორსულებში. თერაპიის მიზნებია: სახსრის ტკივილისა და შესიების შემსუბუქება, დეფორ-

მაციისა (როგორცაა იდაყვის ძვლის დევიაცია) და რადიოგრაფიული დაზიანებების (როგორცაა ეროზიები) პრევენცია, ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნება (პირადი და სამსახურეობრივი) და სახსარგარე სიმპტომების კონტროლი. ბაზისური ანტირევმატული მედიკამენტები გამოიყენება დაავადების სამკურნალოდ.

ბაზისური ანტირევმატული მედიკამენტები

ბაზისური მედიკამენტები იყოფა ბიოლოგიურ და არაბიოლოგიურ ტიპებად (ცხრილი 3). ბიოლოგიური აგენტებია მონოკლონური ანტისხეულები და რეკომბინანტული რეცეპტორები, რომლებიც ბლოკავენ ციტოკინებს. ციტოკინები თავისმხრივ ხელს უწყობენ ანთებითი კასკადის განვითარებას რევმატოიდული ართრიტის დროს. მეთოტრექსატი აქტიური დაავადების სამკურნალო პირველადი მედიკამენტია, და მხოლოდ იმ შემთხვევაში არ გამოიყენება, თუ გვაქვს რაიმე უკუჩვენება ან პაციენტი არატოლერანტულია ამ მედიკამენტის მიმართ. ლეფლუნომიდი (არავა) წარმოადგენს მეთოტრექსატის ალტერნატივას, თუმცა ამ მედიკამენტს ახასიათებს უფრო ხშირი გვერდითი ეფექტები მომწელებელი სისტემის კუთხით. სულფასალაზინი (აზულფიდინი) ან ჰიდროქსიქლოროქინი (პლაქუენილი) რეკომენდებულია მონოთერაპიის სახით მსუბუქი დაავადების შემთხვევაში ან

იმ პაციენტებში, რომელთაც არ აქვთ უარყოფითი პროგნოზის მაჩვენებლები (მაგ. სერონეგატიური, არა-ეროზიული რევმატოიდული ართრიტი).
ბაზისური მედიკამენტების კომბინაციური თერაპია, მონოთერაპიასთან შედარებით, უფრო ეფექტურია. თუმცა, იზრდება გვერდითი ეფექტების რისკიც. თუ რევმატოიდული ართრიტი ვერ კონტროლდება არაბიოლოგიური მედიკამენტით, უნდა გამოვიყენოთ ბიოლოგიური აგენტები. სიმსივნის ნეკროზის

ფაქტორის ინჰიბიტორები ამ მხრივ ყველაზე უკეთ შესწავლილი და ხშირად გამოყენებული პრეპარატებია. თუ ეს მედიკამენტიც არ იძლევა შედეგს, შესაძლოა გამოვიყენოთ სხვა ბიოლოგიური აგენტი. ორი ბიოლოგიური აგენტის ერთდროული გამოყენება (მაგ.: ადალიმუმები (ჰუმირა) აბატაცეპტთან (ორენცია) ერთად) არ არის რეკომენდებული, გვერდითი ეფექტების გამო.

ცხრილი 3. ბიოლოგიური და არაბიოლოგიური ბაზისური ანტირევმატული პრეპარატები			
მედიკამენტი	მოქმედების მექანიზმი	გვერდითი ეფექტები	ღირებულება
არაბიოლოგიური			
ხშირად გამოყენებული			
მეთოტრექსატი	აინჰიბირებს დიჰიდროფოლატ რედუქტაზას	ღვიძლის პრობლემები; ტერატოგენები; თმის ცვენა; პირის ღრუს წყლულები	\$
ლეფლუნომიდი	აინჰიბირებს პირიმიდინების სინთეზს	ღვიძლის პრობლემები; მომწელებელი სისტემა; ტერატოგენები	\$
ჰიდროქსიქლოროქინი	ანტიმალარიული, აინჰიბირებს toll-like რეცეპტორებს	იშვიათი ეფექტი მხედველობაზე	\$ \$
სულფასალაზინი	ფოლატის გამოსვლა, სხვა მექანიზმები	ანემია G6PD დეფიციტის დროს; მომწელებელი სისტემა	\$
მინოციკლინი	ანტიმიკრობული, სხვა მექანიზმები	მედიკამენტური მგლურა; კლოსტრიდიუმის კოლიტი	\$
შედარებით იშვიათად გამოყენებული			
ნატრიუმის ოქროს თიომალატი	აინჰიბირებს ანტიგენების პროცესირებას, ამცირებს ციტოკინებს (ინტერლეიკინ-6; TNF)	კანის; სისხლის; თირკმლის პრობლემები	\$ \$
პენიცილამინი	მეტალის ქელატორია, სხვა მექანიზმები უცნობია	სისხლის; თირკმლის პრობლემები	\$ \$
ციკლოფოსფამიდი	აზოტოვანი აგენტი; დნმ კროს-ლინკინგი	უშვილობა; სიმსივნე; ჰემორაგიული ცისტეტი	\$ \$
ციკლოსპორინი	კალცინურინის ინჰიბიტორი, ამცირებს ინტერლეიკინ-2-ს	ჰიპერტენზია; თირკმლის პრობლემები; პირსუტიზმი.	\$ \$
ბიოლოგიური			
სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორის ინჰიბიტორები			
ადალიმუმები	ანტი-TNF-ალფა	ტბ, ოპორტუნისტული ინფექციები	\$ \$ \$
ცეტროლიუმუმაბ პეგოლი	ანტი-TNF-ალფა, პეგილირებული	ტბ, ოპორტუნისტული ინფექციები	\$ \$ \$
ეტანერცეპტი	ანტი-TNF-ალფა, რეცეპტორი	ტბ, ოპორტუნისტული ინფექციები	\$ \$ \$
გოლიმუმები	ანტი-TNF-ალფა	ტბ, ოპორტუნისტული ინფექციები	\$ \$ \$
ინფლიქსიმები	ანტი-TNF-ალფა	ტბ, ოპორტუნისტული ინფექციები, ინფუზიის რეაქციები	\$ \$ \$
სხვა ბიოლოგიური აგენტები			
აბატაცეპტი	კოსტიმულატორების ბლოკერი, ციტოტოქსიური ლიმფოციტების ანტიგენი 4	ოპორტუნისტული ინფექციები	\$ \$ \$
ანაკინრა	ანტი-ინტერლეიკინ-1 რეცეპტორის ბლოკერი	ოპორტუნისტული ინფექციები, ინექციის ადგილის ტკივილი	\$ \$ \$
რიტუქსიმები	ანტი-CD20, ანადგურებს B უჯრედებს	რეაქცია ინფუზიისას, ოპორტუნისტული ინფექციები, პროგრესიული მულტიფოკალური ლეიკოენცეფალოპათია	\$ \$ \$ \$
ტოცილიუმები	ანტი-ინტერლეიკინ-6 რეცეპტორის ბლოკერი	ოპორტუნისტული ინფექციები	\$ \$ \$
განმარტებები: G6PD - გლუკოზ-6-ფოსფატ დეჰიდროგენაზა; ტბ - ტუბერკულოზი; TNF - სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორი; * არაბიოლოგიური მედიკამენტები ჩამოთვლილია პრიორიტეტის მიხედვით, ხოლო ბიოლოგიურები - ანბანის მიხედვით. \$ = 30-100 აშშ დოლარი; \$\$ = 100-1000 აშშ დოლარი; \$\$\$ = 1000-5000 აშშ დოლარი; \$\$\$\$ = 5000 და მეტი აშშ დოლარი.			

ცხრილი 4. რევმატოიდული ართრიტის სახსარგარე სიმპტომები / ნიშნები	
მანიფესტაცია	მახასიათებლები
გული	
ნაადრევი ათეროსკლეროზი	სიკვდილის წამყვანი მიზეზი რევმატოიდული ართრიტით დაავადებულებში
პერიკარდიტი	აუტოფსიის დროს, წარმოდგენილია 30-50%-ში. იშვიათად იწვევს ტამპონადას.
თვალი	
ეპისკლერიტი / სკლერიტი	მწვავე, წითელი, მტკივნეული თვალი; გვხვდება პაციენტთა 1%-ში.
კერატოქონიუქტივიტის სიკა	მეორეული შოგრენის სინდრომი; შესაძლოა დაერთოს პირის სიმშრალე
პერიფერიული წყლულოვანი კერატიტი	უფრო მძიმე სკლერიტი, შესაძლოა განვითარდეს წინა საკნის პერფორაცია.
პემატოლოგიური	
ამილოიდოზი	გამოწვეულია ქრონიკული ანთებით
ფელტის სინდრომი	სპლენომეგალია, ნეიტროპენია, თრომბოციტოპენია
ნერვული სისტემა	
კისრის მიელოპათია	გამოწვეულია C1-C2 საბლუქსაციით, დგინდება რადიოგრაფიულად.
ნეიროპათია	მაჯის გვირაბის სინდრომი; მონონევრიტი
ფილტვი	
კაპლანის სინდრომი	კვანძები და პნევმოკონიოზი (მაგ.: მენახშირეებში)
ფილტვის ინტერსტიციალური დაავადება	შესაძლოა წააგავდეს ბრონქიოლიტს პნევმონიით, იდიოპათიურ ფიბროზს. შესაძლოა დაერთოს არტერიული ჰიპერტენზია
პლევრის ეფუზია	ეგზუდაციური ეფუზია, გლუკოზის დაბალი დონით
კვანძები ფილტვში	შესაძლოა უსიმპტომოდ
კანი	
რევმატოიდული კვანძები	მაგარი ან რეზინისებრი, მდებარეობს ზეწოლის ადგილებში
ვასკულიტი	ცუდი პროგნოზი; გამრდილი სიკვდილიანობა; იშვიათია, მაგრამ თან ახლავს მძიმე ართრიტს (ეროზიული, დეფორმაციული, სეროპოზიტიური).

არასტეროიდული ანტიანთებითი მედიკამენტები და კორტიკოსტეროიდები

ტკივილისა და ანთების საკონტროლოდ შესაძლოა გამოვიყენოთ არასტეროიდული ანტიანთებითი მედიკამენტები ან ორალური, ინტრამუსკულარული ან სახსარშიდა კორტიკოსტეროიდები. იდეალურ შემთხვევაში, ეს პრეპარატები მხოლოდ მცირე დროით ინიშნება. ბაზისური ანტირევმატოიდული მედიკამენტების გამოყენება ყოველთვის უკეთესი ვარიანტია.

დამატებითი თერაპიები

დიეტური ცვლილებები, მათ შორის ვეგეტარიანული და ხმელთაშუა ზღვის დიეტები, შეისწავლეს რევმატოიდული ართრიტის მკურნალობის დროს, თუმცა რაიმე სარგებლის დადასტურება შეუძლებელი აღმოჩნდა. გარკვეული დადებითი შემთხვევების მიუხედავად, ასევე არ დასტურდება აკუპუნქტურის ზეგავლენა რევმატოიდული ართრიტის პლაცებოთი კონტროლირებულ კვლევებში. დამატებით, თერმოთერაპია და თერაპიული ულტრაბერა არ არის საკმარისად შესწავლილი რევმატოიდული ართრიტის მკურნალობის კონტექსტში. რევმატოიდული ართრიტის მცენარეული მკურნალობის კუთხით, გამოირჩევა გამა-ლინოლენის მჟავისა და Tripterygium wilfordii მცენარის შესაძლო სამკურნალო ეფექტი. აუცილებელია ავუსხნათ პაციენტებს, რომ მცენარეულ პრეპარატებთან ასოცირებულია საკმაოდ მძიმე გვერდითი ეფექტების განვითარება.

ვარჯიში და ფიზიკური თერაპია

რანდომიზირებული კვლევების მონაცემებით, ვარჯიში ზრდის ცხოვრების ხარისხს და აძლიერებს კუნთებს რევმატოიდული ართრიტის მქონე პაციენტებში. ვარჯიშის პროგრამებს არ აქვთ უარყოფითი ეფექტი დაავადების აქტივობაზე, ტკივილის დონეებზე ან სახსრების რადიოგრაფულ დაზიანებაზე. ტაი ჩი ვარჯიშები ზრდის კოჭის სახსრის მოძრაობის ხარისხს რევმატოიდული ართრიტით დაავადებულებში, თუმცა ინფორმაცია მწირია. ტარდება იოგას ვარჯიშების კვლევებიც, რევმატოიდული ართრიტისას სარგებლიანობის კონტექსტში.

მკურნალობის ხანგრძლივობა

რემისიის მიღწევა შესაძლებელია რევმატოიდული ართრიტით დაავადებულთა 10-50%-ში. ეს დამოკიდებულია რემისიის განმარტებასა და თერაპიის ინტენსივობაზეც. რემისიის აღბათობა მეტია მამაკაცებში, არამწვევლებში, 40 წელზე ნაკლები ასაკის ადამიანებში, მოგვიანებით დაწყებულ დაავადებებში (დიაგნოზის დრო-65 წელი ან მეტი), ხანმოკლე დაავადებებში, დაავადების მსუბუქ ფორმებში, მწვავე ფაზის რეაქტანტების მომატების გარეშე მიმდინარე შემთხვევებში, უარყოფითი რევმატოიდული ფაქტორისა და ანტი-ციტრულინის ცილის ანტისხეულის შემთხვევაში.

როცა დაავადება კონტროლს ექვემდებარება, შესაძლებელია მედიკამენტების დოზირების ფრთხილად

ცხრილი 5. რევმატოიდული ართრიტის გართულებები და მათი მკურნალობა	
გართულებები	კომენტარები
დებრესია	გვხვდება პაციენტთა 40%-ში, შესაძლოა გამონწვეული იყოს კორტიკოსტეროიდების გამოყენებით.
ინფექცია	შესაძლოა გამონწვეული იყოს ართრიტით ან იმუნოსუპრესანტების გამოყენებით.
სიმსივნეები	
ლიმფომა	ორმაგი რისკი რევმატოიდული ართრიტის დროს. არ უკავშირდება იმუნოსუპრესანტების გამოყენებას.
ფილტვის სიმსივნე	გამონწვეულია თამბაქოს მოხმარებითა და ფილტვის ინტერსტიციული დაავადებით
კანის სიმსივნე	რისკი იმატებს იმუნოსუპრესანტების გამოყენების ფონზე.

შემცირება, მინიმალურ დონემდე. ამ დროს აუცილებელია ხშირი მონიტორინგი სიმპტომების სტაბილურობის შესანარჩუნებლად. თუ დაავადება გამწვავდა, აუცილებელია მედიკამენტების დოზირების სწრაფი მომატება.

სახსრის ქირურგიული ჩანაცვლება

სახსრის ქირურგიული ჩანაცვლება რეკომენდებულია, როცა დაავადება მნიშვნელოვნად აზიანებს სახსრებს და სიმპტომები არ ემორჩილება მედიკამენტურ მკურნალობას. გრძელვადიანი შედეგი ხშირად დადებითია. დიდი ზომის სახსრების ჩანაცვლების მხოლოდ 13% საჭიროებს რევიზიას 10 წლის განმავლობაში. თქოს და მუხლის სახსარი ყველაზე ხშირად საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას.

გრძელვადიანი მონიტორინგი

მიუხედავად იმისა, რომ რევმატოიდული ართრიტი ძირითადად სახსრების დაავადებაა, იგი სისტემურაცაა და შესაძლოა ორგანოთა რამდენიმე სისტემას აზიანებდეს. სახსარგარე გამოვლინებების შესახებ იხილეთ ცხრილი 4.

რევმატოიდული ართრიტით დაავადებულ პაციენტებში აღინიშნება ლიმფომის განვითარების ორმაგი რისკი, რაც სავარაუდოდ აიხსნება ანთებითი პროცესებით და არა სამედიცინო მკურნალობის ფონზე. რევმატოიდული ართრიტის მქონე პაციენტებს აქვთ კორონარული დაავადებების მაღალი რისკიც, ამიტომ აუცილებელია რისკფაქტორების მოდიფიცირება მწვევლებში, ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში და

ქოლესტერინის მაღალი დონის შემთხვევაში. მესამე ან მეოთხე კლასის გულის უკმარისობის დროს უკუნაჩვენებია სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორის ინჰიბიტორების გამოყენება. თუ პაციენტს აქვს რევმატოიდული ართრიტი და ავთვისებიანი სიმსივნე, ფრთხილად უნდა გამოვიყენოთ ბაზისური ანტირევმატოიდული საშუალებები, განსაკუთრებით სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორის ინჰიბიტორები. ბიოლოგიური აგენტები, მეთოტრექსატი და ლეფლუნომიდი უკუნაჩვენებია აქტიური ჰერპეს ზოსტერის დროს, სოკოვანი ინფექციების და ბაქტერიული ინფექციების ანტიბიოტიკოთერაპიის შემთხვევებში. რევმატოიდული ართრიტის გართულებები და მათი მკურნალობა იხილეთ მე-5 ცხრილში.

პროგნოზი

რევმატოიდული ართრიტით დაავადებული პაციენტების სიცოცხლის ხანგრძლივობა 3-12 წლით ჩამოუვარდება ზოგად საშუალო მაჩვენებელს. ნაადრევი სიკვდილიანობა ძირითადად გამონწვეულია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით, განსაკუთრებით მძიმე ართრიტისა და ქრონიკული ანთების მქონე პაციენტებში. შედარებით ახალი ბიოლოგიური თერაპია შესაძლოა ამცირებდეს ათეროსკლეროზის რისკს და ახანგრძლივებდეს პაციენტის სიცოცხლეს.