

ЖИВОТ
без болка

Николай Николов
Мария Панчовска - Мочева
Златимир Коларов

Под редакцията на проф. д-р Рашо Рашков

още нещо за
РЕВМАТОИДЕН
АРТРИТ

Издателска група "България", 2013

Увод

Ревматоидният артрит /РА/ е хронично, системно, автоимунно заболяване, което се характеризира с възпаление на обвивките на ставите. Причинява увреждане на ставния хрущял, подлежащата кост, ставните капсули и връзки. Голяма част от автоимунните ревматични болести са хронични. Това е валидно и за ревматоидния артрит. Автоимунни са заболяванията, при които имунната система на човека изработва антитела, чрез които атакува собствените тъкани и органи. Какво се случва със ставата при ревматоиден артрит? Болестта атакува вътрешната повърхност на ставната капсула, която се нарича синовиална мембрана. Образува се специфична тъкан /панус/, която пълзи и унищожава ставния хрущял и подлежащата му кост. Като резултат се появяват скованост, болка, оток, необратими увреждания и деформации, и ограничение на функционалния капацитет на ставите. С напредване на болестта настъпва инвалидизиране.

На настоящия етап от развитие на науката не разполагаме със средства за трайно излекуване болните с РА. Това не трябва да бъде повод за отчаяние и излишни притеснения. Съвременната медицина предлага достатъчно сигурни средства, които могат да забавят или спрат развитието на болестта, като болните запазят своят пълноценен живот. **Отказът от лечение, неговото забавяне или самолечението на ревматоидния артрит водят до необратими последици и инвалидизиране на пациентите.**



Малко история....

Първите данни за артрит са открити върху скелети на праисторически хора от 4500 г. пр. н. е., а доказателства от египетски мумии със същата диагноза датират от 3000 г. пр. н. е.. През 1715 г. Уилям Масгрейв пише първия научен труд - “Симптоми на артритата”, а през 1859 г. сър Алфред Герад въвежда понятието ревматоиден артрит.

Разпространение

Около 0,6 - 1,3% от възрастното население в целия свят страда от ревматоиден артрит. Според данни на Европейската лига по ревматични заболявания /EULAR/, в България живеят приблизително 60 000 болни с това заболяване. Средно годишно ревматологичните кабинети в страната посещават между 6 000 и 8 000 болни с РА. Това доказва, че много от тях не се лекуват и контролират адекватно, което води до сериозни лични, икономически и социални затруднения. **Ревматоидният артрит е проблем не само за болния, а и на неговото семейство и цялото общество.** Добрата информираност на пациента е сред основните задачи на лекуващия лекар и мотивация на самия болен. Лечебният процес се гради на взаимното доверие между лекар и пациент.

Икономическите последствия от болестта са тежки поради инвалидизиране на болните. Според данни от 2007 г. в Европа има около 3 милиона пациенти с тази диагноза. Директните разходи за здравето са около 14 млрд. евро годишно, а индиректните - 17 млрд. евро годишно. Най-много средства се изплащат поради загуба на трудоспособност. Почти 50% от пациентите се инвалидизират до 10 години от появата на болестта. Значимостта на проблемите в ревматологичната помощ в Европа бе обсъдена през 2010 година на конференция на Белгийското ръководство на ЕС, съвместно с ръководството на EULAR. Резултатът от проведената среща е приемането на Брюкселската декларация за страните на ЕО, която определя ревматичните заболявания като социално значими и показва тяхното водещо значение в здравните системи на страните - членки на ЕС. Декларацията постановява и правата на болните с ревматични заболявания.



Причините за болестта

Началото на РА най-често е във възрастта между 35 и 55 г., но може да се отключи и в ранна детска възраст или след 70 години. Среца се 2 до 3 пъти по-често при жените в сравнение с мъжете. Както и при други аутоимунни заболявания, причинителят е неизвестен. Медицинската наука все още не може да отговори какво отключва заболяването. Предполага се ролята на вируси, простудни фактори и преумора. Има доказана наследственост - носителството на определени гени е предпоставка за развитие на болестта.

Как протича заболяването?

Водещ в клиничната картина е ставният синдром, най-често с подостро начало и бавно прогресиране. Възможно е болестта да започне остро. Най-често тя се про-

явява със ставна болка и скованост, най-вече в сутрешните часове. Възниква и възпалителен оток в ставите и околоставните тъкани. Засят се най-често гривнените и малките стави на пръстите на ръцете. По-късно в хода на артритата настъпват процесите с разрастване на панус /патологична тъкан/, разрушаване на ставния хрущял и подуване на околоставните структури, водещи до деформация на ставите. В напредналите стадии настъпват фиброзни процеси, предизвикващи свиване на ставните капсули, връзки, сухожилията и разрушаване на ставните повърхности. Движенията в ставите значително се ограничават, а при развитието на анкилоза /вкалцяване/ настъпва пълна неподвижност на една или няколко стави.





Как се поставя диагнозата “ревматоиден артрит”?

Поставянето на диагноза „ревматоиден артрит“ обикновено е нелека задача и може да изисква сътрудничеството между лекари и специалисти в различни области на медицината. Често диагнозата не може да бъде установена при първия преглед и налага няколко посещения при ревматолог.

В специализираните среди съществуват критерии (стандарты) за поставянето на диагнозата ревматоиден артрит. При изпълнението на определен брой диагностични критерии с много голяма вероятност може да се твърди, че диагнозата е ревматоиден артрит.

Какви изследвания се назначават?

Ако данните от прегледа насочват към диагнозата „ревматоиден артрит“, за потвърждаването или отхвърлянето ѝ ревматологът трябва да назначи редица изследвания. Засега не съществува лабораторно изследване, което категорично да доказва, че се касае за диагнозата ревматоиден артрит.

- **кръвни изследвания** - пълна кръвна картина, която може да покаже анемия и променен брой бели кръвни клетки. Тестовите за скорост на утаяване на еритроцитите (СУЕ) и възпалителният маркер С-реактивен протеин, показват завишени стойности в периодите на активност на заболяването. Повишените СУЕ и С-реактивен протеин доказват активен възпалителен процес. Тези резултати могат да бъдат налице и при много други хронични възпалителни заболявания и не са специфични за ревматоидния артрит.
- **имунологични кръвни изследвания** - в кръвта на част болните от ревматоиден артрит често се открива антитяло (специфична за имунния отговор белтъчна молекула), наречено Ревматоиден Фактор. Той е положителен в около 80% от болните от ревматоиден артрит. Ревматоиден артрит може да се диагностицира без да се открие фактора в кръвта. Тогава се говори за серонегативен артрит.

- **рентгенография** - в ранните фази на заболяването се намира оточност на меките околоставни тъкани. В напредналите етапи се откриват типични костни ерозии (малки дефекти) по ставните повърхности на костите, наличие на ставни деформации при напреднал ревматоиден артрит. Открива се и различна по тежест костна остеопороза. За допълнителна преценка на тежестта на остеопорозата може да се извърши определяне на костната плътност (остеоденситометрия). Тя е по-честа при пациенти, лекувани с кортикостероиди.
- **ставна ултрасонография** – ултразвуковата диагностика навлезе в рутинната медицинска практика. Тя е неинвазивна, дава информация за степента на ставно увреждане и е безвредна за пациента. На всеки етап от прегледа и с всяко изследване диагностичният процес е в посока към уточняване на диагнозата. Нито едно изследване обаче, само за себе си, не поставя диагнозата ревматоиден артрит.



Лечение

Все още не съществува медикамент или лечебен метод, който да води до трайно излекуване от ревматоиден артрит. Лечението на ревматоидния артрит има няколко цели: да намали възпалението, болката и сковаността в засегнатите стави, да постигне и запази възможно най-добре тяхната функция, да предотврати деформацията и унищожението им. Стремещът към осигуряване на по-добро качество на живот е основен мотив на лечението.

Лечението е комплексно и включва използването на медикаменти от различни класове, физикална терапия и рехабилитация хирургични методи, обучение за начин на живот, съобразен с болестта и т.н. То е индивидуално за всеки пациент.

Установено е, че рано започнатото медикаментозно лечение осигурява по-добра прогноза за болните. За съставяне на оптималния лечебен план се вземат предвид редица фактори, като активност на болестта, вида и броя на засегнатите стави, общото състояние на пациента и социално-икономическия му статус. Лечението е най-успешно, когато се осъществява при тясно сътрудничество между лекуващия лекар, пациента и неговите близки.

Основно препаратите за лечение се делят на две групи - лекарства, повлияващи болката и лекарства, които забавят или спират болестта /болестмодифициращи лекарства или базисни средства/.

Лечение на болката:

При пациентите с леки и слабо деструктивни форми на ревматоиден артрит, ходът на заболяването може

да бъде добре контролиран при лечение само с покой, упражнения, болкоуспокояващи и противовъзпалителни лекарства. В огромния процент от случаите, увреждането на структурата и функцията на ставите и инвалидизирането на пациентите намаляват значително при ранното лечение с болестмодифициращите антиревматични лекарства. Болката е водещ симптом в медицината. Болката, в съчетание със сутрешната скованост е основен симптом и при болните с РА. Тя води до сериозен физически и психически дискомфорт на болния и е причина за затруднения в изпълнение на ежедневните му задължения.

Основна група медикаменти за борба с болката са **аналгетиците** – парацетамол, ацетизал, метамизол и др., често съчетани с кофеин и други съставки, засилващи техния обезболяващ ефект. Те се отпускат без рецепта в аптеките и пациентът има лесен достъп до тях. Влияят добре при лека болка и дискомфорт, но са възможни алергични реакции, понякога до алергичен шок, а при системната им употреба се наблюдават бъбречни увреди.

Другата основна група медикаменти са **нестероидните противовъзпалителни средства /НСПВС/**. Това са лекарства, които намаляват възпалението в тъканите, отока и болката. Някои по-известни лекарства от тази група, произвеждани под различни търговски имена от фармацевтичните компании са напроксен, ибупрофен, етодолак, диклофенак, кетопрофен, нимезулид и мн. др. Медикаментите от тази група имат голям брой странични ефекти, като най-честите от тях са стомашен дискомфорт, парене зад гръдната кост, киселини, стомашни ерозии и язва, както и кървене от храносмилателния тракт. За да

се намалят нежеланите ефекти върху храносмилателния тракт тези медикаменти често се прилагат след хранене и в комбинация с други лекарства, които играят предпазна роля за храносмилателната система. По-нова подгрупа са т.нар. СОХ-2 селективни средства. Към тази група спадат целекоксиб, мелоксикам и др. Поносимостта и ефективността на отделните лекарства от групата на нестероидните противовоспалителни средства силно варират при отделните пациенти. Ако НСПВС се приемат в големи дози, тогава страничните ефекти са много по-сериозни, отколкото пациентите предполагат. От това може да последват: раздразване на стомаха и червата, кървене от стомашно-чревния тракт, намалена бъбречна функция, задържане на течности в организма, нарушения в сърдечната дейност и др.

Ревматично болните в България попадат много късно при специалист – ревматолог. Средното забавяне е между една и три години. Българският пациент имат склонност към самолечение, най-вече с НСПВС. 57% от болните са прибегвали към самолечение преди да бъдат прегледани от специалист, а при 60% настъпват нежелани лекарствени реакции – най-често от страна на стомашно-чревния тракт и сърдечно-съдовата система. Рискът от нежелани странични ефекти се увеличава при възрастни пациенти. НСПВС са противопоказани при пациенти със стомашна или дуоденална язва, кървене от стомашно-чревния тракт или нарушена бъбречна функция. Не трябва да се вземат заедно с антикоагуланти – лекарства, намаляващи съсирваемостта на кръвта. Възможни са и други странични ефекти, но те

зависят преди всичко от състоянието на организма. Затова по-голямата част от тези препарати се отпускат в аптеките срещу рецепта. **Изборът на обезболяваща терапия и дозировката на тези препарати трябва да бъде определена и контролирана от лекуващия лекар.**

Кортикостероидите (стероиди) са производни на хормоните на кората на човешката надбъбречна жлеза и са изключително мощни противовъзпалителни средства. Те могат да се приемат през устата, чрез мускулни или венозни инжекции, или чрез инжектиране директно в засегнатите стави. Кортикостероидите бързо намаляват възпалението в засегнатите тъкани, като намаляват болката и отока и възстановяват функцията на ставите. **Изписването, дозировката и контрола при лечение с тях се прилага от лекар, добре подготвен за работа с тях.** Прилагат се за кратки периоди от време при тежки тласъци в развитието на заболяването. Стремехът е да се използват възможно най-малки дози или дозата да се намали бързо. Лечението с кортикостероиди никога не се спира рязко (дозата им се намалява постепенно), тъй като това може да провокира нов тласък на болестта. Важно е да се знае, че кортикостероидите предизвикват зависимост при продължителна употреба и неправилно дозиране. Те имат многобройни сериозни странични ефекти. **8% от болните с ревматични заболявания в България се самолечат с кортикостероиди, с всички рискове от нежелани лекарствени реакции и необратими последици.** За да се избегнат страничните ефекти, кортикостероидите се прилагат по определени схеми и в комбинация с медикаменти, защитаващи лигавицата на стомаха и дванадесетопръсника.

Болестмодифициращи лекарства или базисни средства

В тази група влизат медикаменти от различни фармакологични групи, обединени от ефектите си върху болестния процес при ревматоидния артрит. Те спират или намаляват прогресивното увреждане на ставния хрущял, костите и околоставните структури и предотвратяват деформацията на ставите. Болестмодифициращите лекарства обикновено упражняват благоприятния си ефект след по-дълъг период от време на приемане (от седмици до месеци). Прилагат се за години в променящи се дози, съобразно промяната в хода на болестта. Ефектът на различните лекарства от тази група при отделните пациенти е различен. Поради това лекуващият лекар може да смени след няколко месеца изписания препарат с друг или да препоръча комбинация от тях. В случай, че се окажат ефективни, модифициращите болестта антиревматични лекарства водят до навлизането на болестта в ремисия и с това забавят еволюцията на унищожението и деформацията на ставите.

Кои са най-често използваните препарати?

Метотрексат е златен стандарт за лечение на заболяването. Приема се веднъж седмично в доза, определена от лекуващия ревматолог, често с понижаваща дозировка на кортикостероиден препарат за 1 -2 месеца. Ефектът на препарата обикновено се проявява след третата или четвърта седмица. При някои пациенти може да потисне имунната система със засягне на костния мозък и черния дроб, което обикновено е преходно и след спиране на препарата отзвучава. Поради тази причина при всички пациенти, лекувани с метотрексат, периодично се извършват контролни кръвни изследвания за функцията на

костния мозък и черния дроб. Метотрексатът е предпочитано средство от групата на модифициращите болестта антиревматични лекарства. Удачно е препаратът да се приема с фолиева киселина

Лефлуномид. Осъществява действието си като блокира специфичен ензим, с важна роля в осъществяването на имунния отговор. Препаратът облекчава симптомите и забавя прогресирането на заболяването. Този медикамент може да причини заболяване на черния дроб, диария, косопад, кожни обриви и не трябва да бъде приеман по време на бременност.

Златни препарати - представляват соли на златото и се използват за лечение на РА повече от век. Могат да се приемат през устата или да се прилагат чрез инжекции по схема веднъж седмично. Лечението обикновено продължава с години. Приложението им налага периодично извършване на кръвни и уринни изследвания за контрол на нежеланите ефекти. Златните препарати се прилагат все по-рядко за лечение на ревматоиден артрит, макар, че са доказали своята висока ефективност. В България няма регистриран златен препарат в аптечната мрежа.

Хидроксихлороквин е медикамент от групата на синтетичните антималярици. Той е производно на хинина и се използва и при лечение на малария. Сред възможните му странични, нежелани ефекти са стомашно-чревно разстройство, кожни обриви, мускулна слабост, промени в ретината и увреждане на зрението. Това налага контролни прегледи при офталмолог (специалист по очни болести).

Сулфасалазин е лекарство, използвано отдавна за лечение на хроничните възпалителни заболявания на червата - язвен колит и болест на Крон. Използва се и за лечение на ревматоиден артрит. Обикновено се понася добре. Странични ефекти са кожни обриви и стомашно-чревно разстройство. Тъй като сулфасалазин има

структура, сходна с тази на сулфонамидите, той не трябва да се прилага при болни с алергия към тях.

В последните години за лечение на ревматоидния артрит се използват нови модифициращи болестта средства - **биологични лекарства или модулатори на биологичния отговор**. Това е изцяло нова група лекарства, използващи нов „подход“ за повлияване на болестта. Те са продукт на съвременните биотехнологии. В сравнение с традиционните модифициращи антиревматични средства от „втора линия“, биологичните лекарства се характеризират с много по-бързо настъпващ ефект и по-мощно въздействие по отношение предотвратяването на прогресивното увреждане на ставите. Тези нови препарати взаимодействат и „неутрализират“ действието на някои биологично активни молекули, които са крайни „изпълнители“ или важни сигнални посредници в осъществяването на имунната атака към определени тъкани и органи. Тези препарати се съхраняват в хладилник и се транспортират с хладилна чанта поради своята биологична структура.

Условно се делят на TNF блокери, интерлевкинови инхибитори, клъстерни блокери и киназни инхибитори. На българския фармацевтичен пазар от групата на TNF блокерите са регистрирани etanercept, infliximab, adalimumab, golimumab и certolizumab pegol. В ставите те се свързват с един специфичен белтък (протеин), наречен TNF (tumor necrosis factor, тумор некротизиращ фактор), който участва във възпалението и осъществява вредните си ефекти върху ставите. „Неутрализирането“ на TNF прекъсва и сигнала, който тази молекула предава към клетките на възпалението за отключване на възпалителната реакция. Прилагането на тези препарати при болни от ревматоиден артрит води до бързо и значително

подобряване на симптомите. Досегашните проучвания на тези лекарства показват, че те предотвратяват прогресиращата ставна деструкция в хода на ревматоиден артрит. Прилагат се обичайно в комбинация с метотрексат (в тези случаи е отбелязана по-голяма ефективност на лечението) или други средства от „втора линия“.

Друго биологично лекарство е **tocilizumab**. Медикаментът се свързва с един биологично активен протеин (белтък), наречен интерлевкин-6 (IL-6), който играе ролята на основна сигнална молекула между различните клетки и белтъци, участващи в имунния отговор. Има доказан ефект при лечение на ревматоиден артрит при възрастни и деца. За разлика от TNF блокерите **tocilizumab** може да се прилага самостоятелно, без метотрексат.

От групата на клъстерните блокери в България е регистриран препаратът **rituximab**, който се използва при незадоволителен отговор при лечение с TNF блокери. Предимство на **rituximab** в случаите на неадекватно повлияване от TNF блокерите е както доказаната му ефективност, така и удобството за пациента поради приложението на 6-месечни интервали.

Киназните инхибитори са нови средства за лечение на РА. Те все още са във фаза на проучване и тепърва предстои да бъдат въведени като рутинна практика в България.

Основните противопоказания за включване на биологична терапия са следните: злокачествени заболявания, остри и хронични инфекции, туберкулоза, хепатит и застойна сърдечна недостатъчност.

Поради високата цена на биологичната терапия, медикаментите от тази група имат особен режим на отпускане, предписан от НЗОК. Необходимо е:



Приложение 1А (или 1Б - при продължение на терапията) и Протокол - издават се от специалисти ревматолози, работещи по договор с НЗОК.

Експертно становище - издава се от специализирана комисия – ЕЛК (експертна лекарска комисия) в лечебните заведения за болнична помощ сключили договор с НЗОК.

След подготвяне на необходимата документация болният се явява на комисия. В България има 3 специализирани комисии (ЕЛК):

Клиника по ревматология, София – УМБАЛ „Св. Иван Рилски“

Клиника по ревматология, Пловдив – УМБАЛ „Св. Георги“

Клиника по ревматология, Варна – УМБАЛ „Св. Марина“

Засягането на други органи и системи в хода на ревматоиден артрит се лекува отделно. Така например възпалението на обвивката на сърцето и белите дробове може да наложи приемането за кратко време на високи дози кортикостероиди. Синдромът на Сьогрен се лекува с овлажняващи капки и осигуряване на овлажнен въздух и т.н. Понякога активно лечение налагат и настъпилите в хода на основното противоревматоидно лечение нежелани ефекти, като засягане на костния мозък и костите, бързобчно и чернодробно увреждане и т.н

Какво е немедикаментозното лечение?

В него се включват специални рехабилитационни програми, балансиращи физическа активност и покой, различни физиотерапевтични методи, използване на ортезни средства, обучение и самообучение на пациентите, спазване на съобразена с болестта диета и начин на живот, участие в групи за взаимопомощ и т.н.

Рехабилитационната програма се изготвя от специалист кинезитерапевт индивидуално за всеки болен. Изгражда се баланс между физическа активност и покой. При тласък на болестта е необходимо да се осигури покой до намаляване на оплакванията.

Когато оплакванията са слабо изразени, се препоръчва умерена физическа активност - упражнения за мускулна сила, за постигане и поддържане на добър обем на движение в засегнатите стави и т.н. Особено подходящ спорт е плуването. Важно е да се редуват покой и активност в ставите, като се избягва задържането им в едно и също положение за дълго време. Прилагането на студ и топлина в определени етапи на болестта води до значително облекчаване на оплакванията. По правило студовите процедури (ледолечение, хладен душ и др.) се прилагат при остри тласъци на болестта с ясно изразени болка, оток, зачервяване и подуване на ставите. **В активния стадий на болестта не се прилагат загреващи процедури на ставите.** Лечебният масаж има големи възможности за намаляване на болката и сковаността и заподдържане на добър обем движение. Санаториалното и курортолечението имат важно място в рехабилитационната програма на пациента.



В определени етапи от болестта се използват различни **ортезни средства** - шини, бастун, патерици, както и специализирани тоалетни седла и др. Ортезните средства имат за цел да предотвратят деформацията на ставите и околоставните тъкани, или ако такава вече е настъпила, да осигурят приемлива функция на съответните части на тялото.

Важно е да се намали ежедневиия психоемоционален стрес. Отказът от тютюнопушене и нормализирането на телесното тегло са важни елементи от общия лечебен план за осигуряване на добро качество на живот.

Ревматоидният артрит е заболяване, което съпътства болния през целия му живот. Затова обучението и самообучението по всички въпроси, свързани с клиничната картина, диагностиката и лечението на ревматоиден артрит, са част от начина на живот на пациентите. Често, за да се подпомогнат процесите на обучение и социална адаптация, болните се включват в специализирани групи за помощ и взаимопомощ.

Хирургично лечение при РА:

Хирургичното лечение се прилага при тежко засягане на ставите, мускулите и околоставните тъкани в хода на ревматоиден артрит, както и при сериозно увреждане на големите стави (напр. тазобедрени). Този вид лечение се осъществява от специалисти - ортопеди-травматолози в специализирани болници. Целта на медикаментозното лечение на РА е болният да не достига до оперативна намеса.

Физическа активност при болните с РА:

Когато болестта е активна и причинява силни болки, на пациента се препоръчват почивка и пълно спокойствие. Погрешно би било обаче болните да се оставят продължително време на легло. Силно засегнатите стави могат по време на почивките да се подкрепят с леки шини, което успокоява болката. Важно е да се предотврати развитието на флексионни контрактури (фиксирано сгънато състояние на ставите). Това се постига с леки раздвижващи упражнения, без превишаване прага на болката. След като възпалението вече е под контрол, може да се предприеме леко трениране на мускулите за поддържане на силата им и задържане на пълното разгъване на ставите. Физическите упражнения трябва постепенно да се засилват до степен на лека умора. Ако са се развили флексионни контрактури, е необходима по-интензивна физиотерапия. Отделя се време за сутрешна гимнастика, ко-

гато ставите са сковани. Тя трябва да продължи няколко минути или най-много час, за да се раздвижат и отпуснат схванатите стави. Прекомерната гимнастика може да причини възпаление, а липсата на движение – да засили болката. Въпреки, че пациентите често се чувстват уморени (умората е характерен признак на болестта), необходимо е да не се ограничава. Упражненията, по възможност, се правят всеки ден, като се повтарят по няколко пъти следните примерни упражнения:



*Събират се пръстите в юмрук и след това рязко се разтваря юмрука.

*Правят се кръгове с китките на ръцете.



*В лежащо положение - свиват краката в колената, приближават се към корема и се изправят.



*В лежащо положение по гръб се вдига първо единия крак, а след това и другия право нагоре.

Гимнастиката има по-добър резултат, ако тялото преди това е добре загреято. Упражненията се правят внимателно и бавно.



Диета при ревматоиден артрит

Идеята, че промените в диетата повлияват положително на ревматоидния артрит, се дискутира от дълго време в научните среди. За съжаление много от изказаните мнения са противоречиви. Някои от учените ревматолози и диетолози са на мнение, че промените в храненето могат да окажат положителен ефект върху симптомите на болните от ревматоиден артрит. Има известни доказателства, че вегетарианството или консумацията на по-големи количества зеленчуци могат да облекчат болестните явления. **Ограничаване на приема на мазни храни** – диета с ниско съдържание на мазнините е абсолютно необходима. Специалистите са на мнение, че пациенти, които се придържат към строго балансирана диета без или с ниско съдържание на мазнини, се повлияват благоприятно.



Гладуването понякога е полезно, но трябва да се съобрази с други съпътстващи заболявания – диабет, тиреотоксикоза и др.. Препоръчва се изграждането на индивидуален хранителен режим. Препоръчва се да се отстранят всички алергизиращи храни.

Препоръчват се: мляко, извара, сирене, яйца; месо, риба; плодове, зеленчуци; зърнени храни - овес, просо; трици и хляб от трици. Количеството мазнини трябва да е 1 г/кг телесно тегло (примерно), около 15% от тях - растителни масла. По време на обостряне на заболяването се ограничават въглехидратите (2-2,5 г на 1 кг телесно тегло), особено лесно усвоимите (захар, мед, сладка, сиропи). Готварската сол се намалява до 4-5 грама дневно (храната не се посолява, солта се добавя при вече готовите ястия - 1,5-2 г).

Не се препоръчват: спанак, киселец, шоколад, какао; сол; сладки изделия, хляб; алкохол. Менюто на болния трябва да включва повишено количество витамини (особено В1, В2, В6, РР, С, Р, В). Такива медикаменти изискват ястията да бъдат богати на белтъчини и витамини. При тежка форма на заболяването се назначава безсолна диета със силно ограничаване на въглехидратите и с необходимото количество зеленчуци, плодове. При намален апетит, изразена деформация на ставите и изменения в лабораторните показатели се препоръчва засилен прием на храни с високо съдържание на протеини, нормално количество мазнини и умерено ограничаване на солта и въглехидратите.

Бременност и ревматоиден артрит

Някои ревматични заболявания се влияят благоприятно от бременността и в хода на нейното протичане могат да отбележат чувствително подобрение. Това важи и за РА. Редица проучвания определят водещата роля на женските полови хормони в механизмите на това подобрение. При около 80% от бременните пациентки състоянието се подобрява. След раждането често болестта отново се обостря. В незначителен процент от случаите РА се отключва в хода на бременността. Проблемите при бременните с РА могат да бъдат и чисто механични – в зависимост от стадия на заболяването. РА - ставна форма не крие опасност за плода – раждат се напълно здрави деца. Риск обаче съществува при тежките форми на РА със засягане на вътрешните органи. Важно в прилагането



на терапията за лечение на РА са възможността за забременяване и протичането на самата бременност.

Метотрексат. Препаратът има изразен неблагоприятен ефект върху половите клетки и не бива да се употребява от жени, които се опитват да забременеят. Препоръчва се спирането му да става 4 месеца преди забременяването. Противопоказан е по време на кърмене.

Сулфасалазин (Салазопирин). Някои от метаболитите на препарата преминават плацентата, а негови метаболити се откриват в майчиното мляко, но повечето автори приемат, че може да се използва по време на бременност и кърмене.

Златни соли. Преминават плацентата. Употребата им по време на бременност и кърмене е забранена.

Лефлуномид. Противопоказан е по време на бременност. Жените, които планират бременност, трябва да спрат приема му. Изчакват се 3 редовни менструални цикъла преди предприемане на опити за забременяване. При пациентките, които забременяват неочаквано на фона на провеждано лечение с Лефлуномид, плодът ще бъде изложен на неговото действие през целия период на бременността. Употребата му е забранена по време на кърмене.

TNF - инхибитори. За периода 2001-2005 г. са описани случаи, при които пациентките са провеждали лечение с биологични средства, вкл. през първото тримесечие от бременността. В един от тези случаи е описано развитието на сърдечен порок у новороденото. Infliximab не се открива в майчиното мляко, за etanercept това не е дока-

зано. С оглед пълна безопасност за плода се препоръчва спирането им 6 месеца преди планираната бременност.

Каква е прогнозата за болните от ревматоиден артрит?

Прогнозата за болните от ревматоиден артрит варира при отделните болни, **но като цяло е сериозна.**

Ревматоидният артрит е заболяване, което веднъж възникнало, съпровожда човека през целия му живот. Не е фатално заболяване, но като цяло скъсява продължителността на живота. При някои от болните водещи са болка и скованост в ставите, докато при други се стига до тежки деформации на ставите и инвалидизиране. Около 40% от болните са инвалидизирани и нетрудоспособни в различна степен след 10 годишна давност на болестта.

За повечето от пациентите ревматоиден артрит е хронично прогресиращо заболяване, като само при около 5-10 % може да се наблюдава спонтанна ремисия без лечение. В хода на болестта могат да се развият голям брой усложнения, дължащи се както на дълго продължаващото лечение, така и на самия характер на болестта (например периферна невропатия на ръцете и краката, развитие на лимфоми и др.)

Можем ли да се предпазим от ревматоиден артрит?



Засега не съществува метод, който да предсказва развитието на ревматоиден артрит и съответно не са известни мерки, които да предотвратят развитието на болестта. Наличието на болни с ревматоиден артрит или други автоимунни заболявания в семейството е сигнал да се потърси медицинска помощ, ако се забележат някои от гореспоменатите симптоми.

Заболяването се лекува и контролира от специалист-ревматолог.



За авторите

Д-р Николай Николов, д.м.

Работи в ревматологично отделение на Университетска болница - Плевен и завежда ревматологичен кабинет - Ловеч. Автор на редица публикации в наши и международни научни списания в областта на ревматологията и участия в научни форуми.

Доц . д-р Мария Панчовска - Мочева, д.м.

От 1988 година работи в Медицински университет - Пловдив. Ревматолог със защитена дисертация през 2000 година върху синдрома на Sjogren - клинични, генетични и имунологични проучвания. Автор е на повече от 150 научни труда в областта на ревматологията и вътрешните болести, две монографии, учебни ръководства и помагала.

Проф. Златимир Коларов, д.м.н.

Работи в Клиника по ревматология на Медицински университет - София. Автор на над 380 научни труда, 8 монографии, 6 художествени книги и 6 сценария - 1 за игрален и 5 за документални филми.