

Мухаммадиева С.М., Мирахмедова Х.Х.

Ташкентская медицинская академия

ТРАДИЦИОННЫЕ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ревматоидный артрит (РА) — серьезное заболевание суставов, поражающее 1–2% населения в возрасте от 20 до 50 лет во всем мире. РА является основной причиной инвалидности среди населения развивающихся стран и западных стран. Это аутоиммунное заболевание, вызывающее воспаление и боль в синовиальных суставах. В РА участвуют провоспалительные маркеры, включая цитокины, такие как интерлейкин-1 (IL-1), IL-6, IL-7, IL-8 и фактор некроза опухоли- α (TNF- α). Лечение РА включает блокаду TNF- α , терапию В-клеток, блокаду IL-1 и IL-6 и ингибирование ангиогенеза. Синтетические препараты, доступные для лечения РА, включают модифицирующие заболевание противоревматические препараты (БПВП), такие как циклофосфамид, сульфасалазин, метотрексат, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и золото для внутримышечного введения. Эти агенты вызывают неблагоприятные гепаторенальные эффекты, гипертонию и язву желудка. Мы обнаружили, что пациенты с диагнозом хронической боли, как при РА, и те, кто невосприимчив к современному лечению, чаще всего обращаются к традиционной медицине. Примерно 60–90% пациентов с артритом используют традиционные лекарства. Поэтому необходимо установить эффективность и безопасность этих традиционных лекарств. Лечение РА предполагает комплексную мультидисциплинарную стратегию, направленную на уменьшение боли и воспаления, а также на восстановление активности суставов. Представлен обзор потенциальных лекарственных растений, обладающих противоартритной и противоревматической фармакологической активностью.

Ключевые слова: Ревматоидный артрит (РА), Провоспалительные маркеры, Лекарственными средствами для лечения РА

Введение

Ревматоидный артрит (РА) — аутоиммунное заболевание, вызванное дефектной иммунной системой, поражающей суставы организма [1]. Начало РА незаметно и прогрессирует в сторону отека суставов, болезненности и разрушения суставов [2]. Распространенность РА растет (табл. 1), а его распространенность во всем мире составляет около 0,5–1%. Это расстройство чаще всего возникает у людей с семейным анамнезом артрита; следовательно, РА также считается генетическим заболеванием. При РА различные аутоантитела атакуют ткани и вызывают повреждение суставов. Аутоиммунитет возникает через иммунопатологические, расовые и генетические механизмы [3]. Распространенность РА коленного сустава составляет 25%. РА чаще всего встречается у пожилых людей [4]. РА также играет роль в прогрессировании амилоидоза, поражающего почки. Оно часто проявляется протеинурией и может привести к нефритическому синдрому или почечной недостаточности [5]. Характерные поражения проявляются в виде костных эрозий за пределами пораженной кости. Рентгенологически наблюдаются эрозии стоп и кистей. Другие изменения включают уменьшение суставной щели, что приводит к истончению хряща, остеопорозу околосуставной кости и кистам. Прогрессирующее заболевание характеризуется опустошением концов кости [6]. Общий

анализ крови при РА показывает анемию и повышенные уровни скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и С-реактивного белка (СРБ) [7].

Приблизительно 80% и 30% пациентов имеют положительный результат теста на РА и антинуклеарные антитела соответственно [8]. Изменения выявляются в аспирированной синовиальной жидкости. Из сустава всегда следует аспирировать и культивировать его, поскольку при РА может возникнуть септический артрит [9]. Доступны многие терапевтические средства, включая сульфасалазин, хлорохин, пеницилламин, ауриотиомалат натрия, кортикостероиды и диклофенак натрия, но эти препараты имеют побочные эффекты и ограниченную эффективность. Поэтому для лечения РА необходимы альтернативные методы лечения. Все описанные препараты значительно уменьшают боль при применении в выбранных дозах. Необходимо идентифицировать биоактивные ингредиенты, обладающие терапевтической эффективностью против РА. Из-за ограничений и побочных эффектов аллопатических препаратов как пациенты, так и врачи ждут новых препаратов для успешного лечения РА. Обычно назначаемые альтернативные методы лечения включают антибиотики, растительные препараты, пищевые добавки и диетические препараты.

Значение воспаления

Цитокины-медиаторы влияют на физиологические явления при РА. Поступление иммунных факторов в синовиальную оболочку сустава вызывает активацию фибробластов, хондроцитов и остеокластов [10]. Прогрессирование воспаления приводит к разрушению суставов и болям, что в конечном итоге приводит к инвалидности и деформации. Хроническое воспаление увеличивает риск инсульта, инфаркта миокарда и смерти. Распространенность сердечно-сосудистых нарушений достоверно выше у больных с диагнозом РА, чем у пациентов с диагнозом РА.

Синтез белка острой фазы

Реакция острой фазы характеризуется изменениями в специфических белках, таких как фибриноген, гаптоглобин, сывороточный амилоид А, гепсидин и СРБ, вследствие изменения синтеза белка в гепатоцитах [37]. Активность IL-6 является самой высокой среди всех белков острой фазы. Другие способствующие факторы включают гамма-интерферон (IFN γ), фактор роста опухоли (TGF) и TNF. Однако ответ острой фазы длится всего несколько дней. Некоторые факторы могут оставаться неизменными на неопределенный срок. Более высокая концентрация СРБ может...

Признаки и симптомы

Признаки и симптомы включают спленомегалию, поражение ногтевых валиков при васкулите, синдром запястного канала, атлантоаксиальный подвывих, сенсомоторную полиневропатию, узелки бурсита, сухость глаз, склеромаляцию, склерит, деформацию суставов, болезненность, покраснение суставов, общее недомогание, утомляемость, утреннюю скованность суставов. боль, физическая инвалидность, прогрессирующая деструкция суставов, костные эрозии, стойкое синовиальное воспаление [54], отек лодыжки и язва голени [34].

Факторы риска и детерминанты здоровья при РА

Этиология РА неизвестна. Генетические факторы могут быть связаны с DR1 в Индо-Пакистанском регионе и HLA-DR4 у европеоидов. Факторы риска РА включают

экологические, биологические, психологические и поведенческие отклонения. Некоторые факторы риска включают сопутствующие заболевания, такие как ожирение, депрессия, курение, а также рабочее время, которое можно изменить. Контролируя их, мы могли бы использовать такие профилактические меры вместо противоревматических лекарств.

Лечение РА

Основная цель лечения — уменьшить прогрессирование заболевания или воспаления, а также повреждение суставов, а также улучшить качество жизни и физическое состояние [74].

Фармакологическое лечение РА

Лекарства для лечения РА включают блокаторы TNF- α (инфликсимаб, этанерцепт, цертолизумаб и адалимумаб), тоцилизумаб (антагонист IL-1), истощающие В-клетки (ритуксимаб), модулятор костимуляции Т-клеток (абатацепт), антагонист IL-6 (тоцилизумаб) и антагонист рецептора IL-1 (анакинра). Тоцилизумаб проявляет побочные эффекты, включая перфорацию желудочно-кишечного тракта, инфекции верхних дыхательных путей, назофарингит и головные боли [96].

Операция

Хирургическое вмешательство рекомендуется, если заболевание не поддается медикаментозному лечению [138]. Хирургическое вмешательство при РА включает синовэктомию, теносиновэктомию, перестройку сухожилий, реконструктивную хирургию или артропластику и артродез [139].

Потребность в растительных препаратах для лечения РА

Традиционное лечение РА представляет собой проблему с точки зрения эффективности и безопасности. Из-за побочных реакций на современные лекарства пациенты часто рассматривают использование фитотерапии для лечения РА. Исследование показало, что люди, страдающие от хронической боли, например, при РА, и те, кто невосприимчив к современному лечению, скорее всего, рассмотрят возможность применения традиционной медицины. Примерно 60–90% пациентов с артритом используют традиционные лекарства [144].

Нутрицевтики в РА

Многие фитохимические вещества могут либо улучшать, либо замедлять РА благодаря своему ингибирующему ферментам, иммуномодулирующему, противовоспалительному и антиоксидантному действию. Диетические фитохимические вещества, такие как апигенин, куркумин, арктигенин, эпигаллокатехин-3-галлат, галловая кислота, феруловая кислота, генистеин, кемпферол, кверцетин и ресвератрол, проявляют значительный фармакологический эффект и представляют собой безопасные и эффективные стратегии лечения [177].

Заключение

Люди с РА живут на три-12 лет меньше по сравнению с населением в целом. Повышенная смертность больных РА обусловлена главным образом усилением сердечно-

сосудистых нарушений, особенно у пациентов с хроническим воспалением и повышенной активностью заболевания. Сравнительно новые биологические средства могут обратить вспять прогрессирование атеросклероза и увеличить продолжительность жизни людей с РА. РА, наиболее распространенный воспалительный артрит, представляет собой сложное заболевание, связанное с серьезным повреждением суставов.

Литература:

1. Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Каримов М.М. и др. Нарушения липидного обмена и функциональное состояние печени больных коронарной болезнью сердца после стентирования. Кардиология Узбекистана // Научно-практический журнал. – 2018. – (48) №2. – С. 118-119.
2. Антипова В.Н., Яшина М.Н. Кардиоваскулярная патология при ревматических заболеваниях (обзор литературы). – XLII Огарев чтения науч. конф. Естеств. науки. – 2014. – С. 158 – 164.
3. Елисеев М.С., Желябина О.В., Чикина М.Н. и др. Влияние терапии на субклинический атеросклероз сонных артерий у пациентов с болезнью депонирования кристаллов пирофосфатов кальция и остеоартритом (пилотное исследование). Научно-практическая ревматология журнал // – 2021. –Том:59 –№6. –С.708-714.
4. Насонов Е. Л., Рыбакова В. В., Авдеева А. С., Дибров Д. А. Отдаленные результаты интенсивной терапии раннего ревматоидного артрита в дебюте заболевания (по данным Российского регистра ОРЕЛ). Научно-практическая ревматология журнал // – 2021. – Том:59 –№3. –С. 269-274.
5. Насонов Е.Л., Попкова Т.В. Кардиоваскулярные проблемы в ревматологии // Научно-практическая ревматология. – 2004. –№ 4. –С. 4–9.
6. Масиммо Ф. Клинические рекомендации. Европейское руководство по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (Пересмотр 2016) // Российский кардиологический журнал. – 2017. –№ 6 146). –С. 7–85.
7. Сагитова, Э.Р. Роль артериальной гипертензии в формировании изменений в каротидной зоне у больных ревматоидным артритом // II Всероссийский конгресс ревматологов России. – 2011. – С. 87 - № 340.
8. Стародубова Ю.Н., Осипова И.В. Атеросклероз // Научно-практический журнал. Москва. –2017. –Т 13, –№3. –С 33-42.
9. Тутунов В. С., Зубарева М. Ю., Малышев П. П., Кухарчук В. В. Статины в ревматологии // ФГУ РКНПК МЗиСР РФ, Москва –201. –Т 13, –№3. –С 43-45.