

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**  
**Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М.М Миррахимова**  
**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева**

Утверждено приказом МЗ КР  
№ 259 от 10.03.2023

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО**  
**по диагностике, ведению и лечению ревматоидного артрита**  
**для всех уровней здравоохранения**  
**в Кыргызской Республике**

**БИШКЕК-2022**

# **Клиническое руководство по диагностике, ведению и лечению ревматоидного артрита для всех уровней здравоохранения в Кыргызской Республике**

## **Клиническая проблема**

Ревматоидный артрит

## **Название документа**

Клиническое руководство по диагностике, ведению и лечению ревматоидного артрита для всех уровней здравоохранения в Кыргызской Республике

## **Этапы оказания помощи**

Амбулаторный и стационарный уровни оказания медицинской помощи

## **Цель создания Клинического руководства**

Внедрение и организация системы единого подхода по оказанию качественной медицинской помощи при ревматоидном артрите, основанного на международных клинических руководствах высокого методологического качества и адаптированных к местным условиям.

## **Целевые группы**

Семейные врачи, врачи первичного и стационарного уровня здравоохранения, ревматологи, медицинские сестры, организаторы здравоохранения; специалисты, контролирующие качество оказания медицинской помощи (ФОМС).

**Клиническое руководство применимо** к пациентам с ревматоидным артритом, нуждающихся в оказании качественной медицинской помощи на амбулаторном и стационарном уровне организаций здравоохранения.

**Дата создания:** сентябрь-декабрь 2022 г.

Данная клиническое руководство разработано на основании новых обновленных данных по наилучшей клинической практике по диагностике, ведению и лечению ревматоидного артрита, в дальнейшем будет обновляться по мере появления новых доказательств.

## **Адрес для переписки с рабочей группой**

Кыргызская Республика, г. Бишкек

Национальный центр кардиологии и терапии им. М.М. Миррахимова

Ул. Т.Молдо, 3, 720040

### **Омурзакова Назгуль Атабековна**

зам.директора по научной работе НЦКТ  
им. М.М. Миррахимова, к.м.н., с.н.с.

e-mail: [omurzakova.nazgul@gmail.com](mailto:omurzakova.nazgul@gmail.com)

### **Лобанченко Ольга Валерьевна**

главный ревматолог МЗ КР, президент  
Кыргызской ревматологической  
Ассоциации, доцент кафедры госпитальной  
терапии КГМА, к.м.н.

e-mail: [olga\\_lobanchenko@mail.ru](mailto:olga_lobanchenko@mail.ru)

## СОДЕРЖАНИЕ

1.	Список сокращений	4
2.	Основные термины и определения	6
3.	Введение	8
4.	Состав рабочей мультидисциплинарной группы по созданию руководства	10
5.	Стратегия поиска информации	13
6.	Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций	15
7.	Цель и задачи руководства	16
8.	Определения	17
9.	Этиология и патогенез	17
10.	Эпидемиология	17
11.	Классификация РА	18
12.	Рекомендации по сбору данных у пациентов с РА	21
13.	Рекомендации по физикальному обследованию пациентов с РА	22
14.	Рекомендации по оценке активности РА	25
15.	Постановка диагноза	31
16.	Рекомендации по лабораторной диагностике РА	32
17.	Рекомендации по инструментальной диагностике РА	33
18.	Рекомендации по дифференциальной диагностике	37
19.	Рекомендации по немедикаментозному лечению РА	39
20.	Рекомендации по лечению РА	41
21.	Противоревматические препараты, модифицирующие заболевание (DMARDs)	43
22.	Рекомендации при беременности	52
23.	Рекомендации по хирургическому лечению	52
24.	Рекомендации по ведению пациентов с РА	54
25.	Рекомендации по ведению пациентов с РА и сопутствующими заболеваниями	56
26.	Рекомендации по вакцинации	58
27.	Рекомендации по реабилитации	59
28.	Рекомендации по профилактике	62
29.	Рекомендации по госпитализации	62
30.	Список использованной литературы	63
31.	Приложения	65

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	-	артериальная гипертония
АТ	-	антитела
АЛТ	-	аланинаминотрансфераза
АРР	-	Ассоциация ревматологов России
АСТ	-	аспартатаминотрансфераза
АЦЦП	-	антитела к циклическому цитруллированному пептиду
АНФ	-	антинуклеарный фактор
БСВ	-	болезнь Стилла взрослых
БШ	-	болезнь Шегрена
ВАШ	-	визуальная аналоговая шкала
в/в	-	внутривенное
в/м	-	внутримышечное
в/с	-	внутрисуставное
ВОЗ	-	Всемирная организация здравоохранения
ГКС	-	глюкокортикостероиды
ГХ	-	гидроксихлорохин
ЖКТ	-	желудочно-кишечный тракт
ИБС	-	ишемическая болезнь сердца
ИЛ	-	интерлейкин
КГМА	-	Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
КРА	-	Кыргызская ревматологическая ассоциация
КТ	-	компьютерная томография
КФК	-	креатинфосфокиназа
ЛС	-	лекарственные средства
ЛФ*	-	лефлуномид
ЛФК	-	лечебная физкультура
МКБ-10	-	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МНН	-	международное непатентованное наименование
МТ*	-	метотрексат
МРТ	-	магнитно-резонансная томография
НЛР	-	нежелательная лекарственная реакция
НПВП	-	нестероидные противовоспалительные препараты
ОА	-	остеоартроз (остеоартрит)
ОАК	-	общий анализ крови
ОАМ	-	общий анализ мочи
ООАВ	-	общая оценка артралгий врачом
ООЗП	-	общая оценка здоровья пациентом
ООСЗ	-	общая оценка состояния здоровья
ОП	-	остеопороз
п/к	-	подкожно
РА	-	ревматоидный артрит
РКИ	-	рандомизированные контролируемые исследования
РТМ*	-	ритуксимаб
РФ	-	ревматоидный фактор
СС*	-	сульфасалазин
СВ	-	системный васкулит
СЖ	-	синовиальная жидкость
СКВ	-	системная красная волчанка
ССД	-	системная склеродермия

ССЗ	- сердечно-сосудистые заболевания
ССС	- сердечно-сосудистая система
СРБ	- С-реактивный белок
СШ	- синдром Шегрена
ТЦЗ*	- тоцилизумаб
УД	- уровень доказательности рекомендаций
УЗИ	- ультразвуковое исследование
ФК	- функциональный класс
ФНО- $\alpha$	- фактор некроза опухоли-альфа
ЦОГ	- циклооксигеназа
ЦФ*	- циклофосфамид
ЧБС	- число болезненных суставов
ЧПС	- число припухших суставов
ЭКГ	- электрокардиография
ЭТЦ*	- этанерцепт
ЭХОКГ	- эхокардиография
EULAR	- Европейская антиревматическая лига (European League Against Rheumatism)
ACR	- Американская Коллегия ревматологов (American College of Rheumatology)
DMARDs	- disease-modifying antirheumatic drugs (БМПРП)
csDMARDs	- conventional DMARDs (стандартные БМПРП)
bDMARDs	- biologic DMARDs (биологические БМПРП)
tsDMARDs	- targeted synthetic DMARDs (биологические БМПРП)
JAK	- янус-киназы
DAS 28	- Disease Activity Score in 28 (показатель активности заболевания)
CDAI	- Clinical Disease Activity Index (Индекс клинической активности заболевания)
SDAI	- Simplified Disease Activity Index (Упрощенный индекс активности заболевания)
RAPID 3	- Routine Assessment of Patient Index Data 3 (Рутинная оценка данных индекса пациента 3)
PAS II	- Patient Activity Scale-II (Шкала активности пациента-II)
HAQ	- Health Assessment Questionnaire (Multi-dimensional HAQ –MD-HAQ) Опросник оценки состояния здоровья (многомерный HAQ – MD-HAQ)
FDA	- Food and Drug Administration

## ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Недифференцированный артрит (НДА)** – воспалительное поражение одного или нескольких суставов, которое не может быть отнесено к какой-либо определенной нозологической форме, поскольку не соответствует классификационным критериям ревматоидного артрита (РА) или какого-либо другого заболевания.

**Ранний РА** – длительность менее 12 месяцев (с момента появления симптомов болезни, а не постановки диагноза РА).

**Развернутый РА** – длительность более 12 месяцев, соответствующий классификационным критериям РА (ACR/EULAR, 2010 г.).

**Клиническая ремиссия РА** – отсутствие признаков активного воспаления, критерии ремиссии: – число болезненных суставов (ЧБС), число припухших суставов (ЧПС), С-реактивный белок (СРБ, мг/%), и общая оценка заболевания пациентом (ООЗП, по ВАШ) меньше или равно 1 или CDAI меньше или равно 2,8 (критерии ACR/EULAR, 2011 г.).

**Стойкая ремиссия РА** – клиническая ремиссия длительностью 6 месяцев и более.

**Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)** – группа синтетических лекарственных средств, обладающих симптоматическим обезболивающим, жаропонижающим и противовоспалительным эффектами, связанными в первую очередь с ингибированием активности циклооксигеназы – фермента, регулирующего синтез простагландинов.

**Глюкокортикостероиды (ГКС)** – синтетические стероидные гормоны, обладающие естественной противовоспалительной активностью.

**Низкие дозы ГК** – дозы ГК менее 7,5 мг/день преднизолона (или эквивалентная доза другого ГК).

**Средние дозы ГК** – 7.5-30 мг/день преднизолона (или эквивалентная доза другого ГК).

**Высокие дозы ГК** – более 30 мг/день преднизолона (или эквивалентная доза другого ГК).

**Противоревматические препараты (DMARDs - disease-modifying antirheumatic drugs)** – противоревматические препараты с различной структурой, фармакологическими характеристиками и механизмами действия, используемые для лечения РА и других ревматических заболеваний.

**Синтетические базисные противоревматические препараты (csDMARDs)** – группа синтетических противовоспалительных лекарственных препаратов химического происхождения, подавляющих воспаление и прогрессирование деструкции суставов.

**Таргетные синтетические БПВП (tsDMARDs)** – группа синтетических противовоспалительных лекарственных средств химического происхождения, по механизму действия, специфически блокирующих функционирование внутриклеточных сигнальных путей "провоспалительных" и иммунорегуляторных цитокинов.

**Биологические противовоспалительные препараты (bDMARDs)** – группа лекарственных средств биологического происхождения, в том числе моноклональные антитела (химерные, гуманизированные, полностью человеческие) и рекомбинантные белки (обычно включают Fc фрагмент IgG человека), полученные с помощью методов генной инженерии, специфически подавляющие иммуновоспалительный процесс и замедляющие прогрессирование деструкции суставов.

**Ревматоидные факторы (РФ)** – аутоантитела IgM, реже IgA и IgG изотипов, реагирующие с Fc-фрагментом IgG.

**Антитела к цитруллинированным белкам (АЦБ)** – аутоантитела, которые распознают антигенные детерминанты аминокислоты цитруллина, образующейся в процессе посттрансляционной модификации белков, наиболее часто определяются

антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) и антитела к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ).

**Нежелательная лекарственная реакция (НЛР)** – любое неблагоприятное явление, которое развивается в момент клинического использования лекарственного препарата и не относится к его заведомо ожидаемым терапевтическим эффектам.

**Липидный профиль** – биохимический анализ, позволяющий объективизировать нарушения в жировом обмене организма, к которому относятся холестерин (ХС), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ).

**Стандартные инфузионные реакции (СИР)** – НЛР, связанные с проведением инфузии лекарственного препарата.

## ВВЕДЕНИЕ

Ревматоидный артрит (РА) относится к числу наиболее распространенных и тяжелых хронических иммуновоспалительных заболеваний, приводящих к ранней инвалидизации больных, отмечается высокий уровень преждевременной смертности вследствие РА. Улучшить прогноз и исходы болезни способны только своевременная диагностика и раннее активное лечение больных РА [1].

Поражение РА населения составляет около 1% всего населения земного шара. Болеют лица любого возраста, от младенцев до пожилых людей, чаще женщины. По статистике ревматоидный артрит был установлен на 1-м году заболевания у 57,9% пациентов, остальные лечились по поводу недифференцированного (неустановленного вида) артрита (НДА), а это значит, не получали необходимой терапии. Еще через год у 33% больных этой группы был выявлен РА, то есть, их лечение замедлилось еще почти на год [3].

Ревматоидный артрит (РА) представляет собой симметричный воспалительный периферический полиартрит неизвестной этиологии. Обычно это приводит к деформации из-за растяжения сухожилий и связок и разрушению суставов из-за эрозии хрящей и костей. Если его не лечить или не реагировать на терапию, воспаление и разрушение суставов приводят к потере физической функции, неспособности выполнять повседневные жизненные задачи и трудностям в поддержании занятости. Неконтролируемое воспаление может иметь другие риски для здоровья, включая более высокие показатели сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза и некоторых видов рака (например, лимфомы) [2].

Раннее распознавание и лечение противоревматическими препаратами, модифицирующими заболевание (DMARDs), важны для достижения контроля над заболеванием и предотвращения травм суставов и инвалидности. Однако, у больных с ранним заболеванием суставные проявления часто трудно отличить от других форм воспалительного полиартрита. Более характерные признаки РА, такие как эрозии суставов, ревматоидные узелки и другие внесуставные проявления, наблюдаются в основном у пациентов с длительным, плохо контролируемым заболеванием, но часто отсутствуют при начальных проявлениях [2].

Актуальность РА не ограничивается только растущей распространенностью заболевания, но и обусловлена его влиянием на продолжительность и качество жизни, показатели нетрудоспособности. Известно, что РА приводит к повышению частоты смертности пациентов, сокращая продолжительность жизни в среднем на 3-10 лет. Факторами риска высокой смертности при РА являются пожилой возраст, белая раса, низкая масса тела, высокие уровни СОЭ и СРБ, высокие значения индекса оценки активности из 28 суставов – Disease Activity Score 28 (DAS28), ревматоидные узелки и использование преднизолона. Наоборот, лечение метотрексатом позволяет снизить смертность на 40% [4]. Причинами летальных исходов чаще всего становятся инфекции, поражение почек и желудочно-кишечного тракта, кардиоваскулярная патология, лимфопролиферативные заболевания [5]. Увеличение смертности пациентов с РА связано в большинстве случаев с высоким риском развития при данной патологии кардиоваскулярных осложнений, а именно, раннего атеросклероза, приводящего к хронической коронарной болезни, инсультам и тромбозам [6]. Кроме традиционных факторов риска (курение, повышенный индекс массы тела и т.д.) в реализации кардиоваскулярной патологии при РА большую роль играет воспаление, так как хронический системный воспалительный процесс непосредственно участвует в развитии поражения миокарда, клапанного аппарата и сосудов [7]. РА оказывает значительное негативное влияние и на качество жизни пациентов. Оно снижается под влиянием самого заболевания (хронический болевой синдром, ограничение подвижности), риска развития осложнений РА и сопутствующих заболеваний (кардиоваскулярные проблемы, склонность к интеркуррентным инфекциям, остеопороз), а также лечения (необходимость постоянного



приема лекарственных средств, частое развитие нежелательных явлений) [7]. При РА трудовой прогноз напрямую связан с клиническими особенностями заболевания и эффективностью проводимой терапии. В отсутствии лечения в течение 5 лет около 50%, а через 10-15 лет почти 90% пациентов с РА становятся инвалидами. Ранние стадии РА являются критическими в отношении структурных изменений в суставах. Установлено, что костные эрозии развиваются в первые 6 месяцев заболевания приблизительно у 40 % пациентов и более чем у 70% пациентов в первые два года от начала симптомов. При РА факторами риска неблагоприятного трудового прогноза являются: устойчивый полиартрит, высокая активность, серопозитивность, выраженные функциональные нарушения, появление эрозий в течение первого года болезни, системные проявления, слишком молодой или пожилой возраст дебюта РА, плохие социальноэкономические условия жизни.

Экономическое бремя РА складывается из прямых расходов на оказание медицинской помощи и косвенных затрат вследствие утраты пациентом трудоспособности. D. Huscher с соавт. установлено, что в Европейском союзе РА является самым распространенным и дорогостоящим ревматическим заболеванием, общая стоимость годового курса лечения пациента с РА составила в 2006 году 15 637 евро, а при функциональных потерях более 50% она возросла до 34 915 евро. Ежегодное экономическое бремя РА в США составляет 19,3 млрд. долларов США, из них 56% (10,9 млрд.) приходится на косвенные расходы. В Российской Федерации затраты на одного пациента с РА составляет 471,3 тыс российских рублей в год и 973 российских рубля в пересчете на душу населения [7].

Таким образом, учитывая высокую распространенность РА, его значимое социально-экономическое бремя, особую роль для предотвращения негативных последствий заболевания играет адекватное и своевременное лечение заболевания, а также диагностика.

## **Состав рабочей мультидисциплинарной группы по созданию руководства**

Для обновления и своевременного пересмотра клинического руководства по диагностике и лечению ревматоидного артрита для всех уровней оказания медицинской помощи была создана мультидисциплинарная рабочая группа (МДРГ) из специалистов разного профиля. Это было обусловлено следующими причинами:

- **Ревматоидный артрит (РА)** - иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание, характеризующееся прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов, развитие которого определяется сложным взаимодействием факторов внешней среды и генетической предрасположенности, ведущих к глобальным нарушениям в системе гуморального и клеточного иммунитета.
- РА является частым и одним из наиболее тяжелых иммуновоспалительных заболеваний человека, что определяет большое медицинское и социально-экономическое значение этой патологии.
- Создание МДРГ позволило включить в процесс разработки клинического руководства все заинтересованные стороны, участвующие в оказании паллиативной медицинской помощи пациентам.
- Создание МДРГ позволило исключить конфликт интересов разработчиков.

### **Ответственные исполнители за клиническое содержание руководства по разделам**

Омурзакова Н.А.	заместитель директора НЦКТ по научной работе, к.м.н.
Лобанченко О.В.	главный ревматолог МЗ КР, президент Кыргызской ревматологической Ассоциации, доцент кафедры госпитальной терапии КГМА, к.м.н., руководитель МДРГ
Оторбаева А.А.	ординатор ревматолог НОО НЦКТ

Ответственные исполнители осуществляли систематизацию и поиск ключевых рекомендаций из выбранных международных клинических руководств путем адаптации, предоставили обобщенные данные по ссылкам для формирования клинического содержания обновленного руководства.

### **Ответственная за методологическое содержание руководства и формирование клинических рекомендаций по результатам обсуждения**

Зурдинова А.А.	д.м.н., профессор, главный внештатный клинический фармаколог МЗ КР, специалист по ДМ
----------------	--

Ответственный исполнитель осуществляла систематизированный поиск имеющихся международных клинических руководств, критическую оценку найденных руководств, методологическая поддержка при формировании ключевых рекомендаций по представленной информации от МДРГ, формирование методологического содержания разработанного руководства.

### **Медицинские консультанты по разделам руководства:**

Койлубаева Г.М.	заведующая отделением ревматологии НЦКТ, к.м.н.
Саатова Г.М.	д.м.н., проф., заведующая отделением ревматологии НЦОМид
Сарыбаев А.Ш.	д.м.н., профессор НЦКТ им. М.М. Миррахимова
Айыпова Д.А.	заведующая отделением нефрологии НЦКТ, к.м.н.

В эту группу вошли представители специальностей, наиболее часто встречающиеся в повседневной практике оказанием медицинской помощи пациентам с РА. Они были приглашены из ведущих организаций здравоохранения Кыргызской Республики. Приглашение медицинских консультантов в состав разработчиков позволило обсудить применимость отдельных рекомендаций в реальной медицинской практике, а также вопросы применимости руководства в организациях здравоохранения амбулаторного и стационарного уровней Кыргызской Республики.

Протоколы согласительных заседаний мультидисциплинарной рабочей группы по разработке клинического руководства велись в соответствии с установленным порядком, ответственный за ведение протоколов – Оторбаева А.А. (ординатор ревматолог НОО НЦКТ).

Все члены группы подписали декларацию о конфликте интересов.

#### **Декларация конфликта интересов**

Перед началом работы по разработке национального клинического руководства по диагностике и лечению РА, на рабочем совещании согласительной комиссии МДРГ, проведенном 17 сентября 2022 г., все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не заявил о наличии коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для оказания медицинской помощи пациентам с РА.

#### **Процесс утверждения клинического руководства**

17 сентября 2022 года на совещании МДРГ принято решение разработать «матричное» руководство с полным описанием лучшей международной практики для повышения информированности специалистов, и дополнить национальное клиническое руководство краткими клиническими протоколами или алгоритмами, или блок-схемами в зависимости от уровней оказания медицинской специализированной помощи. Представить данные документы в удобном для использования формате, по мере возможности клинические протоколы упростить для практического использования, отразить клинические рекомендации для улучшения оснащения организаций здравоохранения. Также рассмотреть разработку стандартов и индикаторов для последующего мониторинга и оценки оказываемой паллиативной помощи на местах для улучшения качества оказываемой медицинской помощи.

24 октября, 28 ноября, 26 декабря 2022 года были расширенные заседания с членами МДРГ по обсуждению чернового формата и клинического содержания подготовленной версии клинического руководства и решено обсудить подготовленные разделы руководства для окончательной компоновки.

Также было принято решение на утверждение подготовить и клинические протоколы или алгоритмы, стандарты и индикаторы для оценки оказываемой медицинской помощи при РА, привлечь к работе медицинских сестер для обсуждения вопросов делегирования отдельных процессов для них, обсуждения и подготовки сестринского процесса по ведению пациентов с РА.

### **Процесс апробации клинического руководства**

В течении декабря 2022 года были подготовлены алгоритмы и клинические протоколы для различных уровней здравоохранения. В течение января 2023 г. разработанные алгоритмы и клинические протоколы были апробированы в регионах при обучении членами мультидисциплинарной группы по диагностике и лечению РА.

От непосредственных пользователей были получены отзывы для улучшения формата представления ключевых рекомендаций, удобству применения и возможности использования ключевых рекомендаций на местах в виде кратких блок-схем и чек-листов.

#### **Организационная помощь**

Ибраева Н.С. Начальник Управления организации медицинской помощи и лекарственной политики МЗ КР

#### **Оценка клинического содержания клинического руководства**

Мамасаидов А.Т д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней 1 медицинского факультета ОшГУ

Мартусевич Н.А. профессор кафедры кардиологии и внутренних болезней, УО «Белорусский государственный медицинский университет», главный внештатный ревматолог Минздрава Республики Беларусь, к.м.н., доцент.

Рецензенты проводили независимую оценку клинического руководства и алгоритмов по клиническому содержанию рекомендаций согласно обновленным данным по диагностике и лечению РА с позиции наилучшей клинической практики, применяемой в других странах.

#### **Оценка методологического качества клинического руководства**

Шараева А.Т. доцент каф. базисной и клинической фармакологии КРСУ, к.м.н., эксперт-методолог

Суранова Г.Ж. доцент каф. семейной медицины МВШМ МУК, к.м.н.

Методологами была проведена оценка методологического качества клинического руководства по логическому изложению, отражению наилучшей клинической практики в рекомендациях и применимости в клинической практике на местах согласно инструменту AGREE II.

## СТРАТЕГИЯ ПОИСКА ИНФОРМАЦИИ

В связи с актуальностью проблемы на сегодняшний день в мире разработано и обновлено большое количество разнообразных клинических руководств, консенсусов, стандартов и пр., посвященных диагностике и лечению РА.

МДРГ было принято решение о разработке национального клинического руководства по диагностике и лечению РА путем адаптирования уже разработанных международных клинических руководств высокого методологического качества, основанных на принципах доказательной медицины для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики.

### ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА ПОИСКА И ОЦЕНКИ СУЩЕСТВУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Поиск клинических руководств по диагностике и лечению РА осуществлялся в международных доступных электронных базах данных в сети Интернет – PubMed с использованием стратегии поиска PIPON, стратегии поиска GLAD на платформах SUMSearch, Google Scholar за последние 5 лет. В итоге поиска было найдено 10 клинических руководств.

#### Найденные электронные базы данных по клиническим руководствам и практическим рекомендациям

Страна и название ресурса	Интернет-адрес
<i>Европа</i>	
EULAR	<a href="https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/early/2022/11/17/ard-2022-223335.full.pdf">https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/early/2022/11/17/ard-2022-223335.full.pdf</a>
<i>Америка</i>	
American College of Rheumatology	<a href="https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/2021-ACR-Guideline-for-Treatment-Rheumatoid-Arthritis-Early-View.pdf">https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/2021-ACR-Guideline-for-Treatment-Rheumatoid-Arthritis-Early-View.pdf</a> <a href="https://www.rheumatology.org/Practice-Quality/Clinical-Support/Clinical-Practice-Guidelines/Rheumatoid-Arthritis">https://www.rheumatology.org/Practice-Quality/Clinical-Support/Clinical-Practice-Guidelines/Rheumatoid-Arthritis</a>
Medscape	<a href="https://emedicine.medscape.com/article/331715-guidelines">https://emedicine.medscape.com/article/331715-guidelines</a>
UpToDate	<a href="https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-rheumatoid-arthritis">https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-rheumatoid-arthritis</a>
<i>Австралия</i>	
The National Health and Medical Research Council (NHMRC)	<a href="https://www.projecthealth.com.au/static/uploads/files/racgp-ra-guideline-wfatriobhnhp.pdf">https://www.projecthealth.com.au/static/uploads/files/racgp-ra-guideline-wfatriobhnhp.pdf</a>
<i>Великобритания</i>	
NICE	<a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng100">https://www.nice.org.uk/guidance/ng100</a>
SIGN	<a href="https://www.sign.ac.uk/media/1061/sign123.pdf">https://www.sign.ac.uk/media/1061/sign123.pdf</a>
NHS	<a href="https://selondonccg.nhs.uk/wp-content/uploads/dlm_uploads/2021/09/Rheumatoid-arthritis-SEL-Pathway-FINAL-Aug-2021.pdf">https://selondonccg.nhs.uk/wp-content/uploads/dlm_uploads/2021/09/Rheumatoid-arthritis-SEL-Pathway-FINAL-Aug-2021.pdf</a>
<i>Арабские эмираты</i>	
Saudi Ministry of Health	<a href="https://www.moh.gov.sa/Ministry/MediaCenter/Publications/Documents/Protocol-014.pdf">https://www.moh.gov.sa/Ministry/MediaCenter/Publications/Documents/Protocol-014.pdf</a>
<i>СНГ</i>	
Российская Федерация	<a href="https://diseases.medelement.com/disease/ревматоидный-артрит-кп-рф-2021/17003">https://diseases.medelement.com/disease/ревматоидный-артрит-кп-рф-2021/17003</a>
<i>По лекарственным средствам</i>	

The Global Drug Database	<a href="http://www.globaldrugdatabase.com">www.globaldrugdatabase.com</a> <a href="http://www.drugs.com">www.drugs.com</a>
--------------------------	--

Найденные клинические руководства были оценены МДРГ при помощи инструмента AGREE GRS.

### Критерии включения/исключения

В связи с тем, что МДРГ провела четкие ограничения по вопросам, которые необходимо было обновить и объединить по клиническому руководству, в качестве опорных клинических руководств выбраны только те, которые были обновлены с применением подходов доказательной медицины за последние 3 года и посвящены диагностике и лечению РА на всех уровнях здравоохранения.

Были установлены языковые ограничения, так как рабочая группа имела возможность изучать источники литературы только на английском и русском языках.

### Оценка найденных клинических рекомендаций и доказательств

В результате проведенного поиска было найдено обновленных 3 клинических руководств по диагностике и лечению РА, которые содержали необходимую информацию, соответствующую задаче рабочей группы (см. табл. Характеристика отобранных клинических руководств).

### Характеристика отобранных клинических рекомендаций по паллиативной помощи

№	Название руководства	Качество	Новизна	Применимость	Варианты действий
1	Rheumatoid arthritis in adults: management, NICE, 2020 [9]	+++	+++	++	Взята за основу при разработке клинического руководства
2	EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis: 2022 [10-12]	+++	++++	++	Взяты отдельные рекомендации по диагностике, ведению, лечению, мониторингу эффективности и безопасности лечения
3	American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis, ACR, 2021 [13-14]	++	++	++	Взяты отдельные рекомендации по лечению и наблюдению, оценке лечения РА
4	Ревматоидный артрит, Клинические рекомендации РФ, 2021 [15]	++	++	++	Отдельные рекомендации по ведению, профилактике, динамическому наблюдению РА

Предпочтение для разработки руководства основывались на вебсайте NICE, EULAR, ACR, РФ. По черновому варианту были получены комментарии и замечания специалистов. Обновление данного руководства предполагается по мере появления новых данных.

Так как в найденных клинических руководствах МДРГ были найдены необходимые рекомендации по диагностике и лечению РА, то дополнительный поиск медицинских публикаций по результатам метаанализов, систематических обзоров, РКИ и т.д. в международных базах не проводился.

## Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций

В связи с тем, что на сегодняшний день имеются доказательства по различным вмешательствам при диагностике и лечению ревматоидного артрита, основные клинические рекомендации представлены на основании рекомендаций выбранных международных руководств, которые были приняты за основу группой разработчиков национального руководства при обсуждении (с использованием метода Делфи).

Все ключевые рекомендации в клиническом руководстве выделены в рамки-боксы. Ключевые рекомендации с представлением их уровней доказательности и убедительности были адаптированы по шкале SIGN-50 на 4 уровня А, В, С, D [8].

<b>А</b>	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты
<b>В</b>	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с не высоким (+) риском систематической ошибки
<b>С</b>	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+)
<b>Д</b>	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов

Данное национальное клиническое руководство дополнено алгоритмами, формами информированного согласия пациентов на лечение, памяткой для пациентов, стандартами и индикаторами для мониторинга и аудита внедрения клинического руководства по диагностике и лечению РА, формой по критериям оценки качества медицинской помощи при диагностике и лечению РА (*Приложения 1-13*).

## ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ РУКОВОДСТВА

**Цель:** Повышение знаний, умений и навыков врачей/медицинских работников всех специальностей в оказании качественной квалифицированной медицинской помощи больным с ревматоидным артритом (РА) на всех уровнях здравоохранения Кыргызской Республики (КР) с учетом имеющихся доказательств.

### Задачи:

1. Внедрение в практику единых научно-обоснованных клинико-лабораторных критериев диагностики РА на всех уровнях организаций здравоохранения КР.
2. Внедрение в практику научно-обоснованных принципов и подходов в лечении и ведении РА на всех уровнях здравоохранения КР.
3. Применение единого алгоритма действий на всех уровнях оказания медицинской помощи пациентам с РА для:
  - своевременной диагностики заболевания;
  - правильного квалифицированного ведения и лечения болезни в зависимости от активности РА.
4. Снижение риска развития и прогрессирования осложнений и инвалидизации у пациентов с РА.

### Целевая группа руководства

Клиническое руководство рекомендуется использовать для оказания квалифицированной качественной помощи пациентам с РА.

Клиническое руководство разработано для медицинских работников всех уровней ОЗ КР, принимающих участие в ведении, диагностике, лечении и реабилитации пациентов с РА.

### Ожидаемые результаты применения клинического руководства:

- Улучшение качества диагностики будет способствовать своевременному выявлению, следовательно, лечению РА;
- Рациональное лечение и реабилитация РА будут способствовать сокращению осложнений и инвалидизации, снижению материальных и иных затрат у больного и государства.

## ПЛАН ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

Для внедрения будут использоваться следующие мероприятия:

- тиражирование и распространение КР для организаций здравоохранения (при поддержке спонсоров);
- проведение образовательных семинаров для врачей всех уровней здравоохранения;
- распространение КР путем публикаций в наиболее популярных медицинских журналах (в том числе узкоспециализированных);
- разработка клинических протоколов для амбулаторного и стационарного уровней, алгоритмов принятия решений, чек-листов для оценки активности и сбора данных;
- разработка стандартов и индикаторов для мониторинга и оценки качества оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения;
- подготовка памяток-ремайндеров для врачей, медсестер и пациентов, их распространение среди пользователей.



## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Ревматоидный артрит** – иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным поражением внутренних органов.

**Ранний РА** – длительность менее 6 месяцев с начала появления симптомов, соответствующий диагностическим критериям РА ACR/EULAR(2010).

**Развернутый РА** – длительность более 6 месяцев или соответствующий классификационным критериям РА (ACR, 1987).

**Недифференцированный артрит** – воспалительное поражение одного или нескольких суставов, которое не может быть отнесено к какой-либо определенной нозологической форме, поскольку не соответствует классификационным критериям РА или какого-либо другого заболевания.

**Ремиссия РА**– ремиссия длительностью более 6 месяцев, соответствующая Критериям ремиссии ACR/EULAR, 2011.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ [9-15]

Хотя этиология РА неизвестна, риск развития заболевания связан с широким спектром генетических, гормональных и внешне средовых (курение, загрязнение воздуха, инфекционные агенты) и метаболических (дефицит витамина D, ожирение, низкое потребление полиненасыщенных жирных кислот) факторов, а также нарушениями микробиоты кишечника (ротовая полость, легкие).

- Генетическая предрасположенность. Наследственная склонность к аутоим- мунным реакциям. Чаще встречается у носителей определенного антигена класса MHC II: HLA — DR1, DR4.
- Инфекционный фактор. Гипотетические триггеры ревматических заболева- ний: парамиксовирусы — вирусы паротита, кори, респираторно-синцитиальной инфекции; гепатовирусы — вирус гепатита В, герпесвирусы — вирусы простого герпеса, опоясывающего лишая, Цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр (значительно выше в синовиальной жидкости \* больных РА); ретровирусы — Т- лимфотропный вирус.
- Предрасполагающий (пусковой) фактор (переохлаждение, гиперинсоляция, интоксикации, мутагенные медикаменты, эндокринопатии, стрессы и т. д.).

РА рассматривается как иммунозависимое заболевание с аутоиммунным компонентом. Иммунные нарушения при РА характеризуются активацией В-клеток с последующей гиперпродукцией аутоантител, цитруллинизацией белков, а также активацией Т-клеток, приводящей к выработке провоспалительных цитокинов: фактора некроза опухоли-альфа, (ФНО), интерлейкинов 1 (ИЛ1), 6 и др., которые, в свою очередь, способствуют гиперпродукции провоспалительных белков. Развитие РА инициируется активированными Т-клетками и макрофагами, которые посредством продукции цитокинов вовлекают в патологический процесс многие типы клеток внутрисуставного происхождения и мигрирующих из крови, повышают их функциональную активность и выработку медиаторов воспаления. Ключевыми цитокинами в патогенезе ревматоидного воспаления являются ФНО-α и Интерлейкины (ИЛ), которые способствуют инфильтрации мононуклеарными клетками синовиальной оболочки, ее гиперплазии и фиброзу, разрушению хряща и резорбции кости.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

РА является частым и одним из наиболее тяжелых иммуновоспалительных заболеваний человека, что определяет большое медицинское и социально-экономическое значение этой патологии. Ревматоидный артрит распространён по всему миру и ему

подвержены все этнические группы. Распространённость 0,5-1 % (до 5 % у пожилых) в развитых странах. Каждый год заболевает от 5 до 50 человек на 100 000 населения. В 2010 году от ревматоидного артрита в мире умерло около 49 тысяч человек.

Средний возраст начала заболевания составляет 40-50 лет для женщин и несколько больше для мужчин. Женщины заболевают в 3-5 раз чаще мужчин.

**К факторам неблагоприятного прогноза (ФНП) у больных РА относятся [1]:**

- молодой возраст;
- женский пол;
- высокие титры ревматоидного фактора (РФ) и/или антитела к циклическому цитруллиновому пептиду (АЦЦП);
- эрозивный процесс в суставах по данным рентгенографического исследования или магнитно-резонансной томографии (МРТ);
- повышение уровней острофазовых показателей: скорости оседания эритроцитов (СОЭ) или С-реактивного белка (СРБ);
- высокая активность заболевания согласно индексам DAS28, SDAI (Simplified Disease Activity Index) или CDAI (Clinical Disease Activity Index);
- внесуставные проявления (синдром Шегрена, поражение легких и т. д.).

## КЛАССИФИКАЦИЯ РА

### Пациент с впервые установленным ранним РА

Ранняя стадия РА – условно выделенная, клиничко-патогенетическая стадия заболевания с длительностью активного синовита до 1 года, характеризуется преобладанием экссудативных изменений в пораженных суставах, частым атипичным течением и хорошим ответом на лечение.

Выделение понятия «ранний РА» связано со сложившимися представлениями о патогенезе болезни и необходимости проведения ранней активной терапии РА.

Ранний РА может дебютировать как недифференцированный артрит, что требует динамического наблюдения за больными и проведения тщательного дифференциально-диагностического поиска.

На ранней стадии РА наиболее информативными являются диагностические критерии Американского и Европейского ревматологических сообществ (ACR/EULAR, 2010, 2022).

## КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (ACR/EULAR, 2022) [10-12, 15]

	Критерии	Баллы
<b>I</b>	<b>Клинические признаки поражения суставов (припухлость и/или болезненность при объективном исследовании (0-5 баллов):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 крупный сустав</li> <li>• 2-10 крупных суставов</li> <li>• 1-3 мелких суставов (крупные суставы не учитываются)</li> <li>• 4-10 мелких суставов (крупные суставы не учитываются)</li> <li>• &gt;10 суставов (как минимум 1 мелкий сустав)</li> </ul>	 0 1 2 3 5
<b>II</b>	<b>Серологические тесты на РФ и АЦЦП (0-3 балла, требуется как минимум 1 тест):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Отрицательные</li> <li>• Слабоположительные для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы, но не более чем в 3 раза)</li> <li>• Высокочувствительные для РФ или АЦЦП (более чем в 3 раза превышают верхнюю границу нормы)</li> </ul>	 0 2 3

<b>III</b>	<b>Острофазовые показатели (0-1 балл, требуется как минимум 1 тест):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нормальные значения СОЭ и СРБ</li> <li>• Повышение СОЭ и уровня СРБ</li> </ul>	<b>0</b>
		<b>1</b>
<b>IV</b>	<b>Длительность синовита (0-1 балл):</b> <6 нед ≥6 нед	<b>0</b>
		<b>1</b>

\*Диагноз РА может быть установлен при общем счете не менее 6 баллов (см. Приложение 1).

### Кодирование по МКБ-10

- M05. Ревматоидный артрит**
- M05.0 Синдром Фелти
- M05.1 Ревматоидная болезнь легких
- M05.2. Ревматоидный васкулит
- M05.3. Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем.
- M05.8. Другие серопозитивные ревматоидные артриты
- M05.9. Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный
- M06 Другие ревматоидные артриты**
- M06.0. Серонегативный ревматоидный артрит
- M06.1. Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых
- M06.2. Ревматоидный бурсит.
- M06.3. Ревматоидный узелок
- M06.4. Воспалительная полиартропатия
- M06.8. Другие уточнённые ревматоидные артриты
- M06.9 Ревматоидный артрит неуточнённый
- M13.0 Недифференцированный артрит (Полиартрит неуточнённый)**

### Классификация ревматоидного артрита [15]

<b>Основной диагноз</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ревматоидный артрит серопозитивный (M05.8)</li> <li>• Ревматоидный артрит серонегативный (M06.0)</li> <li>• Особые клинические формы ревматоидного артрита               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ синдром Фелти (M05.0)</li> <li>➢ синдром Стилла у взрослых (M06.1)</li> </ul> </li> <li>• Вероятный ревматоидный артрит (M05.9, M06.4, M06.9)</li> </ul>		
	<b>Клиническая стадия</b>	<b>Очень ранняя</b>	< 6 мес.
<b>Ранняя</b>		6 мес.- 1 год	
<b>Развернутая</b>		> 1 года	при наличии типичной симптоматики ревматоидного артрита.
<b>Поздняя</b>		2 года и более	+ выраженная деструкция мелких (III-IV рентгенологическая стадия) и крупных суставов, наличие осложнений.
<b>Клинико-анатомические формы</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ревматоидный моно-, олиго- и полиартрит</li> <li>• РА с системными проявлениями</li> <li>• Отдельные синдромы</li> </ul>		
	0	Ремиссия	DAS28<2,6

<b>Степени активности</b>	1	Минимальная	DAS28= 2,6-3,2
	2	Умеренная	DAS28 = 3,3-5,1
	3	Высокая	DAS28> 5,1
<b>Внесуставные (системные) проявления</b>	ревматоидные узелки		в т.ч. ревматоидный нодуллёз легких
	кожный васкулит		язвенно-некротический васкулит, инфаркты ногтевого ложа, дигитальный артериит, ливедо-ангиит
	васкулит других органов		сердца, почек и др.
	Невропатия		мононеврит, полинейропатия
	плеврит, перикардит		сухой, выпотной
	синдром Шегрена		«сухой» синдром
	поражения глаз		склерит, эписклерит, васкулит сетчатки
<b>Наличие эрозий</b>	неэрозивный РА эрозивный РА		по инструментальным данным (рентгенографии, МРТ или УЗИ)
<b>Рентгенологические стадии (модификация по Стейнбрюкеру)</b>	<b>I</b>	околосуставной остеопороз	
	<b>II</b>	остеопороз + сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии	
	<b>III</b>	признаки II стадии + множественные (более 5) костные эрозии, подвывихи в суставах	
	<b>IV</b>	признаки III стадии + костный анкилоз	
<b>по АЦЦП</b>	<b>АЦЦП (+)</b> <b>АЦЦП (-)</b>	Дополнительная иммунологическая характеристика	
<b>Функциональные классы</b>	<b>I</b>	полная сохранность выполнения нормальной ежедневной нагрузки без ограничений	
	<b>II</b>	адекватная сохранность выполнения нормальной ежедневной нагрузки (несмотря на определенные трудности)	
	<b>III</b>	ограниченная возможность выполнения нормальной ежедневной нагрузки	
	<b>IV</b>	полная потеря возможности выполнения нормальной ежедневной нагрузки	
<b>Осложнения</b>	Вторичный системный амилоидоз		
	Вторичный остеоартроз		
	Остеопороз (системный)		
	Остеонекроз		
	Туннельные синдромы (синдром карпального канала, синдром сдавления локтевого, большеберцового нерва)		
	Подвывих в атлантаксиальном суставе, в том числе с миелопатией, нестабильность шейного отдела позвоночника		
	Атеросклеротическое поражение сосудов		

Классификация представлена в *Приложении 2*.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СБОРУ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С РА

### Жалобы пациента:

- боль, отечность, скованность преимущественно в мелких суставах кистей (характерна симметричность поражения);
- затруднение сжатия кисти в кулак и боль у основания пальцев стоп при ходьбе;
- утренняя скованность;
- быстрая утомляемость;
- общее недомогание;
- потеря в весе;
- повышение температуры;
- улучшение состояния при приеме НПВП.

<b>С</b>	<p><b>Рекомендуется собрать анамнез с особым вниманием к боли в суставах, скованности и связанным с ними функциональным трудностям [9-15]:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• боли в суставах;</li><li>• наличие припухлости;</li><li>• локализацию (периферические суставы, а не поясница);</li><li>• наличие и длительность утренней скованности (не менее 30 минут);</li><li>• наличие «суточного ритма» боли в суставах с характерным усилением боли в ранние утренние часы;</li><li>• стойкость признаков поражения суставов,</li><li>• сведения о сопутствующей патологии, предшествующей и сопутствующей терапии, вредных привычках, которые влияют на выбор методов лечения и оценку ближайшего и отдаленного прогноза</li></ul>
----------	---

Отсутствие других состояний или симптомов, указывающих на альтернативный диагноз, таких как псориаз, воспалительное заболевание кишечника (ВЗК) или системное ревматическое заболевание, такое как системная красная волчанка (СКВ), помогает исключить другие заболевания.

Симптомы артрита, которые присутствовали в течение короткого времени (например, менее шести недель), вполне могут быть связаны с острым вирусным полиартритом, а не с РА. Чем дольше сохраняются симптомы, тем более вероятным становится диагноз РА. Таким образом, у пациентов, поступивших очень рано, перед постановкой официального диагноза требуется тщательное наблюдение с частыми повторными посещениями с повторными оценками на предмет припухлости суставов и повышения уровня реагентов острой фазы [1, 15].

Примерно в половине случаев заболевание начинается с постепенного (в течение месяцев) нарастания болей и скованности, преимущественно в мелких суставах кистей и стоп. Только у некоторых больных с очень активным течением заболевания выявляют классические признаки воспаления суставов, такие как повышение температуры кожи над суставами и их отек (чаще коленных, реже - проксимальных межфаланговых и запястья).

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФИЗИКАЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РА

Иногда заболевание дебютирует как острый моноартрит крупных суставов, напоминающий септический или микрокристаллический артрит. Болезнь может начинаться с рецидивирующих бурситов и тендосиновитов, особенно часто локализующихся в области лучезапястных суставов, приводя к развитию синдрома запястного канала.

У лиц пожилого возраста начало заболевания может проявиться в виде острого полиартрита мелких и крупных суставов с генерализованной полиартралгией или симптомов, напоминающих ревматическую полимиалгию. Для большинства пациентов характерно симметричное поражение суставов кистей (проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых и лучезапястных), а также плюснефаланговых суставов. Наиболее частый и характерный признак воспаления синовиальной оболочки суставов при РА - утренняя скованность. Ее длительность обычно тесно связана с выраженностью синовита и составляет не менее 1 часа.

<b>С</b>	<p><b>Рекомендуется провести полное физикальное обследование для выявления [9-15]:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>поражения суставов</b> - наличие и распределение опухших или болезненных суставов и ограничение подвижности суставов;</li> <li>• <b>внесуставных проявлений заболевания;</b></li> <li>• <b>признаков заболеваний</b>, включенных в дифференциальный диагноз, таких как СКВ или псориаз.</li> </ul>
----------	---

### 1. Поражение суставов (Наиболее характерные проявления в дебюте заболевания):

- Боль (при пальпации и движении) и припухлость (связана с выпотом в полость сустава) поражённых суставов.
- Снижение силы сжатия кисти.
- Утренняя скованность в суставах (длительность зависит от выраженности синовита).
- *Кисти*: ульнарная девиация, обычно развивающаяся через 1-5 лет от начала болезни; поражение пальцев кистей по типу «бутоньерки» (сгибание в проксимальных межфаланговых суставах) или «шеи лебедя» (переразгибание в проксимальных межфаланговых суставах); деформация кисти по типу «лорнетки».
- *Коленные суставы*: сгибательная и вальгусная деформация, киста Бейкера.
- *Стопы*: подвывихи головок плюснефаланговых суставов, тиббиальная девиация, деформация большого пальца.
- *Шейный отдел позвоночника*: подвывихи в области атлантоаксиального сустава, изредка осложняющиеся компрессией спинного мозга или позвоночной артерии.
- *Связочный аппарат и синовиальные сумки*: тендосиновит в области лучезапястного сустава и кисти; бурсит, чаще в области локтевого сустава.

### Категории суставов в критериях РА ACR/EULAR 2010 г. [9-15]

<b>Крупные суставы</b>	плечевые, локтевые, тазобедренные, коленные, голеностопные
<b>Мелкие суставы</b>	пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, II—V плюснефаланговые, межфаланговые суставы больших пальцев кистей, лучезапястные суставы
<b>Другие суставы</b>	суставы, которые могут быть поражены при РА, но не включены ни в одну из перечисленных выше групп (например, височно-нижнечелюстной, акромиально-ключичный, грудино-ключичный и др.).

<b>Суставы исключения</b>	не учитываются изменения дистальных межфаланговых суставов, I запястно-пястных суставов и I плюснефаланговых суставов
-------------------------------	---

Поражения суставов при РА артрите можно разделить на 2 категории: потенциально обратимые (обычно ранние), связанные с развитием синовита, и необратимые структурные, развивающиеся на поздних стадиях болезни. Это разделение имеет значение для оценки стадии заболевания, прогноза и тактики лечения. Следует иметь в виду, что структурные повреждения могут развиваться очень быстро, уже в течение первых 2 лет от начала болезни.

**Наиболее типичные проявления в дебюте заболевания [15]:**

- боль (при пальпации и движении) и припухлость (связана с выпотом в полость сустава) пораженных суставов;
- усиление боли в суставах в ранние утренние часы;
- положительный тест "поперечного сжатия" кисти;
- ослабление силы сжатия кисти (пациенту трудно или невозможно сжать руку в кулак);
- утренняя скованность в суставах  $\geq 30$  мин (длительность зависит от выраженности синовита);
- атрофия межкостных (червеобразных) мышц (наблюдается своеобразное похудание тыла кисти).
- дебют РА следует заподозрить у пациентов с артралгиями с максимальной интенсивностью в утренние часы, поражением ПФС, утренней скованностью более 1 часа, наличием РА у кровных родственников, невозможностью сжать кисть кулак и положительным тестом "поперечного сжатия".

**Наиболее типичные проявления в развернутой и финальной стадиях заболевания [15]:**

- кисти: локтевая ("ульнарная") девиация кисти с отклонением пальцев в сторону локтевой кости ("плавник моржа"), обычно развивающаяся через 1-5 лет от начала болезни;
- поражение пальцев кистей по типу "бутоньерки" (сгибание в ПМФС и переразгибание дистальных межфаланговых суставов) или "шеи лебедя" (сгибательная контрактура ПФС, переразгибание ПМФС и сгибание дистальных межфаланговых суставов);
- деформация кисти по типу "лорнетки" (сложная сгибательная контрактура пальцев с множественными подвывихами);
- Z-образная деформация большого пальца (подвывих в межфаланговых суставах);
- анкилозы запястно-пястных суставов;
- локтевые суставы: ограничение сгибания и разгибания с образованием контрактуры в положении полусгибания и полупронации;
- коленные суставы: сгибательная/разгибательная или комбинированные варианты контрактуры, варусная или вальгусная;
- деформация стопы: опускание переднего свода; подвывихи головок плюснефаланговых суставов с формированием молоткообразной деформации пальцев;
- латеральная девиация;
- деформация большого пальца (hallux valgus); появление "натоптышей" и некрозов кожи над суставами;
- шейный отдел позвоночника: подвывихи в области атлантаксиального сустава, изредка осложняющиеся компрессией спинного мозга или позвоночной артерии;
- перстневидно-черпаловидный сустав: огрубение голоса, одышка, дисфагия, рецидивирующий бронхит;
- височно-нижнечелюстной сустав: ограничение открывания рта;

- связочный аппарат и синовиальные сумки: тендосиновит в области лучезапястного сустава и кисти; бурсит, чаще в области локтевого сустава; синовиальная киста на задней стороне коленного сустава (киста Бейкера).

<b>С</b>	<b>Рекомендуется провести клиническое обследование</b> для выявления артрита, который может быть подтвержден ультразвуковым исследованием [9-15]
----------	--

## 2. Внесуставные проявления

- *Конституциональные симптомы:* генерализованная слабость, недомогание, похудание, субфебрильная лихорадка;
- *Сердечно-сосудистая система:* перикардит, васкулит, раннее развитие атеросклероза;
- *Лёгкие:* плеврит, интерстициальное заболевание лёгких, ревматоидные узелки в лёгких (синдром Каплана);
- *Кожа:* ревматоидные узелки, утолщение и гипотрофия кожи;
- *Сосуды:* васкулит, дигитальный артериит, микроинфаркты в области ногтевого ложа, сетчатое ливедо;
- *Нервная система:* компрессионная нейропатия, симметричная сенсорно - моторная нейропатия, множественный мононеврит, шейный миелит;
- *Мышцы:* генерализованная амиотрофия;
- *Глаза:* сухой кератоконъюнктивит, эписклерит, склерит, периферическая язвенная кератопатия (синдром Шегрена);
- *Почки:* амилоидоз, нефрит (редко).

<b>С</b>	<b>Рекомендуется оценивать наличие и выраженность внесуставных проявлений</b> при проведении физикального обследования у всех пациентов с подозрением на РА и установленным диагнозом РА [9-15]
----------	---

Факторы риска развития системных проявлений: тяжелое поражение суставов, высокие титры РФ, АЦЦП. Наиболее частыми системными (экстраартикулярными) проявлениями РА являются конституциональные симптомы (особенно депрессия), кардиоваскулярные осложнения, связанные с артериальной гипертензией и атеросклеротическим поражением сосудов, интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ), ревматоидные узелки, лимфаденопатия, остеопороз, синдром Шегрена, которые ассоциируются с развитием тяжелого серопозитивного по РФ и АЦЦП РА.

### **Особые клинические формы [15]:**

**Синдром Фелти** – очень редкая (1%) клиническая форма длительно протекающего серопозитивного РА [15], чаще встречается у женщин (соотношение женщин и мужчин 3:1) старше 40-50 лет. Симптомокомплекс включает стойкую гранулоцитопению ( $< 2000/\text{мм}^3$ ), спленомегалию, гепатомегалию, тяжелое поражение суставов, внесуставные проявления (васкулит, нейропатия, легочный фиброз, синдром Шегрена), гиперпигментацию кожи нижних конечностей, сопровождается высоким риском инфекционных осложнений.

**Болезнь Стилла взрослых** – заболевание, характеризующееся рецидивирующей фебрильной лихорадкой, артритом, нейтрофильным лейкоцитозом, макулопапулезной сыпью, высокой лабораторной активностью, серонегативностью по РФ и АЦЦП.

Чек-лист по сбору данных у пациента с РА (см. Приложение 3)



## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ АКТИВНОСТИ РА

<b>С</b>	<p><b>Рекомендуется провести оценку активности РА с использованием одного из доступных для выполнения шкал [9-15]:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DAS 28</b> – оценка активности по данным 28 суставов, СОЭ, СРБ (28-joint disease activity score, using either the erythrocyte sedimentation rate [ESR] or C-reactive protein [CRP] level), от 0 до 9,4;</li> <li>• <b>СDAI</b> – клинический индекс активности (Clinical Disease Activity Index) с оценкой врача и пациента от 0 до 76;</li> <li>• <b>SDAI</b> – упрощённый индекс активности (Simplified Disease Activity Index), от 0 до 86;</li> <li>• <b>RAPID3</b> – рутинная оценка данных индекса активности по 3-м параметрам (Routine Assessment of Patient Index Data with 3 Measures), которые включают общую оценку артралгий врачом (ООАВ*), общую оценку здоровья пациентом (боли) (ООЗП**) и оценку общего состояния здоровья по шкале визуально-аналоговая шкала (ВАШ) от 0 до 10 (ООСЗ***);</li> <li>• <b>PAS-II</b> - шкала активности пациента-II (Patient Activity Scale-II), оценка от 0-10.</li> </ul>
----------	---

Вышеуказанные инструменты (шкалы) дают единый непрерывный индекс с определенными диапазонами для низкой, умеренной или высокой активности заболевания или клинической ремиссии.

### Показатели активности заболевания при ревматоидном артрите [9-15]

Тип инструмента	Инструмент	Легкая степень	Умеренная степень	Тяжелая степень	Ремиссия
Шкала, ориентированная на пациента	PAS-II	0.26–3.70	3.71 - 8.0	8.00–10.00	0,00-0,25
Шкала, ориентированная на пациента и врача	RAPID-3	1.0–2.0	2.0–4.0	4.0–10	0-1,0
Составные данные о пациенте, поставщике и лаборатории	CDAI	2.8–10.0	10.0–22.0	>22.0	≤2,8
	DAS28	2.6 - 3.2	3.2 – 5.1	>5.1	<2,6
	SDAI	3.3–11.0	11.0 - 26	>26	≤3,3

## ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ РА

### Шкала DAS28 [16, 17]

**DAS28** – оценка активности по данным 28 суставов, СОЭ, СРБ (28-joint disease activity score, using either the erythrocyte sedimentation rate [ESR] or C-reactive protein [CRP] level): используются в качестве общих маркеров активности заболевания, можно использовать для оценки эффективности плана лечения - подход «лечение до достижения цели».

Подход «лечение до достижения цели» означает оценку по шкале DAS рассчитывать с частыми интервалами во время проведения терапии, пока показатели пациента не будут свидетельствовать о ремиссии заболевания или о достижении определенного уровня СОЭ или СРБ.

Показатели DAS28 показывают, насколько активен ревматоидный артрит (РА) у пациента в настоящее время, и могут изменяться с течением времени.

**DAS28** — это упрощенная версия DAS44, которая оценивает всего 28 суставов, не включает лодыжки или суставы в ногах. Традиционная оценка DAS требует изучения 44 конкретных суставов и иногда называется **DAS44**.

44 сустава включают в себя:

- Грудино-ключичные суставы (2), которые соединяют ключицу и грудину.
- Акромиально-ключичные суставы (2), соединяющие акромион с ключицей.
- Плечи (2)
- Локти (2)
- Запястья (2)
- Большие суставы (10), также называемые пястно-фаланговыми (ПФС) суставами.
- Средние суставы (10), также называемые проксимальными межфаланговыми суставами (PIP).
- Колено (2)
- Лодыжка (2)
- Большие суставы пальцев ног (10), также называемые плюснефаланговыми (МТР) суставами.

Моменты, которые следует иметь в виду:

- Существует некоторая степень межрейтинговой вариабельности в оценке показателей DAS, поскольку разные оценщики могут классифицировать сустав как опухший или болезненный в разной степени.
- Ступни не оцениваются в баллах DAS28, поскольку боли в суставах стоп могут быть не связаны с активностью РА (поскольку мы ходим на ногах). Оценка состояния стопы, однако, по-прежнему должна учитываться в более широком контексте пациента, и жалобы на стопу, очевидно, должны рассматриваться и надлежащим образом лечиться у пациентов с РА.

Оценка DAS28 достигается с использованием:

1. Количество опухших суставов (из 28),
2. Количество болезненных суставов (из 28),
3. Результаты лабораторных анализов на С-реактивный белок (СРБ) или скорость оседания эритроцитов (СОЭ)
4. Ответы на анкету оценки состояния здоровья пациента

Для расчета общего балла используется математическая формула. DAS28 может варьироваться от 0 до 9,4.

## Формула для расчета

$$DAS28 = (0,56 (ЧБС)) + (0,28 (ЧПС)) + (0,70 \ln(COЭ)) + (0,014 OOCЗ)$$

Где:

ЧБС - число болезненных суставов,

ЧПС - число припухших суставов из следующих 28: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные, которые поражаются при РА в первую очередь и хорошо доступны для объективного исследования.

СОЭ - скорость оседания эритроцитов по методу Вестергрена,

OOCЗ - общая оценка пациентом состояния здоровья в мм по 100 миллиметровой визуальной аналоговой шкале.

Для расчета можно воспользоваться онлайн-калькуляторами [13, 14].

## Интерпретация шкалы DAS28:

Значения шкалы DAS28	Активность заболевания
< 2.6	Ремиссия заболевания
≥ 2.6 - < 3.2	Низкая активность заболевания
≥ 3.2 - ≤ 5.1	Умеренная активность заболевания
> 5.1	Высокая активность заболевания

Чек-лист по шкале DAS28 (см. Приложение 4).

Общепризнанный метод оценки эффективности терапии РА основан на оценке исходного индекса DAS28 и динамики этого показателя на фоне терапии (критерии EULAR)

Конечное значение DAS28	Уменьшение DAS28		
	> 1.2	0.6 < 1.2	< 0.6
< 3.2	Хороший эффект	Удовлетворительный эффект	Нет эффекта
3.2 - 5.1	Удовлетворительный эффект	Удовлетворительный эффект	Нет эффекта
> 5.1	Удовлетворительный эффект	Нет эффекта	Нет эффекта

## Шкала CDAI [18, 19]

CDAI – клинический индекс активности (Clinical Disease Activity Index) с оценкой врача и пациента от 0 до 76.

Оценка активности заболевания при ревматоидном артрите по шкале CDAI не требует лабораторных исследований.

CDAI представляет собой упрощенный вариант SDAI, поскольку он не требует измерения реактива острой фазы. CDAI хорошо коррелирует с другими показателями активности заболевания и критериями ответа, а также с прогрессированием повреждения суставов и функциональных нарушений.

CDAI позволяет принимать немедленные решения о лечении полностью на основе клинических критериев.

CDAI рассчитывается следующим образом:

$$\text{CDAI} = \text{ЧПС} + \text{ЧБС} + \text{ООАВ} + \text{ООЗБ}$$

Где:

ЧБС - число болезненных суставов,

ЧПС - число припухших суставов,

ООАВ - общая оценка активности врачом по ВАШ (см),

ООЗБ - общая оценка заболевания больным по ВАШ (см)

### Интерпретация шкалы CDAI

Значения шкалы CDAI	Активность заболевания
$\leq 2,8$	Ремиссия заболевания
$> 2,8$ и $\leq 10$	Низкая активность заболевания
$> 10$ и $\leq 22$	Умеренная активность заболевания
$> 22$	Высокая активность заболевания

Пациенты с высокими показателями активности должны получать ранние и агрессивные препараты для лечения РА с тщательным наблюдением, поскольку достижение низких показателей активности или уровня ремиссии может предотвратить прогрессирование заболевания и инвалидизацию.

#### Оценка эффективности терапии по индексу CDAI:

- Удовлетворительный эффект - снижение CDAI на 7 баллов
- Хороший эффект - снижение CDAI на 15 баллов

Чек-лист по шкале CDAI (см. Приложение 5)

### Шкала SDAI [20, 21]

SDAI – упрощённый индекс активности (Simplified Disease Activity Index), от 0 до 86.

Упрощенный индекс активности заболевания при ревматоидном артрите (SDAI) — это система оценки, которая была проверена как в исследованиях, так и в клинических условиях. Было показано, что он обладает самой высокой чувствительностью и специфичностью для прогнозирования решений врачей об изменении терапии DMARD по сравнению с другими шкалами.

В обсервационном исследовании балл  $\geq 15$  имел наилучшее сочетание чувствительности (90%) и специфичности (86%) по сравнению с клиническим решением заменить DMARD из-за неадекватного контроля заболевания. Ремиссия определяется как SDAI  $< 3,3$ , низкая активность заболевания  $\leq 11$ , умеренная активность заболевания  $\leq 26$  и высокая активность заболевания  $> 26$ .

Ответ на терапию считается умеренным, если SDAI снижается на  $\geq 7$ , и значительным, если снижается на  $\geq 17$ .

SDAI рассчитывается следующим образом:

$$\text{SDAI} = \text{ЧПС} + \text{ЧБС} + \text{ООАВ} + \text{ООЗБ} + \text{СРБ}$$

Где:

ЧБС - число болезненных суставов,

ЧПС - число припухших суставов,

ООАВ - общая оценка активности врачом по ВАШ (см),

ООЗБ - общая оценка заболевания больным по ВАШ (см), СРБ измеряется в мг/дл

### Интерпретация шкалы SDAI

SDAI	Активность заболевания
≤3.3	Ремиссия заболевания
>3.3-11.0	Низкая активность заболевания
>11.0-26.0	Умеренная активность заболевания
>26.0	Высокая активность заболевания

#### Оценка эффективности терапии по индексу SDAI:

- Удовлетворительный эффект - снижение SDAI на 7 баллов
- Хороший эффект - снижение SDAI на 17 баллов

Чек-лист по шкале SDAI (см. Приложение 6)

### Шкала RAPID-3 [22, 23]

**RAPID-3** – рутинная оценка данных индекса активности по 3-м параметрам (Routine Assessment of Patient Index Data with 3 Measures), которые включают общую оценку артралгий врачом (ООАВ\*), общую оценку здоровья пациентом (боли) (ООЗП\*\*) и оценку общего состояния здоровья по шкале визуально-аналоговая шкала (ВАШ) от 0 до 10 (ООСЗ\*\*\*).

Оценка RAPID3 состоит из 3 компонентов, включая оценку физической функции, боли и общего состояния здоровья. Каждый раздел оценивается по шкале от 0 до 10 с общей оценкой RAPID3 от 0 до 30, где 30 соответствует наивысшей степени активности заболевания, а 0 соответствует близкой ремиссии.

### Интерпретация шкалы RAPID-3

RAPID-3	Активность заболевания
0-1,0	Ремиссия заболевания
1,1-2,0	Низкая активность заболевания
2,1-4,0	Умеренная активность заболевания
>4,0	Высокая активность заболевания

Чек-лист по шкале RAPID3 (см. Приложение 7)

## Шкала PAS-II [24, 25]

**PAS-II** - шкала активности пациента-II (Patient Activity Scale-II), оценка от 0-10.

Шкала активности пациента II (PAS-II) содержит комбинацию отдельных показателей из опросника оценки здоровья II (HAQ-II), а также оценку пациентом боли за последнюю неделю и общую оценку боли (PtGA). Совокупность баллов по этим показателям используется для получения общего балла PAS-II [LOINC:75841-7].

PAS-II рассчитывается путем умножения HAQ-II на 3,33, а затем деления суммы шкалы боли, PtGA и HAQ-II на 3.

PAS-II содержат только данные, полученные от пациента, и полезны для общего непрерывного измерения активности заболевания ревматоидным артритом (РА).

### Интерпретация шкалы PAS-II

PAS-II	Активность заболевания
$\leq 0,25$	Ремиссия заболевания
$\leq 3,7$	Низкая активность заболевания
$< 8,0$	Умеренная активность заболевания
$\geq 8,0$	Высокая активность заболевания

Чек-лист по шкале PAS-II (см. Приложение 8).

**Мультидисциплинарной рабочей группой по адаптации клинического руководства по ревматоидному артриту принято экспертное решение использовать для оценки активности РА – шкалу [9-15]**

### Примеры формулировки клинических диагнозов [15]:

- РА серопозитивный, развернутая стадия, активность 2, эрозивный (рентгенологическая стадия II), АЦЦП позитивный, ФК-II, (M05.8).
- РА серонегативный, ранняя стадия, активность 3, неэрозивный (рентгенологическая стадия I), АЦЦП позитивный, ФК-I, (M06.0).
- РА серопозитивный, поздняя стадия, активность - 3 с системными проявлениями (ревматоидные узелки), эрозивный (рентгенологическая стадия III), АЦЦП позитивный, ФК- II, осложнения: вторичный амилоидоз с поражением почек, (M05.3).
- Вероятный РА, серонегативный, ранняя стадия, активность - 2, неэрозивный (рентгенологическая стадия I), АЦЦП негативный, ФК - I, (M06.9).

## ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА [15]

Диагноз РА следует стремиться поставить как можно раньше, желательно в течении первых 1-3 месяца от появления первых симптомов болезни [15].

Для постановки диагноза рекомендуется учитывать классификационные критерии РА ACR/EULAR. [10-14] (см. Приложение 1).

### **При поставке диагноза РА необходимо учитывать три основных фактора:**

1. Выявить у пациента хотя бы один припухший сустав при клиническом обследовании.
2. Исключить другие заболевания, которые могут проявляться воспалением суставов.
3. Набрать не менее 6 баллов из 10 возможных по 4 позициям, характеризующих поражение суставов и лабораторные нарушения, характерные для РА.
  - Основное значение имеет определение числа воспаленных суставов, которое учитывает, как припухлость, так и болезненность сустава, выявляемых при объективном исследовании.
  - Оценка статуса пациента основывается на выделении 4 категорий суставов:

*Суставы исключения:*

- Не учитываются изменения дистальных межфаланговых суставов, первых запястно-пястных суставов и первых плюснефаланговых суставов

*Крупные суставы:*

- Плечевые, локтевые, тазобедренные, коленные, голеностопные

*Мелкие суставы:*

- Пястнофаланговые, проксимальные межфаланговые, 2-5 плюснефаланговые, межфаланговые суставы больших пальцев кистей, лучезапястные суставы

*Другие суставы:*

- Суставы, которые могут быть поражены при РА, но не включены ни в одну из перечисленных выше групп (например, височно-нижнечелюстной, акромиально-ключичный, грудинно-ключичный и др.)/

- Условно выделяют четыре категории пациентов, имеющих высокую вероятность развития РА, но которые не соответствуют критериям диагноза РА (ACR/EULAR, 2010) на момент первичного обследования:
- Пациенты, у которых при рентгенологическом исследовании выявляются «типичные» для РА эрозии в мелких суставах кистей и/или стоп.
- Пациенты с развернутым РА, которые ранее соответствовали классификационным критериям этого заболевания [157]
- Пациенты с ранней стадией РА, которые на момент осмотра не полностью соответствуют классификационным критериям РА. В этом случае диагноза РА основывается на кумулятивной оценке клинико-лабораторных признаков РА, выявленных за весь период наблюдения.
- Пациенты с НДА, характер поражения суставов у которых не соответствует критериям РА (или какой-либо другого заболевания) в течение длительного времени. У этих пациентов необходимо учитывать наличие факторов риска развития РА, основными из которых являются обнаружение РФ и/или АЦБ.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РА [9-15]

Рекомендуется после установления диагноза РА провести следующие исследования [NICE]:

- измерить антитела АЦЦП, если только они уже не были измерены для уточнения диагноза;
- провести рентгенографию кистей и стоп, чтобы установить наличие эрозий, если только рентгенография не проводилась для уточнения диагноза;
- измерить функциональные способности, используя, например, опросник оценки здоровья вопросника (HAQ), чтобы обеспечить исходный уровень для оценки функциональной реакции на лечение.

<b>В</b>	<b>Рекомендуется</b> провести анализ крови на ревматоидный фактор (РФ) у взрослых с подозрением на РА, у которых обнаружен синовит при клиническом обследовании [9-15]
----------	--

<b>В</b>	<b>Рекомендуется</b> определить антитела к цитруллиновому пептиду (АСРА, АЦЦП) у взрослых с подозрением на РА, если у них отрицательный результат на ревматоидный фактор [9-15]
----------	---

<b>В</b>	<b>Рекомендуется провести следующие лабораторные исследования для подтверждения диагноза [9-15]:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ревматоидный фактор (РФ);</li><li>• антитела к цитруллиновому пептиду (АСРА, АЦЦП);</li><li>• общий анализ крови развернутый;</li><li>• СОЭ;</li><li>• СРБ.</li></ul>
----------	--

Положительные результаты определения IgM РФ и АЦЦП в сыворотке крови входят в число классификационных критериев РА.

Определение содержания РФ в крови в высоких титрах служит для прогнозирования быстро прогрессирующего деструктивного поражения суставов и развития внесуставных проявлений при РА.

Определение АЦЦП имеет большое значение для диагностики раннего РА, серонегативного (по РФ) РА, дифференциальной диагностики РА с другими заболеваниями, прогнозирования тяжелого эрозивного поражения суставов и риска кардиоваскулярных осложнений.

Общий (клинический) анализ крови развернутый и исследование уровня СРБ в сыворотке крови количественным методом рекомендуется с целью проведения дифференциальной диагностики с невоспалительными заболеваниями суставов и оценки активности воспаления.

СРБ – классический острофазовый белок сыворотки крови, рассматривающийся как наиболее чувствительный лабораторный биомаркер воспаления, инфекции и тканевого повреждения. Повышение СОЭ и концентрации СРБ отражает локальный и системный воспалительный процесс при РА. СОЭ и СРБ, являются компонентами индексов активности РА.

<b>С</b>	<b>Рекомендуется определить</b> содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену в сыворотке крови (уровня антител к Ro/SS-A и La/SS-B) всем пациентам с РА при подозрении синдрома Шегрена [9-15]
----------	---



Целесообразно для диагностики первичного или вторичного синдрома Шегрена, которые входят в классификационные критерии этого заболевания определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену (антител к Ro/SS-A и La/SS-B) [12].

<b>С</b>	<p><b>Рекомендуется проводить лабораторное обследование</b> всем пациентам с РА для выявления противопоказаний, потенциальных факторов риска развития НЛР перед назначением противоревматической терапии (все группы препаратов) в следующем объеме [9-15]:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• общий (клинический) анализ крови;</li> <li>• общий (клинический) анализ мочи;</li> <li>• анализ крови биохимический общетерапевтический;</li> <li>• определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (ВГВ) в крови;</li> <li>• определение антител к вирусу гепатита С (ВГС) в крови;</li> <li>• определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 в крови;</li> <li>• Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 в крови.</li> </ul>
----------	---

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ [9-15]

### Рентгенография

<b>В</b>	<b>Рекомендуется провести рентгенографию</b> кистей и стоп у взрослых с подозрением на РА и стойком синовите [9-15]
<b>С</b>	<b>Рекомендуется провести рентгенографию</b> кистей, плюсны и фаланг пальцев стопы при установлении диагноза и далее всем пациентам с развернутой стадией РА каждые 12 месяцев с целью оценки прогрессирования деструкции суставов [9-15]
<b>С</b>	<b>Рекомендуется провести рентгенография</b> кистей, плюсны и фаланг пальцев стопы пациентам с поздней стадией РА при наличии клинических показаний [9-15]

### Особенности рентгенологической картины

Пациентам в поздней стадии РА, имеющим 3 и 4 стадии поражения суставов (по Штейнброкеру), частота рентгенологического исследования суставов определяется клиническими показаниями (подозрение на септический артрит, подготовка к оперативному вмешательству и др.).

Для РА характерно множественное и симметричное поражение мелких суставов кистей и стоп. При остром начале и активном воспалении при РА околосуставной остеопороз и единичные кисты могут быть обнаружены в течение 1 месяца заболевания; множественные кисты, сужение суставных щелей и единичные эрозии через 3 до 6 месяцев от начала заболевания, особенно в отсутствии лечения БПВП.

Ранние рентгенологические признаки артрита обнаруживаются: во 2-х и 3-х пястнофаланговых суставах; 3-х проксимальных межфаланговых суставах; в суставах запястий; лучезапястных суставах; шиловидных отростках локтевых костей; 5-х плюснефаланговых суставах.

Типичными для РА являются симметричные рентгенологические изменения в пястнофаланговых суставах, проксимальных межфаланговых суставах; в суставах запястий; плюснефаланговых суставах и 1-х межфаланговых суставах стоп;

При более выраженных рентгенологических стадиях РА (3 и 4 стадии по Штейнброкеру) изменения могут обнаруживаться в дистальных межфаланговых суставах кистей и проксимальных межфаланговых суставах сто.

РА не начинается с поражения дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп; проксимальных межфаланговых суставов стоп.

Костные анкилозы при РА выявляются только в межзапястных суставах; 2-5-х запястнопястных суставах и, реже, в суставах предплюсны. Костные анкилозы при РА не формируются в межфаланговых, пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставах кистей, в 1-х запястно-пястных суставах.

Характерных для РА рентгенологических изменений в других суставах верхних и нижних конечностей, в суставах осевого скелета не наблюдают.

*Особенности рентгенологических изменений в суставах при РА в пожилом возрасте:*

- околосуставной остеопороз может быть проявлением постменопаузального остеопороза;
- могут обнаруживаться признаки остеоартроза (сужение суставных щелей, кисты) в дистальных межфаланговых суставах кистей, крупных суставах, реже в ПФС;
- при несоответствии классификационным критериям для подтверждения диагноза РА необходимо выявить эрозии в типичных для РА суставах (запястья, ПЛФС, ПФС).

<b>С</b>	<b>Рекомендуется</b> проводить рентгенографию плечевого сустава, рентгенографию локтевого сустава, рентгенографию таза, рентгенографию коленного сустава, рентгенографию голеностопного сустава при РА <b>только при наличии особых показаний</b> (подозрение на остеонекроз, септический артрит, перелом, новообразования) [9-15]
----------	--

<b>С</b>	<b>Рекомендуется</b> проводить прицельную рентгенографию органов грудной клетки всем пациентам с РА с целью выявления ревматоидного поражения органов дыхания и сопутствующих заболеваний легких при первичном обследовании и затем ежегодно (более частое проведение возможно при наличии клинических показаний) [9-15]
----------	--

### **Инструментальная характеристика [1, 15]:**

- Наличие эрозий с использованием рентгенографии, возможно магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ультразвукового исследования (УЗИ):
  - Неэрозивный
  - Эрозивный
- Рентгенологическая стадия (по Штейнброкеру, в модификации):
  - 1 стадия - околосуставной остеопороз
  - 2 стадия - остеопороз + сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии
  - 3 стадия - признаки предыдущей стадии + множественные эрозии + подвывихи в суставах
  - стадия - признаки предыдущей стадии + костный анкилоз

Развернутая характеристика рентгенологических стадий (определяется по рентгенограммам суставов кистей и стоп):

1 стадия. Небольшой околосуставной остеопороз. Единичные кистовидные просветления костной ткани. Незначительное сужение суставных щелей в отдельных суставах.

2 стадия. Умеренный (выраженный) околосуставной остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани. Сужение суставных щелей. Единичные эрозии суставных поверхностей (1-4). Небольшие деформации костей.

3 стадия. Умеренный (выраженный) околоуставной остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани. Сужение суставных щелей. Множественные эрозии суставных поверхностей (5 и более). Множественные выраженные деформации костей. Подвывихи и вывихи суставов.

4 стадия. Умеренный (выраженный) околоуставной (распространённый) остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани. Сужение суставных щелей. Множественные эрозии костей и суставных поверхностей. Множественные выраженные деформации костей. Подвывихи и вывихи суставов. Единичные (множественные) костные анкилозы. Субхондральный остеосклероз. Остеофиты на краях суставных поверхностей.

### **Компьютерная томография (КТ)**

<b>В</b>	<b>Рекомендуется проводить компьютерную томографию (КТ) органов грудной полости</b> пациентам с РА, имеющим клинические признаки поражения легких с или без рентгенологических изменений, выявленных при рентгенографии органов грудной клетки, с целью уточнения характера изменений (интерстициальное или очаговое (ревматоидные узлы) поражение легких) и проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями [9-15]
----------	---

### **Магнитно-резонансная томография (МРТ)**

<b>С</b>	<b>Рекомендуется проводить МРТ суставов кистей</b> у пациентов с ранним РА в качестве дополнительного к клиническому осмотру метода выявления синовита с целью подтверждения диагноза в сложных клинических ситуациях [9-15]
----------	--

МРТ является более чувствительным методом выявления синовита в дебюте РА, чем стандартная рентгенография суставов.

МРТ признаки артрита неспецифичны; сходные с РА МРТ изменения могут присутствовать при других воспалительных заболеваниях суставов и выявляться у лиц, не страдающих заболеваниями суставов.

Изменения, выявляемые с помощью МРТ (синовит, теносиновит, остеит и эрозии костной ткани), позволяют прогнозировать прогрессирование деструкции суставов. Показатели МРТ (в особенности счет синовита) могут являться дополнительными и независимыми признаками воспалительной активности РА на ранней стадии болезни.

### **Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов**

<b>С</b>	<b>Рекомендуется проводить УЗИ суставов кистей и стоп</b> с использованием УЗИ (энергетический доплер) как дополнительный метод мониторинга активности заболевания и эффективности проводимой терапии [9-15]
----------	--

<b>С</b>	<b>НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ использовать МРТ и УЗИ суставов кистей</b> для подтверждения диагноза или выбора терапевтической тактики в связи с недостаточной стандартизацией данных методов при РА [9-15]
----------	---

### **Эзофагогастроскопия (ЭГДС)**

<b>С</b>	<b>Рекомендуется проводить ЭГДС</b> всем пациентам с РА (не реже 1 раза в год), регулярно получающим НПВП и/или ГК, наличии анемии с целью исключения эрозивно-язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки [15]
----------	--

## Электрокардиограмма (ЭКГ)

<b>С</b>	<b>Рекомендуется проводить ЭКГ</b> всем пациентам с РА не реже 1 раза в год [15]
----------	--

## ЭХО-КГ

<b>С</b>	<b>Рекомендуется проводить ЭхоКГ</b> пациентам с РА при подозрении на перикардит, миокардит легочную артериальную гипертензию, поражения сердца, связанных с атеросклерозом [15]
----------	--

## Рентгеноденситометрия

<b>С</b>	<b>Рекомендуется провести рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и шейки бедра</b> всем пациентам с РА каждые 12 месяцев при наличии следующих показаний [15]: <ul style="list-style-type: none"><li>• возраст старше 50 лет для женщин и 60 лет для мужчин;</li><li>• ранняя менопауза у женщин - высокая активность заболевания (стойкое увеличение СРБ более 20 мг/л);</li><li>• рентгенологическая стадия III-IV по Штейнброкеру или значение индекса HAQ более 1,25;</li><li>• масса тела менее 60 кг;</li><li>• прием ГК (более 3х месяцев в дозе более 5 мг/сут)</li></ul>
----------	--

## Пункция сустава

<b>С</b>	<b>Рекомендуется провести пункцию сустава для исследования синовиальной жидкости</b> (цитологическое исследование синовиальной жидкости, исследование химических свойств синовиальной жидкости, исследование уровня белка в синовиальной жидкости, исследование физических свойств синовиальной жидкости) рекомендуется в качестве дополнительного метода обследования всем пациентам с моноартритом и подозрением на РА с целью дифференциальной диагностики РА с микрокристаллическими или септическими артритами [15]
----------	--

Для пациентов с РА характерно снижение вязкости синовиальной жидкости, рыхлые муциновые сгустки, зернистый осадок, цитоз (3,0-75,0 х 10<sup>9</sup>/л), преобладание полиморфно-ядерных нейтрофилов (до 85%), повышение уровня общего белка (30-60 мг/л), увеличение уровня глюкозы (1,0-2,0 ммоль/л), уровня СРБ и РФ.

**Рекомендации по дифференциальной диагностике [15]**

<b>Диагноз</b>	<b>Обоснование для дифференциальной диагностики</b>	<b>Дополнительное обследование</b>	<b>Критерии исключения диагноза</b>
<b>Остеоартрит</b>	Незначительная припухлость мягких тканей, вовлечение дистальных межфаланговых суставов	ОАК, АЦЦП, рентгенография суставов	Отсутствие выраженной утренней скованности, боли в суставах механического и стартового характера. отрицательный АЦЦП, РФ. На рентгенограмме кистей картина остеосклероза, остеофитоза
<b>Системная красная волчанка</b>	Суставной синдром: артрит мелких суставов кистей	ОАК, Ревматоидный фактор, АЦЦП, АНФ, АНА рентген суставов	Артрит неэрозивный Высокие титры АНФ, АНА. Имеются системное поражение внутренних органов и выраженный конституциональный синдром.
<b>Подагра</b>	При хронической форме может быть симметричное поражение мелких суставов кистей и стоп субкортикальные эрозии на рентгенограммах.	ОАК, ОАМ, Ревматоидный фактор, АЦЦП, Мочевая кислота, рентген суставов, пункция суставов	Отсутствует РФ и АЦЦП часто наблюдается гиперурикемия наличие тофусов
<b>Спондилоартриты (Псориатический, анкилозирующий спондилит, реактивный артрит)</b>	Ассиметричный моноартрит, олигоартрит, иногда симметричный полиартрит,	ОАК ОАМ РФ АЦЦП HLA-B27 тесты на хламидии рентген суставов	мутилирующий артрит, «сосискообразная» деформация (дактилит), поражения осевого скелета, часты энтезиты. Частое поражение дистальных межфаланговых суставов, осевое поражение, веретенообразная припухлость пальцев. Отсутствует РФ и АЦЦП; одно- или двусторонний сакроилеит. Частая серопозитивность по HLA-B27

<b>Системная склеродермия</b>		ОАК Иммунологические тесты	Феномен Рейно и уплотнение кожи, поражение пищевода, легких; редко может выявляться артрит, обычно артралгии; ограничение объёма движений, связанное с прикреплением кожи к подлежащей фасции. Нет эрозивного артрита.
<b>Ревматическая полимиалгия</b>	Суставной синдром	ОАК РФ АЦЦП рентген суставов	Диффузная боль и утренняя скованность в осевых суставах и проксимальных группах мышц. Выраженный ответ на глюкокортикоидную терапию. Выраженное повышение СОЭ; редко возникает в возрасте моложе 50 лет.
<b>Вирусные артриты</b>	Характерна утренняя скованность с симметричным поражением суставов кистей и лучезапястных суставов, может выявляться РФ	ОАК ОАМ РФ рентген суставов	Может выявляться вирусная экзантема, которая в большинстве случаев спонтанно проходит в течение 4-6 недель [1,4].
<b>Фибромиалгия</b>	Распространённая мышечно-скелетная боль и скованность, парестезии, непродуктивный сон, усталость	ОАК ОАМ РФ рентген суставов	Множественные симметричные «триггерные» точки (для диагноза достаточно наличие 11 из 18); лабораторные исследования и исследование суставов - без патологии

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РА [9-15]

<b>С</b>	<b>Рекомендуется</b> дать советы по питанию и выполнению лечебных упражнений [9-15]
----------	---

Диета пациента, страдающего РА, должна быть полноценной, с достаточным количеством белка и кальция. Это важно по нескольким причинам:

- при активном воспалении в организме повышен расход энергии и белка;
- при ревматоидном артрите быстро развиваются мышечные атрофии (резкое похудание и ослабление мышц), которые способствуют деформации суставов;
- противовоспалительные препараты способны ослаблять слизистую оболочку желудка и кишечника, и естественная защита в этом случае — достаточное количество белка в пище;
- полноценное питание, с достаточным содержанием витамина D и кальция - профилактика остеопороза (нарушения структуры костной ткани, сопровождающего артрит). Предпочтение отдается белкам животного происхождения - это молоко, кисломолочные продукты, сыр, яйца, мясо, рыба. Следует избегать острых блюд. Блюда из мяса и рыбы лучше варить, готовить на пару, тушить или запекать.

<b>С</b>	<b>Рекомендуется</b> дать советы по обеспечению рациона растительными маслами, содержащими полиненасыщенные жирные кислоты — это может способствовать более благоприятному течению воспалительного процесса [9-15]
----------	--

<b>С</b>	<b>Рекомендуется</b> употреблять пациентам достаточное количество овощей, несладких фруктов и ягод [9-15]
----------	---

<b>С</b>	<b>Рекомендуется</b> дать советы по регулярным физическим упражнениям для поддержания подвижности суставов и укрепления мышц [9-15]
----------	---

Важно тренироваться правильно, чрезмерная нагрузка или неправильное выполнение упражнений может навредить суставам

Оптимальный вид физической активности для пациентов с РА - плавание, поскольку оно устраняет гравитационную нагрузку на суставы.

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> создать специальные школы для пациентов с РА [9-15]
----------	--

В рамках таких школ эксперты рассказывают о лечении, упражнениях, эрготерапии, о психологических аспектах заболевания, о защите прав пациентов, об их насущных проблемах и главных вопросах, которые беспокоят большинство пациентов. Информация о заболевании и понимание того, как его можно контролировать, играют важную роль в успешном лечении и сохранении качества жизни.

<b>В</b>	<b>Рекомендуется</b> рассматривать динамические упражнения и трудотерапию как дополнение к медицинскому вмешательству [9-15]
----------	--

<b>С</b>	<b>Рекомендуется</b> включить в общий уход за пациентом отказ от курения, стоматологическую помощь, контроль веса, оценку статуса вакцинации и лечение сопутствующих заболеваний [9-15]
----------	---

<b>В</b>	<b>Рекомендуется</b> использовать в качестве дополнительных вмешательств образовательные программы, направленные на преодоление боли, инвалидности, поддержания трудоспособности и участия в общественной жизни [9-15]
----------	--

<b>А</b>	<b>Рекомендуется предлагать пациенту с РА психологическую помощь</b> (например, релаксацию, управление стрессом и когнитивные навыки преодоления), чтобы помочь приспособиться к жизни с этим заболеванием [9-15]
<b>А</b>	<b>Рекомендуется предлагать пациенту с РА специализированную физиотерапию</b> для улучшения общей физической формы, гибкости суставов и мышечной силы; улучшить функцию; и узнать о краткосрочном облегчении боли, обеспечиваемом такими методами, как чрескожная электрическая стимуляция нервов (ЧЭНС) и восковые ванны [9-15]



## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ РА

**Главной целью лечения раннего РА** является достижение качества жизни, которое позволяет человеку заниматься нормальной работой, домашней и социальной деятельностью.

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> достигать ремиссии или низкой активности (альтернативная цель) заболевания при лечении всех пациентов с РА [9-15]
----------	--

Ремиссия определяется как отсутствие признаков и симптомов значительной активности воспалительного заболевания.

У пациентов, находящихся в ремиссии (или имеющих низкую активность), функциональный статус, трудоспособность и прогноз заболевания (снижение риска преждевременной летальности) лучше, чем у пациентов, у которых сохраняется умеренная или высокая активность заболевания [4].

**Базовые принципы терапии РА** («Тreat to target» или «Лечение до достижения цели») [1, ]:

1. Достижение ремиссии (DAS28 (суммарный индекс (включает упрощенный счет из 28 суставов), позволяет многократно оценивать активность РА и может быть использован для контроля его активности в повседневной практике)  $<2,6$ ) или как минимум низкой активности заболевания (DAS28  $<3,2$ ).
2. Ранняя активная терапия базисными противовоспалительными препаратами (csDMARDs), в первую очередь метотрексатом (MT\*), не позднее первых 3 мес. от начала болезни.
3. Лечение должно быть максимально активным, с быстрой эскалацией дозы MT\* и последующим изменением (при необходимости) схемы лечения в течение 3 мес. до достижения ремиссии (или низкой активности) болезни.
4. Тщательный контроль изменений активности заболевания и коррекция терапии не реже 1 раза в 3 мес. или ежемесячно у больных с высокой и умеренной активностью РА.
5. В случае недостаточной эффективности стандартной терапии csDMARDs показано назначение генно-инженерных биологических препаратов (ts DMARDs/bDMARDs).
6. Определение тактики терапии должно быть согласовано с пациентом.

<b>В</b>	<b>Рекомендуется применять стратегию «Лечение до достижения цели»</b> (“Тreat to target”) для лечения РА [9-15]: <ul style="list-style-type: none"><li>• активное назначение противовоспалительной терапии, включающей csDMARDs, bDMARDs, tsDMARDs, НПВП, ГКС;</li><li>• частый контроль над состоянием пациента с момента постановки диагноза (каждые 3 мес. до достижения ремиссии, каждые 6 мес. после достижения ремиссии);</li><li>• применение объективного контроля (с применением количественных методов – чек-листы);</li><li>• изменение схемы лечения при отсутствии приемлемого эффекта терапии.</li></ul>
----------	--

Раннее начало терапии csDMARDs ассоциируется с более благоприятными исходами РА в отношении потери трудоспособности, развития инвалидности, потребности в протезировании суставов и летальности [9-15].

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> корректировать лечение не реже чем каждые 3 мес., пока не будет достигнута желаемая цель лечения [9-15]
----------	--

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> начинать лечение противоревматическими препаратами, модифицирующими заболевание (DMARDs), как можно раньше (в идеале в течение 3 месяцев), даже если пациенты не соответствуют критериям классификации воспалительного ревматологического заболевания [9-15]
----------	---

Снижение активности РА на фоне лечения в течение первых 3-х месяцев, ассоциируется с развитием ремиссии, через 12-24 месяца [9-15].

### **Рекомендации по оценке эффективности лечения РА [EULAR, 2022]**

Критерии эффективности терапии РА [10-12]:

- хороший клинический ответ ( $\approx$  ACR 70) (критерии Американской коллегии ревматологов);
- низкая активность болезни ( $DAS28 \leq 3,2$ ) или ремиссия ( $DAS28 \leq 2,6$ ) – см. стр.28 (выше);
- улучшение функции (HAQ  $<1,5$  - Health Assessment Questionare, опросник состояния здоровья, позволяющий оценить функциональные способности больных РА) и качества жизни;
- предотвращение прогрессирования деструкции:
  - замедление нарастания рентгенологических индексов (Sharp, Larsen);
  - отсутствие появления новых эрозий;
  - стабилизация или улучшение состояния по данным МРТ.

У пациентов, находящихся в состоянии ремиссии более 1 года после отмены глюкокортикостероидов (ГКС), следует рассмотреть вопрос о возможности прекращения лечения bDMARDs, особенно если они применялись в комбинации с csDMARDs.

Важное значение при определении тактики лечения имеет выбор пациентов.

### **Рекомендации по мониторингу безопасности лечения РА**

Лечение противоревматическими препаратами может сопровождаться развитием НЛР, которые требуют тщательного мониторинга, поскольку могут ухудшать прогноз болезни [1-4].

<b>В</b>	<b>Рекомендуется проводить</b> частый мониторинг (каждые 1-3 месяца) при активной болезни [9-15]
----------	--

<b>В</b>	<b>Рекомендуется корректировать лечение</b> , если максимально к 3-м месяцам после начала лечения нет улучшения или если цель не достигнута к 6-ти месяцам [9-15]
----------	---

<b>Д</b>	<b>Рекомендуется</b> принимать совместное решение с пациентом о лечении РА для обеспечения наилучшего подхода [9-15]
----------	--

<b>В</b>	<b>Рекомендуется</b> проинформировать пациентов о достоинствах терапии и возможных НЛР [9-15]
----------	---

Решения о лечении принимаются с учетом активности заболевания, вопросов безопасности и других факторов пациента, таких как сопутствующие заболевания и прогрессирование структурных повреждений.

## ПРОТИВОРЕВМАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, МОДИФИЦИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (DMARDs) [9-15]

К DMARDs относятся синтетические и биологические.

### Синтетические DMARDs:

- Обычные синтетические DMARDs (**csDMARDs**) – метотрексат, лефлунамид, сульфасалазин, гидроксихлорохин.
- Таргетные синтетические DMARDs (**tsDMARDs**)– барицитиниб, филготиниб, тофацитиниб, упадацитиниб.

### Биологические DMARDs (bDMARDs):

- Биологические оригинаторы (**boDMARDs**) – ингибиторы фактора некроза опухоли (сертолизумаб, этанерцепт, голимумаб, инфликсимаб), ингибиторы рецепторов IL-6 (сарилумаб, тоцилизумаб); ингибиторы ко-стимуляции (абатацепт), анти-B-клетки (CD20) (ритуксимаб).
- Биосимиляры DMARDs (**bsDMARDs**) – адалимумаб, этанерцепт, инфликсимаб, ритуксимаб.

### Классические синтетические противоревматические препараты, модифицирующие заболевания (csDMARDs)

<b>A</b>	<b>Рекомендуется начать терапию с csDMARDs</b> (включая пациентов с высокой вероятностью развития РА) с момента постановки диагноза РА [9-15]
<b>A</b>	<b>Рекомендуется начать монотерапию метотрексатом</b> пациентам с умеренной или высокой активностью РА, ранее не получавшим лечения [9-15]
<b>A</b>	<b>Рекомендуется назначить метотрексат (MT*)</b> всем пациентам с диагнозом РА, как препарат «первой линии» терапии при отсутствии противопоказаний [9-15]
<b>B</b>	<b>Рекомендуется назначать MT*</b> пациентам с НДА при высокой вероятности развития РА [9-15]
<b>C</b>	<b>Рекомендуется оценить перед назначением MT*</b> [9-15]: <ul style="list-style-type: none"><li>• факторы риска нежелательных реакций (НЛР) (прием алкоголя);</li><li>• исследовать лабораторные параметры (АСТ, АЛТ, альбумин, общий анализ крови, креатинин, глюкоза, липиды, тест на беременность);</li><li>• маркеры вирусных инфекций (ВИЧ, гепатит В/С);</li><li>• провести рентгенографическое исследование грудной клетки.</li></ul>
<b>C</b>	<b>Рекомендуется назначать MT*</b> пациентам с РА индивидуализировано в зависимости от активности заболевания и риска развития НЛР [9-15]

**Факторы риска развития НЛР MT\*** (в первую очередь «гепатотоксичности») относятся:

- отсутствие приема фолиевой кислоты;
- наличие сахарного диабета;
- ожирение;
- гиперлипидемия (гиперлипидемия, ожирение и сахарный диабет - факторы риска неалкогольного стеатоза печени);
- интеркуррентные инфекции;
- пожилой возраст;

- избыточное потребление алкоголя.

<b>С</b>	<b>Рекомендуется начинать лечение МТ</b> с дозы 10-15 мг/неделю с увеличением по 5 мг каждые 2-4 недели до 20-30 мг/неделя в зависимости от эффективности и переносимости [9-15]
<b>С</b>	<b>Рекомендуется прервать лечение МТ*</b> при превышении концентраций АЛТ/АСТ выше верхней границы нормы (ВГН) более чем в 3 раза и возобновить лечение в более низкой дозе после нормализации лабораторных показателей [9-15]
<b>С</b>	<b>Рекомендуется скорректировать дозу МТ*</b> при стойком увеличении уровня АСТ/АЛТ > 3 ВГН [9-15]
<b>С</b>	<b>Рекомендуется провести соответствующие диагностические процедуры</b> при сохранении увеличения уровня АСТ/АЛТ > 3 ВГН после отмены МТ* [9-15]
<b>С</b>	<b>Рекомендуется в начале лечения или при увеличении дозы МТ*</b> , проводить контроль АЛТ/АСТ, креатинина, общего анализа крови каждые 1-1,5 месяца до достижения стабильной дозы МТ*, затем – каждые 3 месяца [9-15]
<b>С</b>	<b>Рекомендуется проводить клиническую оценку НЛР и факторов риска</b> во время каждого визита пациентов [9-15]
<b>С</b>	<b>НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ назначать МТ*</b> беременным или планирующим беременность женщинам с РА в связи с высоким риском развития НЛР и нежелательных неонатальных исходов [9-15]
<b>А</b>	<b>Рекомендуется назначить фолиевую кислоту</b> в дозе (не менее 5 мг/неделя) не ранее, чем через 24 ч после перорального приема или парентерального введения МТ* [9-15]
<b>В</b>	<b>Рекомендуется перевести пациентов на подкожную форму препарата МТ*</b> при недостаточной эффективности или плохой переносимости таблетированной формы МТ* [9-15]
<b>В</b>	<b>Рекомендуется начать лечение с подкожной формы препарата МТ*</b> пациентам с высокой активностью РА (DAS28 >= 5.1), которым показано назначение высокой дозы МТ* (>= 15 мг) [9-15]

Подкожная форма МТ\* превосходит пероральные формы МТ\* по биодоступности и фармакокинетическим параметрам при применении в дозе > 15 мг/нед [9-15].

**Рекомендации  
по динамическому наблюдению и мониторингу безопасности за пациентами,  
получающими МТ\* [15]**

<b>Обследование до назначения терапии</b>	<b>В динамике</b>
Рентгенография органов грудной клетки	Повторить при развитии кашля и одышки
Общий анализ крови	Каждую неделю до достижения стабильной дозы, затем каждый месяц

Печеночные ферменты (АСТ, АЛТ)	Следует приостановить прием МТ* при повышении уровня АЛТ и АСТ выше трехкратной нормы; после нормализации показателей - возобновить МТ* в более низкой дозе. При стойком превышении АЛТ и АСТ выше трех верхних границ нормы следует заменить МТ* на другой базисный препарат
Мочевина и креатинин	Первоначально ежемесячно в течение 6 месяцев, затем каждые 3 мес.

Монотерапия МТ\* не уступает по эффективности комбинированной терапии МТ\* с ГХ\*, МТ\* с СС\*, МТ\* с СС\* и ГХ\* при раннем РА, проведение которой связано с увеличением риска НЛР.

<b>А</b>	<p><b>Рекомендуется</b> назначить при противопоказаниях для назначения МТ или плохой переносимости препарата [9-15]:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>лефлуноמיד (ЛФ*)</b> в дозе 100 мг/сут в течение 3 дней, с 4-го дня 20 мг/день ежедневно ИЛИ</li> <li>➤ <b>сульфасалазин (СС*)</b> в дозе 2000-3000 мг/день (40 мг/кг/день), 1-я неделя по 500 мг, 2-я нед – 1000 мг, 3-я нед – 1500 мг, 4-я нед и далее – 2000 мг.</li> </ul>
----------	---

ЛФ\* положительно влияет на число воспаленных суставов, боль и нетрудоспособность у пациентов с РА.

#### **Рекомендации по динамическому наблюдению и мониторингу безопасности за пациентами, получающими лефлунамид (ЛФ\*) [15]**

<b>Обследование</b>	<b>В динамике</b>
<u>Общий анализ крови,</u> <u>Функции печени:</u> Активность печеночных ферментов (АЛТ, АСТ), щелочной фосфатазы; концентрация билирубина, содержание альбумина; <u>Функции почек:</u> Концентрация мочевины, Содержание креатинина.	до 3 месяцев – каждые 2 недели от 3 до 6 месяцев – каждые 8 недели после 12 месяцев – каждые 12 недель.
Контроль АД	каждые 8 недель

<b>С</b>	<b>Рекомендуется отменить СС*</b> при появлении болей в горле, язв во рту, лихорадки, выраженной слабости, кровоточивости, кожного зуда, препарат необходимо немедленно отменить [9-15]
----------	---

#### **Рекомендации по динамическому наблюдению и мониторингу безопасности за пациентами, получающими сульфасалазин (СС\*) [15]**

<b>Обследование до назначения СС*</b>	<b>В динамике в процессе лечения</b>
Общий анализ крови	Каждые 2 недели до достижения стабильной дозы, затем каждые 6 недель
Печеночные ферменты (АСТ, АЛТ)	Каждые 6 недель
Мочевина и креатинин	Каждые 3 месяца

<b>С</b>	<b>Рекомендуется</b> продолжить терапию csDMARD в течение следующих 3-х месяцев при достижении умеренного эффекта* [1-4]
----------	--

\*Оценка умеренного эффекта включает следующие показатели:

- оценка через 3 месяца терапии;
- снижение индекса DAS28 > 0,6 балла от исходного при сохранении умеренной активности болезни;
- снижение индекса DAS28 > 1,2 балла от исходного при сохранении высокой активности болезни по критериям EULAR.

<b>Д</b>	<b>Рекомендуется применять монотерапию сульфасалазином (СС*) или гидроксихлорохином (ГХ*)</b> при наличии показаний во время беременности в случае низкой активности заболевания [9-15]
----------	---

<b>Д</b>	<b>Рекомендуется рассмотреть</b> возможность применения других csDMARDs, если цель лечения не достигнута с помощью первой стратегии применения csDMARDs и при отсутствии неблагоприятных прогностических факторов [9-15]
----------	--

#### Первого ряда csDMARDs для лечения РА [9-15]

csDMARDs	Дозы и схемы назначения
Метотрексат (МТ*)	Назначают 1 раз в неделю перорально (или парентерально). Начальная доза – 7,5 мг/нед (дробный 3-х разовый прием по 2,5 мг с 12-часовым интервалом). Максимальная доза – 25 мг/нед
Лефлуномид (ЛФ*)	По 100 мг/сут первые 3 дня, затем по 20 мг/сут При развитии НЛР снижение дозы до 10 мг/сут
Сульфасалазин (СС*)	1-я нед – по 500 мг/сут 2-я нед – по 1000 мг/сут 3-я нед – 1500 мг/сут 4-я нед – по 2000 мг/сут Средняя доза – по 1500-2000 мг/сут в 2 приема после еды

Развернутая стадия РА – заболевание с отчетливо выраженной симптоматикой и длительностью болезни более 1 года. Суставной синдром имеет стойкий, симметричный и полиартикулярный характер с преимущественным поражением суставов кистей и стоп, выявляются признаки высокой или умеренной лабораторной активности, серопозитивность по РФ, эрозивный процесс в суставах по данным рентгенографии.

Если диагноз устанавливается впервые, то стратегия ведения больного та же, что и при раннем РА. В случае уже проводившегося лечения с недостаточным эффектом или непереносимостью csDMARDs (как в виде монотерапии, так и при комбинированном их использовании), а также наличием ФНП прибегают к назначению bDMARDs. Использование bDMARDs позволяет максимально избирательно воздействовать на отдельные звенья иммунопатогенеза РА и существенно улучшить состояние больных РА, резистентных к csDMARDs и ГКС [1].

Установлено, что комбинация традиционных csDMARDs с bDMARDs более эффективна, чем монотерапия.

#### Показания к назначению bDMARDs или tsDMARDs [9-15]:

- при длительно сохраняющейся (> 3–6 мес.) высокой активности РА;

- при высокой активности заболевания < 3 мес., только при наличии у больных ФНП
- первоначальная терапия стандартными csDMARDs не позволила достичь цели, ремиссии или низкой активности РА (например, МТ\* ± ГКС коротким курсом или ЛФ\* или СС\*);
- наличие противопоказаний к применению МТ\* или плохой его переносимости не позволила достичь цели;
- имеются неблагоприятные прогностические факторы:
  - умеренная или высокая активность РА;
  - высокие СОЭ и СРБ;
  - высокий счет опухших суставов;
  - наличие ревматоидного фактора и/или антител к цитруллинированному пептиду (АЦЦП), особенно в высоких титрах;
  - ранние эрозии;
  - неэффективность двух стандартных csDMARDs.

**Препаратами первого ряда среди bDMARDs являются ингибиторы ФНО-α.**

Другие bDMARDs назначаются больным РА с неадекватным ответом на блокаторы ФНО-α или при невозможности их применения.

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> добавить bDMARD, если цель лечения не достигнута с помощью первой стратегии csDMARD и при наличии неблагоприятных прогностических факторов [9-15]
----------	--

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> перейти на двойную терапию другими csDMARD (лефлуномид, сульфасалазин или гидроксихлорохин), bDMARDs или ингибиторами янус-киназы (JAK), если у пациента по-прежнему не наблюдается улучшения симптомов РА [9-15]
----------	--

Тройная терапия также является вариантом лечения csDMARD, однако предпочтительно использовать метотрексат плюс bDMARDs или ингибиторы JAK для достижения более быстрого наступления эффекта и лучшей переносимости.

<b>В</b>	<b>Рекомендуется</b> рассмотреть возможность применения JAK-ингибиторов, но с учетом соответствующих факторов риска* [9-15]
----------	---

#### **Меры предосторожности!!!!**

**\*При намерении назначить JAK-ингибиторы необходимо учитывать следующие факторы риска сердечно-сосудистых событий и злокачественных новообразований:**

- возраст старше 65 лет;
- курение в настоящее время или в прошлом;
- другие факторы риска сердечно-сосудистых событий (такие как диабет, ожирение, гипертония);
- другие факторы риска злокачественных новообразований (текущая или предыдущая история злокачественных новообразований, за исключением кроме успешно леченного немеланомного рака кожи);
- факторы риска тромбозмболических событий (инфаркт миокарда или сердечная недостаточность в анамнезе, рак, наследственные нарушения свертываемости крови или тромбозмболия в анамнезе).
- пациенты, принимающие комбинированные гормональные контрацептивы или заместительную гормональную терапию;
- пациенты, перенесшие серьезную операцию или обездвиженные.

<b>A</b>	<p><b>Рекомендуется использовать комбинации [9-15]:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• csDMARD + bDMARDs</li> <li style="text-align: center;">ИЛИ</li> <li>• csDMARD + tsDMARDs</li> </ul>
----------	--

### Рекомендации по стратегии лечения раннего РА

1. Монотерапия МТ\* с последующей заменой на другие csDMARD (ЛФ\*, СС\*) через 3–6 мес. в случае неэффективности или плохой переносимости.
2. Комбинированная базисная терапия, в т. ч. в сочетании с высокой дозой ГКС. Используются комбинации csDMARD как первого ряда (МТ\* + СС\* или МТ\* + ЛФ\*), так и второго ряда (МТ\* + ГХ\*) и т. д.
3. Комбинированная терапия синтетическими csDMARD + bDMARD (в первую очередь ингибиторы фактора некроза опухоли (ФНО) при сохраняющейся > 3–6 мес. высокой активности РА, а также при наличии ФНП. Например, МТ\* 25 мг/нед. + Инфликсимаб 3 мг/кг массы тела.

<b>A</b>	<p><b>Рекомендуется использовать комбинацию</b> пациентам, которые не могут применять csDMARD [9-15]:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ингибиторы ИЛ-6 + tsDMARDs</li> </ul>
----------	--

<b>C</b>	<p><b>Рекомендуется назначить</b> другие bDMARD или tsDMARD, если bDMARD или tsDMARD не помогли [9-15]</p>
----------	--

<b>C</b>	<p><b>Рекомендуется назначить</b> препарат с другим механизмом действия или второй ингибитор TNF-/ IL-6R, если терапия одним ингибитором рецепторов TNF или IL-6 не дала результатов [9-15]</p>
----------	---

<b>C</b>	<p><b>Рекомендуется</b> снизить дозы DMARDs (bDMARDs/tsDMARDs и/или csDMARDs) после отмены ГКС и достижения пациентом устойчивой ремиссии [9-15]</p>
----------	--

<b>B</b>	<p><b>Рекомендуется</b> использование ритуксимаба только у пациентов, у которых отсутствует адекватный ответ на ингибиторы фактора некроза опухоли (TNF) или при наличии в анамнезе лимфопролиферативного заболевания, для лечения которого показан ритуксимаб [9-15]</p>
----------	---

<b>B</b>	<p><b>НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ</b> назначать тоцилизумаб и ингибиторы янускиназы (JAK) пациентам, ранее не получавшим csDMARD [9-15]</p>
----------	--

### Биологические противоревматические препараты (bDMARDs) [9-15]

Препараты	Схемы назначения
<b>Ингибиторы ФНО-а</b>	
Инфликсимаб	1-е введение – по 3 мг/кг/ в/в капельно на 250 мл 0,9% раствора натрия хлорида 1 р/сут, затем в той же дозе через 2 и 6 нед, далее – каждые 8 нед
Адалimumаб	40 мг п/к каждые 2 нед
Этанерцепт	25 мг п/к 2 р/нед или 50 мг п/к 1 р/нед
Цертолизумаб	400 мг/сут п/к в виде 2-х инъекций по 200 мг в один день на 1-й, 2-й и 4-й нед, далее – по 200 мг 1 р/2 нед. Поддерживающая терапия (после достижения низкой активности) – по 400 мг 1 р/4 нед
Голимумаб	По 50 мг п/к ежемесячно в один и тот же день мес



<b>Блокаторы CD-20-рецепторов В-лимфоцитов</b>	
Ритуксимаб	По 1000 мг в/в (1-й и 15-й день) с введением 100 мг метилпреднизолона до инфузии. Проведение повторных курсов возможно через 6-12 мес
<b>Ингибиторы рецепторов интерлейкина-6</b>	
Тоцилизумаб	В дозе 8 мг/кг в/в капельно, развести в 100 мл стерильного 0,9% раствор натрия хлорида. 1 инфузия в 4 нед
<b>Блокаторы ко-стимуляции Т-лимфоцитов</b>	
Абатацепт	В дозе 10 мг/кг в/в инфузии, затем через 2 и 4 нед, ежемесячно 500 мг – при весе пациента <60 кг 750 мг – при весе пациента 60-100 кг 100 мг – при весе пациента > 100 кг

### Таргетные синтетические болезнь модифицированные противоревматические препараты (tsDMARDs)

Препараты	Схемы назначения
<b>tsDMARDs</b>	
Тофацитиниб	По 5-10 мг 2 р/день, ежедневно
Барicitиниб	По 4 мг, 1 р/сут, ежедневно

Перечень csDMARDs, tsDMARDs, bDMARDs (см. Приложение 9).

### Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

<b>A</b>	<b>Рекомендуется применять НПВП</b> для уменьшения боли в суставах [9-15]
----------	---

Несмотря на уменьшение боли и скованности на фоне лечения НПВП, они не влияют на прогрессирование деструкции суставов.

Практически все НПВП могут уменьшать боль при назначении в дозах, значительно меньших, чем те, что требуются для подавления воспаления.

<b>D</b>	<b>Рекомендуется</b> использовать селективные НПВП (с-НПВП) или неселективные НПВП (н-НПВП) на фоне медикаментозной профилактики с применением ингибиторов протонного насоса (ИПП) при умеренной вероятности развития осложнений со стороны ЖКТ [9-15]
----------	--

#### Меры предосторожности!!!

Одновременное использование 2-х и более НПВП увеличивает риск развития НЛР

<b>B</b>	<b>Не рекомендуется</b> назначать НПВП пациентам с РА и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (индекс SCORE $\geq 5\%$ ) [9-15]
----------	---

#### Рекомендации по снижению сердечно-сосудистого риска у больных РА [1]:

- АСК следует принимать за  $\geq 2$  ч до приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).
- Не использовать НПВП в течение 3–6 мес. после острого сердечно-сосудистого события или процедуры.

- Регулярно контролировать артериальное давление.
- Использовать НПВП в низких дозах с коротким периодом полураспада (избегать назначения НПВП с пролонгированным высвобождением).

### НПВП-ассоциированные факторы риска гастроинтерстициальных и сердечно-сосудистых осложнений [1]

Риск осложнений	Желудочно-кишечный тракт	Сердечно-сосудистая система
Высокий	<ul style="list-style-type: none"> <li>• язвенный анамнез;</li> <li>• ЖКТ-кровотечения в анамнезе;</li> <li>• Прием низких доз АСК* как антиагрегантного средства или любых антитромботических средств или антикоагулянтов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИБС;</li> <li>• ИМ в анамнезе;</li> <li>• Ишемический инсульт/транзиторная ишемическая атака;</li> <li>• ХСН;</li> <li>• СД 2 типа;</li> <li>• ХБП;</li> <li>• SCORE&gt;5%</li> </ul>
Умеренный	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пожилой возраст</li> <li>• Диспепсия</li> <li>• Курение</li> <li>• Прием ГКС</li> <li>• Инфицированность <i>H. pylori</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCORE 1-4%</li> </ul>
Низкий	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие каких-либо факторов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCORE&lt;1%</li> </ul>

### Алгоритмы выбора НПВП у больных с РА с учетом гастроинтерстициального и сердечно-сосудистого риска [1]

Риск ССЗ	Риск НПВП-гастропатий		
	Низкий	Умеренный	Высокий
Низкий	нНПВП	сНПВП	сНПВП + ИПП
Умеренный	нНПВП/сНПВП + низкие дозы АСК*	сНПВП + низкие дозы АСК*+ ИПП	сНПВП + низкие дозы АСК* + ИПП
Высокий	сНПВП + низкие дозы АСК*	сНПВП + низкие дозы АСК*+ ИПП	сНПВП + низкие дозы АСК*+ ИПП

Перечень рекомендуемых НПВП и ГКС (см. Приложение 10).

### Глюкокортикостероиды (ГКС)

Пациентам с РА может быть назначена кратковременная терапия ГКС («*bridging therapy*») - пероральным, внутримышечным или внутрисуставным доступом для быстрого контроля над заболеванием в ожидании эффекта от терапии csDMARDs, который может занять 4–6 недель.

ГКС следует применять только в комбинации с csDMARDs.

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> проводить назначение ГКС индивидуализировано с учетом известных факторов развития НЛР - развитие иммунодефицитных состояний, эрозивно-язвенные заболевания ЖКТ, серьезные заболевания сердечно-сосудистой системы, дислипидемия, сахарный диабет, системный остеопороз и др. [9-15]
----------	--

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> назначать системные ГКС в самой низкой необходимой дозе в качестве временного (< 6 месяцев) дополнительного лечения для уменьшения боли, отека и структурного прогрессирования - <7,5 мг/день в эквиваленте преднизолона [9-15]
----------	--

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> назначать внутрисуставные инъекции ГКС для лечения местных симптомов воспаления [9-15]
----------	---

**Локальная (внутрисуставная) терапия ГКС:**

- Применять пролонгированные ГКС (бетаметазон, триамцинолон);
- Повторные инъекции в один и тот же сустав не чаще 3 раз в год;
- Исключить физическую нагрузку на сустав в течение 24 ч после инъекции.

<b>В</b>	<b>НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ</b> назначать ГКС для длительного применения (более трех месяцев) в начале лечения csDMARDs пациентам с недавно диагностированным заболеванием [9-15]
----------	---

Возможно только краткосрочное (менее трех месяцев) применение ГКС для облегчения боли и воспаления, поскольку для начала действия csDMARDs требуется время.

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> краткосрочное применение ГКС в различных режимах дозирования и способах введения при назначении или замене csDMARDs, но следует прекращать их применение как можно быстро и возможно с клинической точки зрения [9-15]
----------	---

**Меры предосторожности по ГКС!!!**

Длительное применение ГКС в дозе более 10 мг/сут, особенно в комбинации с csDMARDs, bDMARDs, tsDMARDs и высокая кумулятивная доза ассоциируются с нарастанием риска инфекционных осложнений!!!

*Тактика снижения дозы ГК:*

- Начальная доза назначается не менее 10 дней до достижения клинико-лабораторного улучшения при динамическом контроле состояния
- Снижение дозы проводится каждые 7-10 дней на ¼ таблетки (1-1,25мг) до минимальной поддерживающей дозы или до возможной полной отмены ГК с учетом состояния.

**Противопоказания к назначению ГКС** - лица пожилого возраста с язвенным анамнезом и/или нарушением функции почек.

<b>Д</b>	<b>Рекомендуется назначать</b> препараты кальция, бифосфонатов и витамина D при необходимости для лечения глюкокортикоидного остеопороза у всех пациентов РА, принимающих ГКС (>3-х месяцев, в дозе >5 мг/день) [9-15]
----------	--

**Схемы назначения бифосфонатов [1]**

Препараты	Дозы и режим назначений
Алендронат	По 70 мг 1 р/нед внутрь за 30 мин до еды
Ибандронат	По 150 мг 1 р/мес внутрь или 3 мл в/в 1 р/3 мес
Золендроновая кислота	По 5 мг в/в в течение 15 мин, развести в 150 мл физиологического раствора , 1 раз в год
Антитела к RANKL	
Деносумаб	По 60 мг п/к 1 р/6 мес

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Несмотря на то, что у большинства женщин в период беременности наступает клиническое улучшение, активность артрита уменьшается, они всё же нуждаются в медикаментозной терапии. Назначение лекарства, его оптимальную дозировку и курс лечения должен осуществлять врач в индивидуальном порядке, учитывая особенности течения беременности, общее состояние здоровья, наличие противопоказаний.

Выбор препарата определяется остротой заболевания. Так, при низкой активности воспаления с жалобами на утреннюю скованность в суставах рекомендованы нестероидные противовоспалительные препараты, по типу “Ибупрофен”, с момента зачатия и до 32 недели беременности. Применение НПВП на более поздних сроках может нарушить функции почек у плода, спровоцировать рост давления в лёгочном круге кровообращения, снизить свертываемость крови.

Если действие “Ибупрофена” недостаточное, выбор делают в пользу синтетических гормональных средств — “Преднизолон” и “Метилпреднизолон”. При правильном режиме дозирования и схеме применения они абсолютно безопасны для здоровья матери и будущего ребенка. Средняя суточная норма, достаточная для подавления воспаления, успешного развития беременности и родов, составляет 5-15 мг. При стойкой ремиссии артрита во время гестации возможно уменьшение лекарственной дозировки или полная отмена препаратов до окончания беременности. В тех случаях, когда артрит не поддается лечению противовоспалительными средствами, врач может сделать назначение иммуносупрессивных препаратов, таких как “Гидроксихлорохин”, “Салазопирин” (сульфасалазин) или “Циклоспорин”.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

### Основные виды оперативного лечения:

- протезирование сустава
- синовиектомия
- артродез

<b>В</b>	<b>Рекомендуется</b> эндопротезирование или артродез суставов при наличии выраженных структурных изменений, сопровождающихся стойкой болью и нарушениями функции суставов [9-15]
----------	--

<b>В</b>	<b>Рекомендуется</b> проведение лаважа с использованием артроскопии или синовиектомии пациентам с РА при наличии стойкого синовита сустава и отсутствии эффекта от консервативной терапии [9-15]
----------	--

### Лечение РА в стадии необратимых структурных повреждений (end-stage) [15]

#### *Показания к экстренной операции:*

- сдавление нерва вследствие синовита или теносиновита
- угрожающий или совершившийся разрыв сухожилия
- атлантоосевой подвывих, сопровождающийся неврологической симптоматикой
- деформации, затрудняющие выполнение простейших повседневных действий
- тяжелые анкилозы или дислокации нижней челюсти
- наличие бурситов, нарушающих работоспособность больного
- ревматические узелки, имеющие тенденцию к изъязвлению.

#### *Относительные показания к операции:*

- резистентные к лекарственной терапии синовиты, теносиновиты или бурситы
- выраженный болевой синдром

- значительное ограничение движений в суставе
- тяжелая деформация суставов

*Противопоказания к операции:*

- свежий инфаркт миокарда (менее 3 месяцев);
- ОНМК (менее 3 месяцев);
- терминальные стадии сердечной и печеночной недостаточности.

### **ФАРМАКОТЕРАПИЯ РА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ [15]**

<b>Препарат</b>	<b>Комментарии</b>
МТ**	Безопасен
ЛФ**	Нежелателен; длительный период полужизни
ГХ**	Безопасен; снижает риск тромбозов
ГКС	Относительно безопасны; существенно увеличивают риск инфекций в послеоперационном периоде
БАРИ**, ТОФА**, УПА**	Не известно
	Относительно безопасны; увеличивают риск инфекций в послеоперационном периоде
РТМ**	Относительно безопасен
ТЦЗ**	Нет данных; диагностика инфекционных осложнений затруднена
АБЦ**	Нет данных; низкий риск инфекционных осложнений
НПВП	Использовать препараты короткого действия
Ацетилсалициловая кислота	Отменить за 7 - 10 дней до операции

### **Рекомендации**

**по времени проведения оперативных вмешательств на фоне лечения bDMARDs (ингибиторы ИЛ, моноклональные антитела, селективные иммунодепрессанты) [15]**

<b>Препарат</b>	<b>Интервал дозирования</b>	<b>Период, во время которого возможно проведение оперативного вмешательства (по отношению к введению последней дозы ГИБП)</b>	<b>Период полужизни ГИБП</b>
АДА**	Каждые 2 нед	Неделя 3	14
АБЦ**	Ежемесячно (в/в)	Неделя 5	14
	Еженедельно (п/к)	Неделя 2	14
ЦЗП**	Каждые 2 недели	Неделя 3	14
	Каждые 4 недели	Неделя 5	

ЭТЦ**	Еженедельно	Неделя 2	3
ГЛМ**	Каждые 4 недели	Неделя 5	
ИНФ**	Каждые 4, 6 и 8 недель	Недели 5, 7 и 9	9
РТМ**	2 дозы с промежутком 2 недели, повторный курс не раньше, чем через 6 месяцев	Месяц 4 или 7	18
ТЦЗ** (4 мг/кг м 8 мг/кг, в/в) Тоцилизумаб (п/к)	Каждые 4 недели Каждую неделю	Неделя 5 Неделя 3	13

### РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РА

**В** Рекомендуется направить на консультацию к специалисту-ревматологу любого взрослого с подозрением на персистирующий синовит с неопределенной причиной [9-15]

**В** Рекомендуется срочно направить к специалисту-ревматологу (даже при нормальной острофазовой реакции, отрицательных АЦЦП или РФ), если у пациента имеются одно из следующих проявлений [9-15]:

- поражены мелкие суставы кистей или стоп;
- поражено более одного сустава;
- между появлением симптомов и обращением за медицинской помощью прошло 3 месяца или более.

**В** Рекомендуется направить к ревматологу в течение 6 недель после появления симптомов пациентов с опуханием суставов, сопровождающихся болью или скованностью [9-15]

**В** Рекомендуется направить к ревматологу в течение 6 недель после появления симптомов пациентов с опуханием суставов, сопровождающихся болью или скованностью [9-15]

**Рекомендуется проведение** консультаций специалистов с целью диагностики или определения тактики лечения заболеваний для выбора терапии и определения прогноза при РА [15]:

- *врача-кардиолога* - при развитии кардиоваскулярных осложнений на фоне прогрессирования РА;
- *врача-эндокринолога* - для диагностики заболеваний эндокринной системы, главным образом, сахарного диабета, что может повлиять на выбор терапии РА;
- *врача-гастроэнтеролога* - при развитии гастроэнтерологических осложнений на фоне лечения РА;
- *врача-фтизиатра* - при назначении bDMARDs в случае подозрения на наличие латентной туберкулезной инфекции;

<b>В</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>врача-онколога</i> - при развитии злокачественных новообразований и разработки тактики ведения пациентов</li> <li>• <i>врача-окулиста</i> - для диагностики поражения глаз на фоне РА;</li> <li>• <i>врача-стоматолога</i> - для диагностики ксеростомии и поражения слюнных желез;</li> <li>• <i>врача-невролога</i> - для диагностики туннельных синдромов, миелопатии, невропатии и других неврологических патологий на фоне РА;</li> <li>• <i>врача-нефролога</i> — для диагностики амилоидоза и других патологий почек на фоне РА;</li> <li>• <i>врача-пульмонолога</i> - для диагностики ИЗЛ и других патологий лёгких на фоне РА;</li> <li>• <i>врача-травматолога-ортопеда</i> - всем пациентам с РА, имеющим показания к хирургическому лечению (значительное нарушение функций тазобедренных, коленных суставов, суставов кистей и стоп и др., включая контрактуры, анкилоз, остеонекроз) или ортезированию;</li> <li>• <i>врача-акушера-гинеколога</i> - пациенткам, планирующим беременность или беременным с целью выработки тактики лечения и родовспоможения.</li> </ul>
----------	---

<b>С</b>	<b>Рекомендуется направить на консультацию к врачу- психиатру</b> для психопатологической диагностики психического расстройства в соответствии с критериями МКБ-10 и назначения психофармакотерапии/психотерапии в случае выявления у пациентов с РА симптомов, позволяющих предполагать наличие психических расстройств, и при положительном результате скринингового обследования на психическое расстройство [9-15]
----------	--

<b>А</b>	<b>Рекомендуется предоставить устную и письменную информацию пациенту о РА и провести обучение</b> для улучшения понимания, управления симптомами заболевания и повышения приверженности пациента к лечению [9-15]
----------	--

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> объяснять риски и преимущества вариантов лечения пациентам с РА на доступном для понимания способами [9-15]
----------	--

На протяжении всего курса лечения предоставляйте пациентам возможность обсуждать и согласовывать все аспекты своего лечения и уважайте решения, которые они принимают.

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> оценивать активность артрита с интервалами от 1 до 3 месяцев до достижения клинической ремиссии [9-15]
----------	---

На выбор показателя активности заболевания и целевого значения должны влиять сопутствующие заболевания, факторы пациента и риски, связанные с лекарственными препаратами.

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> документировать регулярно показатели активности заболевания — ежемесячно для пациентов с высокой/умеренной активностью заболевания или реже для пациентов с устойчиво низкой активностью заболевания или ремиссией (например, каждые 6 мес) [9-15]
----------	---

<b>А</b>	<b>Рекомендуется проводить мониторинг активности РА</b> [9-15]: <ul style="list-style-type: none"> <li>• подсчет болезненных и опухших суставов;</li> </ul>
----------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• общая оценка пациента и врача;</li> <li>• СОЭ;</li> <li>• СРБ.</li> </ul>
<b>A</b>	<b>Рекомендуется использовать</b> результаты рентгенографических исследований и функциональную оценку, сообщаемую пациентами, в качестве дополнительных средств мониторинга [9-15]
<b>D</b>	<b>Рекомендуется</b> учитывать структурные изменения, функциональные нарушения и сопутствующие заболевания в дополнение к оценке комплексных показателей активности заболевания при принятии клинических решений [9-15]

### РЕКОМЕНДАЦИЮ ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РА

<b>D</b>	<b>Рекомендуется планировать</b> беременность в период ремиссии или минимальной клинико-лабораторной активности заболевания, продолжающейся не менее 3-6 месяцев до предполагаемой даты зачатия при отсутствии симптомов функциональной недостаточности внутренних органов на фоне оптимальной лекарственной терапии [9-15]
<b>D</b>	<b>Рекомендуется</b> проводить осмотр ревматолога беременным пациенткам с РА не реже 1 раза в I триместр и после родоразрешения [9-15]

### РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РА И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Характер сопутствующих (коморбидных) заболеваний имеет важнейшее значение для выбора тактики лечения с точки зрения, как эффективности, так и безопасности терапии.

#### Вирусные гепатиты

<b>D</b>	<b>Рекомендуется проводить</b> профилактической противовирусной терапии (энтекавир, тенофовир) всем пациентам, являющимся носителями хронической (HBsAg++ve) и окультной (HBsAg-ve, Anti-HBc+ve, HBV DNA+ve) инфекции вирусом гепатита В, которые нуждаются в терапии bDMARDs или tsDMARDs [9-15]
<b>D</b>	<b>НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ</b> проводить профилактическое лечение пациентам с излеченной инфекцией вирусом гепатита В (HBsAg-ve, Anti-HBc+ve, но HBV DNA-ve) за исключением планирования применения РТМ** [9-15]
<b>D</b>	<b>Рекомендуется назначить</b> СС* и ГХ* пациентам, не получающим противовирусную терапию, но не МТ* и ЛФ* [9-15]

#### Туберкулез

<b>D</b>	<b>Рекомендуется</b> проводить профилактическое туберкулостатическое лечение изониазидом** или рифампицином** всем пациентам с РА и латентной туберкулезной инфекцией перед назначением bDMARDs и tsDMARDs (выбор схемы профилактического лечения осуществляется
----------	--



	врачом-фтизиатром с учетом противопоказаний, лекарственных взаимодействий и рисков НЛР у конкретного пациента) [9-15]
--	---

<b>D</b>	<b>Рекомендуется</b> начинать лечение bDMARDs не раньше, чем через 1 месяц после начала туберкулостатической профилактики латентной туберкулезной инфекции [9-15]
----------	---

#### Онкологические заболевания

<b>D</b>	<b>Рекомендуется</b> приостановить лечение csDMARDs и bDMARDs на время проведения химиотерапии и радиотерапии пациентам с РА, страдающим любыми злокачественными новообразованиями (за исключением ГХ* и СС*) и в последующем проводить при консультативной поддержке врача-онколога [9-15]
----------	---

<b>D</b>	<b>Рекомендуется</b> применять с осторожностью csDMARDs, bDMARDs и tsDMARDs у пациентов с РА с немеланомным раком кожи и солидными опухолями в анамнезе [9-15]
----------	--

<b>D</b>	<b>Рекомендуется</b> назначить ГХ*, СС*, РТМ* пациентам с РА, имеющим анамнестические данные о наличии лимфопролиферативных заболеваний [9-15]
----------	--

<b>D</b>	<b>НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ</b> назначать иФНОα пациентам с РА, имеющим анамнестические данные о наличии лимфопролиферативных заболеваний [9-15]
----------	--

<b>D</b>	<b>Рекомендуется</b> назначать с осторожностью другие csDMARDs (МТ*), bDMARDs и tsDMARDs (БАРИ*, ТОФА*, УПА*) пациентам с РА, имеющим анамнестические данные о наличии лимфопролиферативных заболеваний [9-15]
----------	--

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВАКЦИНАЦИИ

<b>В</b>	<b>Рекомендуется</b> проведение вакцинации инактивированными вакцинами против инфекции вируса гриппа и инактивированными вакцинами против пневмококковой инфекции всем пациентам с РА при отсутствии противопоказаний до начала лечения (МТ*, СС*, ЛФ*, ГХ*), boDMARDs и tsDMARDs (селективные иммунодепрессанты: БАРИ*, ТОФА*, УПА*) [9-15]
<b>Д</b>	<b>Рекомендуется</b> проведение вакцинации против инфекции вирусом гепатита А и В пациентам с РА в группах высокого риска (медицинские работники и др.) [9-15]
<b>Д</b>	<b>Рекомендуется</b> проведение бустерной вакцинации или пассивной иммунизации в случаях верифицированного контакта с инфекцией, обусловленной вирусом гепатита В (инфицированные иглы, укушенные раны и т. д.) [9-15]
<b>В</b>	<b>Рекомендуется</b> проведение вакцинации против инфекции вирусом опоясывающего герпеса (herpes zoster) пациентам с РА, старше 60 лет, в первую очередь которым планируется терапия tsDMARDs (селективные иммунодепрессанты: БАРИ*, ТОФА*, УПА*) [9-15]
<b>В</b>	<b>НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ</b> проведение вакцинации живыми вакцинами (корь, краснуха, паротит, полиомиелит, ротавирусы, желтая лихорадка и др.) на фоне лечения bDMARDs [9-15]
<b>Д</b>	<b>НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ</b> назначение живых аттенуированных вакцин в течение первых 6 мес. жизни детям, рожденным от матерей с РА, получавших bDMARDs во второй половине беременности [9-15]

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ [9-15]

В настоящее время, наряду с разработкой новых фармакологических подходов и схем, существенное внимание уделяется проблеме медицинской, профессиональной и социальной реабилитации больных РА.

Реабилитация – это комбинированное и координированное применение медицинских, педагогических, социальных и профессиональных мероприятий с целью сведения к минимуму функциональных нарушений и их негативных влияний на жизнь больного, достижения оптимума трудоспособности, увеличения степени самостоятельности во всех сферах жизнедеятельности, социальной адаптации и интеграции в общество [15]. Реабилитация включает стационарный, амбулаторно-поликлинический и санаторно-курортный этапы и базируется на трех принципах:

- 1) комплексность и мультидисциплинарный подход;
- 2) преемственность на всех этапах;
- 3) индивидуальный характер построения реабилитационной программы.

Важность восстановительного лечения и реабилитации при РА обусловлена необходимостью влияния на воспалительный процесс, предупреждения возникновения функциональной недостаточности и прогрессирования деформаций, сохранения объема повседневной бытовой деятельности, способности к самообслуживанию и профессиональному труду, коррекции психологического статуса, поддержания больного как активной социальной личности и улучшения качества жизни.

Индивидуальная программа реабилитации должна включать аэробные и силовые, групповые и индивидуальные занятия лечебной физической культурой (ЛФК), различные виды ортезирования и физиотерапии, трудотерапию (occupational therapy), образовательные программы (школы для пациентов) и психологическую коррекцию.

Основные задачи ЛФК при РА следующие:

- 1) предупреждение и коррекция функциональных нарушений;
- 2) уменьшение болевого синдрома путем приспособления суставов к дозированной нагрузке;
- 3) укрепление мышечной системы, борьба с гипотрофией и атрофией мышц;
- 4) повышение общего тонуса и трудоспособности.

Большинство предложенных программ силовых и аэробных физических тренировок высокой длительности и интенсивности, упражнений для кистей улучшают функциональный статус, аэробные возможности, увеличивают мышечную силу и объем движений в суставах и снижают активность болезни у больных РА.

<b>С</b>	<b>Рекомендуется</b> назначение ЛФК с момента установления диагноза пациентам с РА, включая аэробные тренировки, сначала под руководством инструктора по ЛФК, затем дома с профессиональной поддержкой, которые могут сочетаться с силовыми упражнениями, комплексами для улучшения подвижности кистей [9-15]
----------	---

Динамические, силовые и аэробные тренировки, адаптированные к потребностям и возможностям пациента, улучшают силу мышц, аэробные возможности, психологическое состояние и общий физический статус без усиления активности заболевания и деструкции суставов в краткосрочной перспективе.

Регулярная физическая активность улучшает функциональный статус и способствует сохранению трудоспособности пациентов и снижает риск коморбидных заболеваний в первую очередь сердечно-сосудистой системы.

<b>С</b>	<b>Рекомендуется</b> эрготерапия (ЭТ) как дополнение к медикаментозному лечению при функциональных ограничениях при РА для обучения правильному поведенческому стереотипу [9-15]
----------	--

ЭТ оказывает положительное влияние на функциональный и психологический статусы, повышает «самоэффективность», уровень бытовой активности, социальную и профессиональную адаптацию.

Раннее обучение методам защиты суставов, стратегиям энергосбережения, изменение поведенческого стереотипа, применение вспомогательных устройств улучшают функциональный статус в долгосрочной перспективе.

<b>С</b>	<b>Рекомендуется</b> использовать ортопедические стельки и ортопедическую обувь при боли и/или деформациях суставов стопы [9-15]
<b>С</b>	<b>Рекомендуется</b> бальнеотерапия (БТ) в качестве дополнительного метода лечения пациентов с низкой активностью РА при наличии показаний [9-15]

БТ может применяться у пациентов с РА с низкой активностью для уменьшения боли и улучшения, функциональный статуса.

Исследования по использованию различных природных ресурсов и физиотерапевтических методов при ревматологических заболеваниях малочисленны и доказательной базы их эффективности недостаточно, в выборе физиотерапевтического метода должны учитываться предпочтения пациента.

### **Трудотерапия (occupational therapy)**

Эквивалентом термина «трудотерапия» в иностранной литературе является понятие «occupational therapy», включающее рекомендации по защите суставов и энергосбережению, тренировке мелкой моторики кистей, обучение двигательным навыкам, формированию правильного функционального стереотипа, выполнению трудовых операций, использованию вспомогательных устройств и шин, работе с бытовыми приборами, дополнительными приспособлениями, облегчающими самообслуживание, выполнение домашнего и профессионального труда. Русскоязычный термин «трудотерапия» является, на наш взгляд, более узким, подразумевающим лечебное использование различных трудовых процессов и операций.

Трудотерапия при РА проводится с целью предупредить и скорректировать функциональные нарушения, активизировать психическую и физическую деятельность для развития интереса к труду.

### **Ортезирование**

Важнейшим методом реабилитации больных РА считается ортезирование, так как прогрессирование заболевания неизбежно связано с развитием деформаций суставов, прежде всего мелких суставов кистей и стоп, лучезапястных, коленных и локтевых.

**Ортез** – внешнее ортопедическое приспособление для стабилизации, разгрузки и коррекции анатомических и биомеханических осей, защиты суставов или сегментов опорно-двигательной системы.

Принципиально ортезы можно разделить на статические и динамические. Статические ортезы выполняют стабилизирующую и корригирующую функцию в пораженном суставе, динамические ортезы сохраняют определенный объем движений, выполняя те же функции.

Целями ортезирования при РА являются:

- 1) защита и разгрузка суставов;
- 2) уменьшение боли и воспаления за счет создания контролируемого покоя;
- 3) коррекция анатомических осей;
- 4) предупреждение или замедление развития контрактур, девиации и деформации.

По мнению В.А. Насоновой и соавт., ортопедическая коррекция позволяет значительно повысить эффективность реабилитации больных РА. Имеются данные о влиянии ортезирования на предотвращение или по меньшей мере торможение развития типичных деформаций кисти и лучезапястных суставов. Применение индивидуально изготовленных стелек позволяет разгрузить определенные участки стоп и равномерно перераспределить нагрузку на всю подошвенную область пациента. Тем самым уменьшается болевой синдром, улучшаются опороспособность и рессорная функция стоп, другие суставы нижних конечностей и позвоночник защищаются от постоянной микротравматизации.

### **Психологическая реабилитация**

Тяжесть течения РА ведет у большинства пациентов к изменениям психоэмоционального состояния, развитию синдрома реактивной тревожности, появлению чувства неполноценности. Оторванность от работы, общественной жизни, возникающие при этом частые неполадки в семье, иногда разводы увеличивают эти психоэмоциональные нарушения. В данных случаях используют различные виды психологической реабилитации – психотерапию индивидуально и в группе, релаксацию, музыка-, танцетерапию, психотропную медикаментозную терапию. Систематический обзор показал, что проведение психологической реабилитации необходимо большинству больных РА. Методики саморегуляции способствовали снижению симптомов депрессии, беспокойства и тревоги.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РА

**Первичная профилактика:** отсутствует.

**Вторичная профилактика [15]:**

- отказ от курения, особенно для родственников первой степени родства больных АЦЦП позитивным РА;
- своевременное распознавание начавшегося обострения заболевания и коррекция терапии; распознавание осложнений лекарственной терапии;
- профилактика побочного действия лекарственной терапии.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ [15]

**Показания для плановой госпитализации [15]:**

- уточнение диагноза и оценка прогноза;
- высокая степень активности, системные проявления РА;
- развитие интеркуррентной инфекции, септического артрита или других тяжёлых осложнений болезни или лекарственной терапии.
- подбор и коррекция дозы csDMARDs при необходимости;
- решение вопроса о назначении bDMARDs или tsDMARDs;

**Показания для экстренной госпитализации [15]:**

- высокая степень активности с выраженным болевым суставным синдромом и выраженными внесуставными проявлениями;
- развитие тяжелой интеркуррентной инфекции у пациента, получающего ГКС и csDMARDs;
- осложнения лекарственной терапии (тяжелые гематологические и геморрагические осложнения, пневмонит, поражение ЖКТ, токсический гепатит);
- атланта-аксиальный подвывих, сопровождающийся развитием неврологической симптоматики и миелопатии (в профильное нейрохирургическое отделение), разрыв сухожилия, сдавление нерва (в профильное травматологическое отделение).

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мурадянц А.А., Шостак Н.А. Ревматоидный артрит: клинические ситуации и алгоритмы лечения // РМЖ. Ревматология. 2016. № 2. С. – 95.- [https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Revmatoidnyy\\_artrit\\_klinicheskie\\_situaciii\\_algoritmy\\_lecheniya/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Revmatoidnyy_artrit_klinicheskie_situaciii_algoritmy_lecheniya/)
2. Diagnosis and differential diagnosis of rheumatoid arthritis, 28 May, 2022. – Access: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-rheumatoid-arthritis>.
3. Ревматоидный артрит: социально-экономическая значимость и современные подходы к иммунопатогенетическому лечению. ВОЛКОВА М.В., КУНДЕР Е.В., КОНЕВАЛОВА Н.Ю., ФРОЛОВА А.В. - <file:///D:/Документы%20и%20рабочий%20стол/Мои%20документы/Аспирантура.Кыргызбаева.2019/revmatoidnyy-artrit-sotsialno-ekonomicheskaya-znachimost-i-sovremennye-podhody-k-immunopatogeneticheskomu-lecheniyu.pdf>
4. Mortality and its predictors in patients with rheumatoid arthritis: a Danish population-based inception cohort study / J. K. Pedersen [et al.] // Scand. J. Rheumatol. – 2018 Sep. – Vol. 47, N 5. – P. 371–377.
5. Incidence and Prevalence of Major Adverse Cardiovascular Events in Rheumatoid Arthritis, Psoriatic Arthritis, and Axial Spondyloarthritis / K. Lauper [et al.] // Arthritis Care Res. (Hoboken). – 2018 Dec. – Vol. 70, N 12. – P. 1756–1763.
6. Rheumatoid arthritis and risk of cardiovascular disease / P. W. Meyer [et al.] // Cardiovasc. J. Afr. – 2018 Sep-Oct. – Vol. 29, N 5. – P. 317–321.
7. Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis [Electronic resource] / W. Katchamart [et al.] // BMC Rheumatol. – 2019 Aug. – Vol. 3. – Mode of access: <https://bmc-rheumatol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41927-019-0080-9>. – Date of access: 27.11.2020.
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN publication no. 50, November 2015. – access at: <http://www.sign.ac.uk>.
9. NICE, Rheumatoid arthritis in adults: management, 2020. – access at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng100/chapter/Recommendations#investigations-following-diagnosis>.
10. EULAR recommendations for screening and prophylaxis of chronic and opportunistic infections in adults with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. 2022 - Access at: <https://ard.bmj.com/content/early/2022/11/17/ard-2022-223335>
11. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update – Access at: <https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/early/2022/11/10/ard-2022-223356.full.pdf>.
12. Руководство по применению болезнь-модифицирующих антиревматических препаратов при ревматоидном артрите (EULAR, январь 2020. (доступен перевод на русский язык) - <https://diseases.medelement.com/material/eular-22-01-2020/100684121579963654>
13. American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis 2021. Access at: <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/2021-ACR-Guideline-for-Treatment-Rheumatoid-Arthritis-Early-View.pdf>.
14. Rheumatoid Arthritis (RA) Guidelines, Medscape, 2022 – Access at: <https://emedicine.medscape.com/article/331715-guidelines#g4>.
15. Клинические рекомендации по ревматоидному артриту, РФ, 2021. - [http://disuria.ru/\\_ld/10/1068\\_kr21M05M06MZ.pdf](http://disuria.ru/_ld/10/1068_kr21M05M06MZ.pdf).

16. Шкала DAS28. <https://www.4s-dawn.com/DAS28/>
17. Онлайн калькулятор DAS28 – доступен на: <https://www.mdcalc.com/calc/2176/disease-activity-score-28-rheumatoid-arthritis-esr-das28-esr>
18. Scale CDAI - <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/CDAI%20Form.pdf>
19. Онлайн калькулятор CDAI - <https://www.mdcalc.com/calc/2177/clinical-disease-activity-index-cdai-rheumatoid-arthritis>
20. Шкала SDAI - <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/SDAI%20Form.pdf>
21. Онлайн-калькулятор SDAI - <https://www.mdcalc.com/calc/2194/simple-disease-activity-index-sdai-rheumatoid-arthritis>
22. RAPID-3 score - <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/RAPID3%20Form.pdf>
23. RAPID-3 score survey - <https://www.ra.com/rheumatoid-arthritis-resources/rapid3-survey>
24. PAS-II score form - <https://forms.loinc.org/75876-3>.
25. PAS-II online calculator - <https://www.mdcalc.com/calc/10128/patient-activity-scale-ii-pas-ii-ra>.



**КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ  
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА  
(ACR/EULAR, 2022) [5-7]**

	<b>Критерии</b>	<b>Баллы</b>
<b>I</b>	<p><b>Клинические признаки поражения суставов (припухлость и/или болезненность при объективном исследовании (0-5 баллов):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 крупный сустав</li> <li>• 2-10 крупных суставов</li> <li>• 1-3 мелких суставов (крупные суставы не учитываются)</li> <li>• 4-10 мелких суставов (крупные суставы не учитываются)</li> <li>• &gt;10 суставов (как минимум 1 мелкий сустав)</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>5</p>
<b>II</b>	<p><b>Серологические тесты на РФ и АЦЦП (0-3 балла, требуется как минимум 1 тест):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Отрицательные</li> <li>• Слабоположительные для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы, но не более чем в 3 раза)</li> <li>• Высокочувствительные для РФ или АЦЦП (более чем в 3 раза превышают верхнюю границу нормы)</li> </ul>	<p>0</p> <p>2</p> <p>3</p>
<b>III</b>	<p><b>Острофазовые показатели (0-1 балл, требуется как минимум 1 тест):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нормальные значения СОЭ и СРБ</li> <li>• Повышение СОЭ и уровня СРБ</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p>
<b>IV</b>	<p><b>Длительность синовита (0-1 балл):</b></p> <p>&lt;6 нед</p> <p>≥6 нед</p>	<p>0</p> <p>1</p>

\*Диагноз РА может быть установлен при общем счете не менее 6 баллов.

### Классификация ревматоидного артрита

<b>Основной диагноз</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ревматоидный артрит серопозитивный (M05.8)</li> <li>Ревматоидный артрит серонегативный (M06.0)</li> <li>Особые клинические формы ревматоидного артрита                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ синдром Фелти (M05.0)</li> <li>➤ синдром Стилла у взрослых (M06.1)</li> </ul> </li> <li>Вероятный ревматоидный артрит (M05.9, M06.4, M06.9)</li> </ul>		
<b>Клиническая стадия</b>	<b>Очень ранняя</b>	< 6 мес.	
	<b>Ранняя</b>	6 мес.- 1 год	
	<b>Развернутая</b>	> 1 года	при наличии типичной симптоматики ревматоидного артрита.
	<b>Поздняя</b>	2 года и более	+ выраженная деструкция мелких (III-IV рентгенологическая стадия) и крупных суставов, наличие осложнений.
<b>Клинико-анатомические формы</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ревматоидный моно-, олиго- и полиартрит</li> <li>РА с системными проявлениями</li> <li>Отдельные синдромы</li> </ul>		
<b>Степени активности</b>	0	Ремиссия	DAS28<2,6
	1	Минимальная	DAS28= 2,6-3,2
	2	Умеренная	DAS28 = 3,3-5,1
	3	Высокая	DAS28> 5,1
<b>Внесуставные (системные) проявления</b>	ревматоидные узелки		в т.ч. ревматоидный нодуллёз легких
	кожный васкулит		язвенно-некротический васкулит, инфаркты ногтевого ложа, дигитальный артериит, ливедо-ангиит
	васкулит других органов		сердца, почек и др.
	Невропатия		мононеврит, полинейропатия
	плеврит, перикардит		сухой, выпотной
	синдром Шегрена		«сухой» синдром
	поражения глаз		склерит, эписклерит, васкулит сетчатки
<b>Наличие эрозий</b>	неэрозивный РА эрозивный РА		по инструментальным данным (рентгенографии, МРТ или УЗИ)
<b>Рентгенологи-ческие стадии (модификация по Стейнброчеру)</b>	<b>I</b>	околосуставной остеопороз	
	<b>II</b>	остеопороз + сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии	
	<b>III</b>	признаки II стадии + множественные (более 5) костные эрозии, подвывихи в суставах	
	<b>IV</b>	признаки III стадии + костный анкилоз	
<b>по АЦЦП</b>	<b>АЦЦП (+)</b> <b>АЦЦП (-)</b>	Дополнительная иммунологическая характеристика	
<b>Функциональные классы</b>	<b>I</b>	полная сохранность выполнения нормальной ежедневной нагрузки без ограничений	
	<b>II</b>	адекватная сохранность выполнения нормальной ежедневной нагрузки (несмотря на определенные трудности)	
	<b>III</b>	ограниченная возможность выполнения нормальной ежедневной нагрузки	
	<b>IV</b>	полная потеря возможности выполнения нормальной ежедневной нагрузки	
<b>Осложнения</b>	Вторичный системный амилоидоз		
	Вторичный остеоартроз		
	Остеопороз (системный)		
	Остеонекроз		
	Туннельные синдромы (синдром карпального канала, синдром сдавления локтевого, большеберцового нерва)		
	Подвывих в атлантаксиальном суставе, в том числе с миелопатией, нестабильность шейного отдела позвоночника		
	Атеросклеротическое поражение сосудов		

**Шкала DAS28 для оценки активности ревматоидного артрита**

Ф.И.О.

пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

1. Насколько сильную боль, связанную с Вашим заболеванием, Вы испытывали за прошедшую неделю? Пожалуйста, укажите ниже, насколько сильна была боль:

Бол и нет	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	Максимально возможная боль
-----------------	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	----	----------------------------

**Инструкция по заполнению ВАШ**

**Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)** предназначена для измерения интенсивности боли. Она представляет собой непрерывную шкалу в виде горизонтальной или вертикальной линии длиной **10 см (100 мм)** и расположенными на ней двумя крайними точками: «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить».

Пациенту предлагают разместить линию, перпендикулярно пересекающую визуально-аналоговую шкалу в той точке, которая соответствует его интенсивности боли. С помощью линейки, измеряется расстояние (мм) между «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить», обеспечивая диапазон оценок от 0 до 100. Более высокий балл указывает на большую интенсивность боли.

На основании распределения баллов рекомендована следующая классификация:

- *нет боли (0–4 мм);*
- *слабая боль (5–44 мм);*
- *умеренная боль (45–74 мм);*
- *сильная боль (75–100 мм).*

Длительность измерения интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале занимает меньше 1 мин.

**К недостаткам ВАШ относятся:** обязательное наличие бумаги, ручки и линейки.

В результате, данный тест не может быть выполнен в устной форме или по телефону. Применение визуально-аналоговой шкалы может быть ограничено у пациентов пожилого возраста с когнитивными нарушениями или проблемами в опорно-двигательной системе.

Пожалуйста, отметьте ниже, как вы оцениваете свой артрит за последнюю неделю.

Правая сторона		Суставы	Левая сторона	
Боли	Отек		Боли	Отек
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Плечевой	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Локтевой	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Луче-запястный	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 1	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 2	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 3	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 4	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 5	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 1	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 2	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 3	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 4	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 5	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Коленные	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		Общее количество		

Число болезненных суставов \_\_\_\_\_

Число припухших суставов \_\_\_\_\_

СОЭ \_\_\_\_\_

ОСЗ\* \_\_\_\_\_

\*ОСЗ - общее состояние здоровья или общая оценка активности заболевания пациентом (100 мм по визуальной аналоговой шкале – ВАШ).

## Формула для расчета DAS28

$$\text{DAS28} = (0,56 (\text{ЧБС})) + (0,28 (\text{ЧПС})) + (0,70 \ln(\text{СОЭ})) + (0,014 \text{ООСЗ})$$

Где:

*ЧБС* - число болезненных суставов,

*ЧПС* - число припухших суставов из следующих 28: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные, которые поражаются при РА в первую очередь и хорошо доступны для объективного исследования.

*СОЭ* - скорость оседания эритроцитов по методу Вестергрена,

*ООСЗ* - общая оценка пациентом состояния здоровья в мм по 100 миллиметровой визуальной аналоговой шкале.

Для вычисления DAS используют программируемый калькулятор или компьютер ([www.das-score.nl](http://www.das-score.nl)).

### Интерпретация шкалы DAS28:

Значения шкалы DAS28	Активность заболевания
< 2.6	Ремиссия заболевания
≥ 2.6 - < 3.2	Низкая активность заболевания
≥ 3.2 - ≤ 5.1	Умеренная активность заболевания
> 5.1	Высокая активность заболевания

### Оценка эффективности терапии РА (критерии EULAR)

Конечное значение DAS28	Уменьшение DAS28		
	> 1.2	0.6 < 1.2	< 0.6
< 3.2	Хороший эффект	Удовлетворительный эффект	Нет эффекта
3.2 - 5.1	Удовлетворительный эффект	Удовлетворительный эффект	Нет эффекта
> 5.1	Удовлетворительный эффект	Нет эффекта	Нет эффекта

**Шкала CDAI**

Ф.И.О.

пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Пожалуйста, отметьте ниже, как вы оцениваете свой артрит за последнюю неделю.**

Правая сторона		Суставы	Левая сторона	
Боли	Отек		Боли	Отек
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Плечевой	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Локтевой	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Луче-запястный	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 1	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 2	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 3	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 4	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 5	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 1	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 2	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 3	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 4	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 5	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Коленные	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		Общее количество		

### Оценка активности заболевания пациентом

Учитывая все способы воздействия артрита на вас, оцените, насколько хорошо вы себя чувствуете по следующей шкале:

Очень хорошо	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	Очень плохо
--------------	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	----	-------------

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

### Оценка активности заболевания врачом/медсестрой

Очень хорошо	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	Очень плохо
--------------	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	----	-------------

### Как оценить CDAI

Переменная	Диапазон	Значение
Оценка боли в суставах	0-28	
Оценка опухших суставов	0-28	
Оценка пациента	0-10	
Оценка врача/медсестры	0-10	
Сложите вышеуказанные значения, чтобы рассчитать оценку CDAI	0-76	

### Интерпретация шкалы CDAI

Значения шкалы CDAI	Активность заболевания
$\leq 2,8$	Ремиссия заболевания
$> 2,8$ и $\leq 10$	Низкая активность заболевания
$> 10$ и $\leq 22$	Умеренная активность заболевания
$> 22$	Высокая активность заболевания

### Оценка эффективности терапии по индексу CDAI:

- Удовлетворительный эффект - снижение CDAI на 7 баллов
- Хороший эффект - снижение CDAI на 15 баллов

**Шкала упрощённого индекса активности - SDAI**

Ф.И.О.

пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Пожалуйста, отметьте ниже, как вы оцениваете свой артрит за последнюю неделю.**

Правая сторона		Суставы	Левая сторона	
Боли	Отек		Боли	Отек
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Плечевой	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Локтевой	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Луче-запястный	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 1	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 2	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 3	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 4	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пястно-фаланговые 5	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 1	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 2	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 3	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 4	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Межфаланговые 5	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Коленные	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		Общее количество		



### Оценка активности заболевания пациентом

Учитывая все способы воздействия артрита на вас, оцените, насколько хорошо вы себя чувствуете по следующей шкале:

Очень хорошо	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	Очень плохо
--------------	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	----	-------------

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

### Оценка активности заболевания врачом/медсестрой

Очень хорошо	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	Очень плохо
--------------	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	----	-------------

### Как оценить CDAI

Параметры	Диапазон	Значение
Оценка боли в суставах	0-28	
Оценка опухших суставов	0-28	
Оценка пациента	0-10	
Оценка врача/медсестры	0-10	
СРБ (мг/дл)	0-10	
Сложите вышеуказанные значения, чтобы рассчитать оценку CDAI	0-86	

### Интерпретация шкалы SDAI

SDAI	Активность заболевания
≤3.3	Ремиссия заболевания
>3.3-11.0	Низкая активность заболевания
>11.0-26.0	Умеренная активность заболевания
>26.0	Высокая активность заболевания

### Оценка эффективности терапии по индексу SDAI:

- Удовлетворительный эффект - снижение SDAI на 7 баллов
- Хороший эффект - снижение SDAI на 17 баллов

### Шкала RAPID-3

Многомерный опросник оценки здоровья

Этот опросник позволяет собрать информацию, которую нельзя получить из анализов крови, результатов рентгеновского исследования или какого-либо другого источника, кроме Вас. Пожалуйста, попытайтесь ответить на каждый вопрос, даже если Вам кажется, что в настоящее время он к Вам не относится. Здесь нет правильных или неправильных ответов.

Пожалуйста, отвечайте именно так, как Вы думаете или чувствуете.

Благодарим Вас за сотрудничество.

1. Пожалуйста, отметьте (✓) ОДИН наиболее точный ответ, соответствующий Вашим возможностям в течение последней недели:

В течение последней недели Вы были способны:	Без всякого труда	С некоторым трудом	С большим трудом	Не в состоянии это делать	Заполняется врачом																														
А. Самостоятельно одеться, включая завязывание шнурков, застегивание пуговиц?	0	1	2	3	1. ФНа-к (0–10) <hr/> <table border="1"> <tr><td>1=0,3</td><td>16=5,3</td></tr> <tr><td>2=0,7</td><td>17=5,7</td></tr> <tr><td>3=1,0</td><td>18=6,0</td></tr> <tr><td>4=1,3</td><td>19=6,3</td></tr> <tr><td>5=1,7</td><td>20=6,7</td></tr> <tr><td>6=2,0</td><td>21=7,0</td></tr> <tr><td>7=2,3</td><td>22=7,3</td></tr> <tr><td>8=2,7</td><td>23=7,7</td></tr> <tr><td>9=3,0</td><td>24=8,0</td></tr> <tr><td>10=3,3</td><td>25=8,3</td></tr> <tr><td>11=3,7</td><td>26=8,7</td></tr> <tr><td>12=4,0</td><td>27=9,0</td></tr> <tr><td>13=4,3</td><td>28=9,3</td></tr> <tr><td>14=4,7</td><td>29=9,7</td></tr> <tr><td>15=5,0</td><td>30=10</td></tr> </table> 2. PN (0–10) <hr/> 3. PTGL (0–10) <hr/> RAPID 3 (0–30) <hr/> активность высокая >12 средняя 6,1–12 низкая 3,1–6 ремиссия ≤3	1=0,3	16=5,3	2=0,7	17=5,7	3=1,0	18=6,0	4=1,3	19=6,3	5=1,7	20=6,7	6=2,0	21=7,0	7=2,3	22=7,3	8=2,7	23=7,7	9=3,0	24=8,0	10=3,3	25=8,3	11=3,7	26=8,7	12=4,0	27=9,0	13=4,3	28=9,3	14=4,7	29=9,7	15=5,0	30=10
1=0,3	16=5,3																																		
2=0,7	17=5,7																																		
3=1,0	18=6,0																																		
4=1,3	19=6,3																																		
5=1,7	20=6,7																																		
6=2,0	21=7,0																																		
7=2,3	22=7,3																																		
8=2,7	23=7,7																																		
9=3,0	24=8,0																																		
10=3,3	25=8,3																																		
11=3,7	26=8,7																																		
12=4,0	27=9,0																																		
13=4,3	28=9,3																																		
14=4,7	29=9,7																																		
15=5,0	30=10																																		
Б. Лечь в кровать и встать с кровати?	0	1	2	3																															
В. Поднести ко рту полную чашку или стакан?	0	1	2	3																															
Г. Ходить по ровной местности вне дома?	0	1	2	3																															
Д. Полностью вымыться и вытереться?	0	1	2	3																															
Е. Нагнуться, чтобы поднять одежду с пола	0	1	2	3																															
Ж. Открыть и закрыть водопроводный кран?	0	1	2	3																															
З. Войти и выйти в автомобиль, автобус, поезд или самолет	0	1	2	3																															
И. Пройти 2 или 3 км, если Вы пожелаете?	0	1	2	3																															
К. участвовать в развлекательных и спортивных мероприятиях, которые Вам нравятся или Вы желаете?	0	1	2	3																															
Л. Хорошо спать по ночам?	0	1,1	2,2	3,3																															
М. Справляться с тревогой или нервозностью?	0	1,1	2,2	3,3																															
Н. Справляться с депрессией и грустью?	0	1,1	2,2	3,3																															

2. Насколько сильную боль, связанную с Вашим заболеванием, Вы испытывали за прошедшую неделю? Пожалуйста, укажите ниже, насколько сильна была боль:

Бол и нет	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	Максимально возможная боль
-----------------	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	----	----------------------------

3. Оцените, пожалуйста, свое состояние в настоящее время, с учетом основного заболевания и других нарушений здоровья:

Очень хорошо	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	Очень плохо
--------------	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	----	-------------

### Интерпретация шкалы RAPID-3:

- Почти ремиссия (NR): 1=0.3; 2=0.7; 3=1.0
- Низкая активность (LS): 4=1.3; 5=1.7; 6=2.0
- Умеренная активность (MS): 7=2.3; 8=2.7; 9=3.0; 10=3.3; 11=3.7; 12=4.0
- Высокая активность (HS): 13=4.3; 14=4.7; 15=5.0; 16=5.3; 17=5.7; 18=6.0; 19=6.3; 20=6.7; 21=7.0; 22=7.3; 23=7.7; 24=8.0; 25=8.3; 26=8.7; 27=9.0; 28=9.3; 29=9.7; 30=10.0

### Как рассчитать баллы RAPID 3?

1. Попросите пациента заполнить вопросы 1, 2 и 3, находясь в комнате ожидания перед визитом.
  2. Для вопроса 1 сложите баллы только по вопросам А-К (вопросы Л-Н были признаны информативными, но формально не оцениваются). Используйте формулу в поле справа для расчета формального балла (0-10). Например, пациент, чьи ответы составили 19 баллов, получит 6,3 балла. Введите этот балл в качестве оценки функционального статуса пациента (FN).
  3. Для вопроса 2 введите необработанный балл (0-10) в поле справа как оценку переносимости боли пациентом (PN).
  4. Для вопроса 3 введите необработанный балл (0-10) в поле справа как оценку пациента (PTGE).
  5. Сложите суммарные баллы (0-30) из вопросов 1, 2 и 3 и введите их как суммарный балл RAPID 3 пациента.
  6. Используйте итоговую таблицу пересчета для взвешенного балла RAPID 3 пациента. Например, пациент, набравший 11 баллов по суммарной шкале RAPID 3, получит взвешенный балл 3,7.
- Пациент, набравший от 0 до 1,0 балла, определяется как близкий к ремиссии (NR); 1,3-2,0 - как низкая степень тяжести (LS); 2,3-4,0 - как умеренная степень тяжести (MS); и 4,3-10,0 - высокая степень тяжести (HS).

**Шкала PAS-II**

Мы заинтересованы в том, чтобы узнать, как ваша болезнь влияет на вашу способность функционировать в повседневной жизни.

1. Пожалуйста, отметьте (✓) ОДИН наиболее точный ответ, соответствующий Вашим возможностям в течение последней недели:

В течение последней недели Вы были способны:	Без всякого труда	С некоторым трудом	С большим трудом	Не в состоянии это делать
Встать с прямого стула?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Ходить на свежем воздухе по ровной поверхности?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Залезать/слезать с унитаза?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Дотянуться и спустить 5 кг предмет (например, мешок сахара) прямо над головой?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Открывать двери автомобиля?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Выполнять работу на улице (например, во дворе)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Ждать в очереди в течение 15 минут?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Поднимать тяжелые предметы?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Перемещать тяжелые предметы?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Подниматься на два или более лестничных пролетов?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3

2. Насколько сильную боль, связанную с Вашим заболеванием, Вы испытывали за прошедшую неделю? Пожалуйста, укажите ниже, насколько сильна была боль:

Боли нет	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Максимально возможная боль

3. Оцените, пожалуйста, свое состояние в настоящее время, с учетом основного заболевания и других нарушений здоровья:

Очень хорошо	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Очень плохо

1=0,33  
2=0,7  
3=1,0  
4=1,3  
5=1,7  
6=2,0  
7=2,3  
8=2,7  
9=3,0  
10=3,3

### Интерпретация шкалы PAS-II

<b>PAS-II</b>	<b>Активность заболевания</b>
$\leq 0,25$	Ремиссия заболевания
$\leq 3,7$	Низкая активность заболевания
$< 8,0$	Умеренная активность заболевания
$\geq 8,0$	Высокая активность заболевания

Перечень основных стандартных болезней модифицированных противоревматических препаратов (csDMARDs)

Лекарственное средство (международное непатентованное название)	Фармакологические группы	Форма выпуска и способ введения	Разовая доза	Кратность применения	Длительность применения	УД
Метотрексат	Антиметаболит	таблетки внутри	7,5-25 мг	1 раз в неделю	длительно	A [36,46, 51– 54]
		флаконы, шприцы п/к	7,5-25 мг	1 раз в неделю	длительно	A [55, 56]
Лефлуномид	Иммунодепрессант	таблетки внутри	20/10 мг	1 раз в сутки	длительно	A [57-60]
Сульфасалазин	Сульфаниламиды	Таблетки внутри	500-4000 мг	2-3 раза в сутки	длительно	A [36, 61-63]
Гидроксихлохин	Антималарийные препараты Производные аминохинолина	Таблетки внутри	200-400 мг	1-2 раза в сутки	длительно	B [36, 70]

<b>Циклофосфамид*</b>	Иммунодепрессант	в/в инфузии	200-1000 мг	1-2 раза в месяц	курсами	В [64, 69]
-----------------------	------------------	-------------	-------------	------------------	---------	---------------

\*- на стационарном этапе лечения (вторичный, третичный уровень) по показаниям

#### Перечень таргетных синтетических болезней модифицированных противоревматических препаратов (tsDMARDs)

<b>Тофацитиниб**</b>	ингибитор JAK-1 и JAK-3, в меньшей степени JAK-2	Табл	5; 10 мг	2 раза в день ежедневно	длительно	[51,52, 102, 103, 105, 111]
<b>Барицитиниб*</b>	ингибитор JAK-1 и JAK-2	Табл	4 мг	1 раз в сутки ежедневно	длительно	[51, 52, 102, 110, 125, 126]

\* - зарегистрирован в КР

\*\* - не зарегистрирован в КР

**Перечень биологических болезней модифицированных противоревматических препаратов (bDMARDs)**

<b>Лекарственное средство (международное непатентованное название)</b>	<b>Фармакологические группы</b>	<b>Форма выпуска и способ введения</b>	<b>Разовая доза</b>	<b>Кратность применения</b>	<b>Длительность применения</b>	<b>УД</b>
<b>Тоцилизумаб*</b>	Иммунодепрессант, ингибитор рецепторов интерлейкина 6	в/в инфузии флакон 80-400 мг	8 мг/кг массы тела	1 раз в мес	длительно	А [46,84-86]
<b>Тоцилизумаб**</b>	Иммунодепрессант, блокатор рецепторов интерлейкина 6	Подкожно	162 мг	1 раз в неделю	длительно	А [46,84-86]
<b>Ритуксимаб*</b>	Иммунодепрессант, моноклональное антитело, анти- В клеточный препарат	в/в инфузии	500-1000 мг	По схеме	2-4 инфузии	А [46, 84,87]
<b>Инфликсимаб**</b>	Иммунодепрессант, химерное моноклональное антитело к ФНО- $\alpha$	в/в инфузии	3-5 мг/кг	0,2,6 недели, затем каждые 6 недель	длительно	А [46,84,88, 89,93,94, 113]
<b>Цертолизумаба пэгол**</b>	Иммунодепрессант, ингибиторФНО- $\alpha$	п/к	40 мг	0,2, 4 недели, затем каждые 4 недель	длительно	А [90,91]
<b>Этанерцепт*</b>	Рекомбинантный химерный белок к ФНО-а и лимфотоксину	п/к	50 мг	1 раз в неделю	длительно	А [46, 84, 95, 96]



<b>Адалимуаб**</b>	Рекомбинантные человеческие моноклональные антитела к ФНО	п/к	40 мг п/к	1 раз в 2 недели	длительно	А [46, 84,97]
<b>Голимумаб**</b>	Рекомбинантные человеческие моноклональные антитела к ФНО	п/к	50 мг п/к	1 раз в месяц	длительно	А [46,84,98]

\*- в Кыргызстане из bDMARDs зарегистрированы только Тоцилизумаб и Ритуксимаб.

\*\* - в Кыргызстане не зарегистрированы

**ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РА**

Препараты	Молекулярная мишень	Структура	Нежелательные лекарственные реакции	Комментарии
<b>Стандартные (синтетические) базисные противовоспалительные препараты</b>				
Аналоги фолиевой кислоты				
МТ** (10 - 25 мг/нед)	Дегидрофолат редуктаза и другие фолат-зависимые ферменты	Синтетическая молекула	Тошнота, рвота, стоматит, повышение печеночных ферментов, супрессия кроветворения, пневмонит (очень редко)	Препарат "первой линии"
<b>Производные аминосалициловой кислоты и аналогичные препараты</b>				
СС** (2 - 3 г/день)	Не ясно	Синтетическая молекула	Кожные реакции гиперчувствительности, тошнота, рвота, диарея, агранулоцитоз, азоспермия, лекарственная волчанка	Препарат "второй линии" Возможно назначение в комбинации с МТ; возможно продолжение лечения во время беременности
Противомалярийные				
ГХ** (200 - 400 мг/день)	Не ясно	Синтетическая молекула	Ретинопатия	Препарат "третьей линии". Может назначаться в комбинации с МТ для увеличения эффективности терапии и снижения риска сердечноvascularной патологии и метаболических нарушений (инсулинорезистентность и др.)
<b>Селективные иммунодепрессанты</b>				
Лефлуномид** (20 мг/день)	Дегидрооротат-дегидрогеназа	Синтетическая молекула	Диарея, артериальная гипертензия, реакции гиперчувствительности, увеличение печеночных ферментов, лейкоцитопения	Препарат "второй линии" Комбинированная терапия с МТ не рекомендуется из-за нарастания риска гепатотоксичности

<b>Таргетные (синтетические) базисные противовоспалительные препараты (селективные иммунодепрессанты)</b>				
БАРИ** (2 - 4 мг/день)	JAK 1/2	Синтетическая молекула	Инфекции, реактивация туберкулеза, герпес, цитопения (включая анемию), тромбоцитоз, гиперлипидемия, увеличение КФК, риск венозных тромбозов?	Препарат "второй линии", который можно назначать при недостаточной эффективности монотерапии МТ Следует применять в комбинации с МТ Может применяться в качестве монотерапии На фоне лечения отмечено увеличение риска герпетической инфекции и венозных тромбозов?
ТОФА** (10 мг/день)	JAK3 > 1 > 2	Синтетическая молекула	Инфекции, реактивация туберкулеза, герпес, цитопения (включая анемию), гиперлипидемия, увеличение КФК	Препарат "второй линии", который можно назначать при недостаточной эффективности монотерапии МТ Следует применять в комбинации с МТ Может применяться в качестве монотерапии На фоне лечения отмечено увеличения риска герпетической инфекции
УПА** 15 мг/сут	JAK1	Синтетическая молекула	Инфекции, реактивация туберкулеза, герпес, цитопения (включая анемию), гиперлипидемия, увеличение КФК	Препарат "второй линии", который можно назначать при недостаточной эффективности монотерапии МТ Следует применять в комбинации с МТ Может применяться в качестве монотерапии На фоне лечения отмечено увеличение риска герпетической инфекции и венозных тромбозов?
<b>Генно-инженерные биологические препараты (биологические базисные противовоспалительные препараты)</b>				
<b>Ингибиторы</b>				
Этанерцепт (50 мг в неделю)	ФНО рецептор		Инфекции, реактивация туберкулеза, псориазиформные поражения кожи, аутоиммунные волчаночно-подобные реакции, инъекционные и инфузионные реакции,	Препарат "второй линии" Отдавать предпочтение у пациентов, имеющих риск реактивации туберкулезной инфекции и бессимптомным носителям вируса гепатита С. Может назначать в виде монотерапии

			демиелинизирующие заболевания ЦНС	
ИНФ** (3 - 10 мг/, в/в)	ФНО			Препарат "третьей линии" Применяется в виде внутривенных инфузий только в комбинации с МТ
АДА** (40 мг каждые 2 недели, п/к)	ФНО			Препарат "второй линии" Зарегистрирован для монотерапии
ГЛМ** (20 - 100 мг 1 раз в 4 недели, п/к)	ФНО			Препарат "второй линии" Отдавать предпочтение у пациентов с массой тела более 100 кг в дозе 100 мг
ЦЗП** (200 мг 1 раз в 2 недели или 400 мг 1 раз в месяц)	ФНО			Препарат "второй линии" Отдавать предпочтение у женщин при наличии и планировании беременности
<b>Ингибиторы интерлейкина</b>				
ТЦЗ** (4 - 8 мг/кг каждые 4 недели, в/в или 162 мг/неделя, п/к)	ИЛ6 рецептор	Гуманизированные мАТ	Инфекции, реактивация туберкулеза, перфорация кишечника, реакции гиперчувствительности, нейтропения, инъекционные и инфузионные реакции, гиперлипидемия, нейтропения	Препараты "второй линии" Отдавать предпочтение у пациентов с очень высокой лабораторной активностью (СРБ > 100 мг%, выраженной анемией воспаления, риском развития или наличием амилоидоза и при необходимости монотерапии Не назначать пациентам с дивертикулезом кишечника Переключение на САР позволяет преодолеть резистентность к ТЦЗ
СРЛ** (150 - 200 мг каждые 2 недели, п/к)				
ОЛК** 64 мг 1 раз каждые 4 недели или 1 раз каждые 2 недели подкожно	ИЛ6		лейкопения, нейтропения повышение уровня АСТ, повышение уровня АЛТ	

<b>Моноклональные антитела, вызывающие деплецию CD20+ В лимфоцитов</b>				
<p>РТМ** 1000- мг 2 раза с промежутком 14 дней, повторные курсы через 6 месяцев, внутривенно капельно</p>	<p>CD20</p>	<p>Химерные МАТ</p>	<p>Инфекции, реакции гиперчувствительности, нейтропения, реактивация инфекции вирусом гепатита В</p>	<p>Препарат "второй" линии. Отдавать предпочтение у пациентов с очень высокими титрами АЦЦП/РФ, наличием противопоказаний для назначения , (аутоиммунные нарушения, лимфопролиферативные заболевания в анамнезе, ЗСН, заболевания ЦНС, риск реактивации туберкулезной инфекции, ИЗЛ) Для поддержания эффективности необходимы повторные курсы не ранее чем через 6 месяцев после первой инфузии. При проведении инфузий РТМ необходима премедикация ГК Для поддержания эффекта возможно назначение низкой дозы препарата (500 мг)</p>
<b>Селективные иммунодепрессанты, блокаторы костимуляции Т-лимфоцитов</b>				
<p>АБЦ** 500 - 1000 мг, каждые 4 недели, внутривенно, 125 мг/неделя, подкожно</p>	<p>CD80/86</p>	<p>Рекомбинантный CTLA4</p>	<p>Инфекции, реактивация туберкулеза, лейкоцитопения, инъекционные и инфузионные реакции</p>	<p>Препарат "второй линии" Отдавать предпочтение у пациентов с высоким риском инфекционных осложнений, в том числе реактивации туберкулезной инфекции</p>

**РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ЛАБОРАТОРНОМУ МОНИТОРИНГУ ПАЦИЕНТОВ С РА, ПОЛУЧАЮЩИХ  
ПРОТИВОРЕВМАТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ**

Препарат	Печеночные ферменты (Определение активности АЛТ и АСТ в крови)	Общий (клинический) анализ крови (Нейтрофилы и тромбоциты)	Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	Исследование уровня креатинина в крови
МТ**, ЛЕФ**, СУЛЬФ**	В начале: каждые 2 - 4 недели Через 1 - 3 месяца: каждые 1 - 3 месяца Через 6 - 12 месяцев: каждые 3 месяца или в зависимости от клинических показаний	В начале: каждые 2 - 4 недели Через 1 - 3 месяца: каждые 1 - 3 месяца Через 6 - 12 месяцев: каждые 3 месяца или в зависимости от клинических показаний	Не требуется	В начале: каждые 2 - 4 недели в первые 3 месяца, каждые 8 - 12 недель через 6 - 12 месяцев, затем каждые 12 недель
ГК	Не требуется	Не требуется	В начале: через месяц после начала терапии Через 1 месяц: каждые 1 - 3 месяца Через 6 - 12 месяцев: каждые 6 - 12 месяцев	Не требуется
	Если применяются в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ	Если применяются в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ	Не требуется	Если применяется в виде монотерапии, мониторинг печеночных ферментов не требуется Если применяются в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**
РТМ**	Если РТМ** применяется в виде монотерапии, мониторинг АСТ и АЛТ не требуется.	Если РТМ** применяется в виде монотерапии, каждые 2 - 3 месяца	Не требуется	Если РТМ** применяется в виде монотерапии, мониторинг не требуется

	Если РТМ применяется в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**	Если РТМ** применяется в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**		Если РТМ** применяются в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**
ТЦЗ**	Если ТЦЗ** применяется в виде монотерапии, в начале: каждые 4 - 8 недель, через 1 - 2 месяца, каждые 3 месяца Если ТЦЗ** применяется в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**	Если ТЦЗ** применяется в виде монотерапии, в начале: каждые 4 - 8 недель, через 1 - 2 месяца, каждые 3 месяца Если ТЦЗ** применяется в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**	В начале: каждые 4 - 8 недель, через 1 - 2 месяца, каждые 6 месяцев	Если ТЦЗ** применяется в виде монотерапии, мониторинг не требуется Если ТЦЗ** применяются в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**
АБЦ**	Если АБЦ** применяется в виде монотерапии, мониторинг АСИ и АЛТ не требуется. Если АБЦ** применяется в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**	Если АБЦ** применяется в виде монотерапии, мониторинг не требуется Если АБЦ** применяется в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**	Не требуется	Если АБЦ** применяется в виде монотерапии, мониторинг не требуется Если АБЦ** применяются в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**
tsDMARDs (селективные иммунодепрессанты: БАРИ**, ТОФА**, УПА**)	Если tsDMARDs применяется в виде монотерапии, мониторинг АСТ и АЛТ не требуется Если tsDMARDs применяется в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**	tsDMARDs применяется в виде монотерапии, в начале: каждые 4 - 8 недель, через 1 - 2 месяца, каждые 3 месяца Если tsDMARDs применяется в комбинации с МТ**,	В начале: каждые 4 - 8 недель, через 1 - 2 месяца, каждые 6 месяцев	Если tsDMARDs применяется в виде монотерапии, мониторинг не требуется Если tsDMARDs применяются в комбинации с МТ**, следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**

		следовать рекомендациям, касающимся применения МТ**		
--	--	---	--	--

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ  
ИНФУЗИОННЫХ РЕАКЦИЙ И ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ (АНАФИЛАКСИЯ)  
НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ bDMARDs  
(ингибиторы ил, моноклональные антитела, селективные иммунодепрессанты)**

<b>НР</b>	<b>Кожные и слизистые</b>	<b>Респираторные</b>	<b>Желудочно-кишечные</b>	<b>Кардиологические</b>	<b>Другие</b>
Стандартные инфузионные реакции	Приливы, зуд	Удушье, остановка дыхания (редко)	Боли в животе, тошнота, рвота, диарея	Тахикардия или брадикардия, гипотензия (редко), потеря сознания, кардиогенный шок, остановка сердца	Лихорадка, озноб, артралгии, миалгии, боли в спине
Немедленные реакции гиперчувствительности и анафилаксия	Крапивница, эритема, приливы, ангионевротический отек	Ринорея, чихание, одышка, кашель, бронхоспазм, хрипы в легких, цианоз, остановка дыхания	Тошнота, спазмы, рвота, боли в животе, диарея	Боли в области сердца, сердцебиение, нарушения ритма, головокружение, обморок, потеря сознания, гипотензия, кардиогенный шок, остановка сердца	Металлический вкус во рту, сокращение матки



**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
ИНФУЗИОННЫХ И АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ, ВОЗНИКШИХ НА ФОНЕ  
ВВЕДЕНИЯ bDMARDs  
(ингибиторы ил, моноклональные антитела, селективные иммунодепрессанты)**

Нежелательные реакции	Группы риска	Интенсивная терапия	Повторное введение	Предотвращение
Умеренные ИР и анафилаксия	Все пациенты (особенно пациенты, получающие ИНФ** и АДА**, в сыворотках которых обнаруживаются АЛА)	Немедленно прекратить инфузию Антигистаминные средства системного действия (клемастин, 2 мг) Продолжить инфузию с более медленной скоростью	Премедикация парацетамолом, антигистаминными средствами системного действия и ГК (внутривенно)	Комбинированная терапия с МТ** и ГКС
Тяжелые ИР и анафилаксия	Все пациенты (особенно пациенты, получающие ИНФ** и АДА**, в сыворотках которых выявляются АЛА)	Немедленно прекратить инфузию Эпинефрин (в/м, максимальная. доза 0.5 мг) Внутривенно: антигистаминные средства системного действия, (дексаметазон** 8 - 32 мг в/в капельно, или преднизолон** 90 - 120 мг в/в капельно или струйно, или #метилпреднизолон** 50 - 120 мг в/в струйно, или гидрокортизон** 200 мг в/м или в/в медленно, #бетаметазон 8 - 32 мг в/в капельно) (см. КР Анафилактический шок, 2020 г.), кислород	Рассмотреть назначение другого bDMARDs При отсутствии альтернативы провести десенситизацию	Комбинированная терапия с МТ** и ГКС

**РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ НЛР, РАЗВИВАЮЩИХСЯ НА ФОНЕ  
ЛЕЧЕНИЯ bDMARDs  
(ингибиторы ил, моноклональные антитела, селективные иммунодепрессанты)**

Нежелательные реакции	Группы риска	Предотвращение и лечение	Комментарии
Иммунологические/аутоиммунные (волчаночно-подобный синдром, периферическая нейропатия, аутоиммунный гепатит, ИЗЛ и др.	Все	Отменить bDMARDs	Возможна иммуносупрессивная терапия В последующем назначение другого bDMARDs
Гематологические (цитопения, венозный тромбоз)	Все	Умеренная цитопения не требует прерывания лечения При тяжелой цитопении - отмена bDMARDs	При развитии венозного тромбоза, назначить другой bDMARDs, при необходимости антикоагулянтная терапия
Кардиоваскулярные	Кардиоваскулярные факторы риска, возраст старше 60 лет	Отменить bDMARDs; в дальнейшем назначить другой bDMARDs	Не назначать пациентам с ХСН (III - IV ФН)
Легочные (ИЗЛ и ХОБЛ)	Пациенты с заболеваниями легких	Отменить bDMARDs; в дальнейшем назначить другой bDMARDs	
Желудочно-кишечные (увеличение печеночных ферментов, перфорация кишечника)	Заболевания печени и дивертикулит кишечника, лечение тоцилизумабом и сарилумабом	Не назначать ТЦЗ**, СРЛ**, ОЛК**	
Кожные (псориаз, кожный васкулит)	Все	"Переключение" на другой bDMARDs	

**РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ ДО НАЧАЛА ТЕРАПИИ  
bDMARDs  
(ингибиторы ил, моноклональные антитела, селективные иммунодепрессанты)**

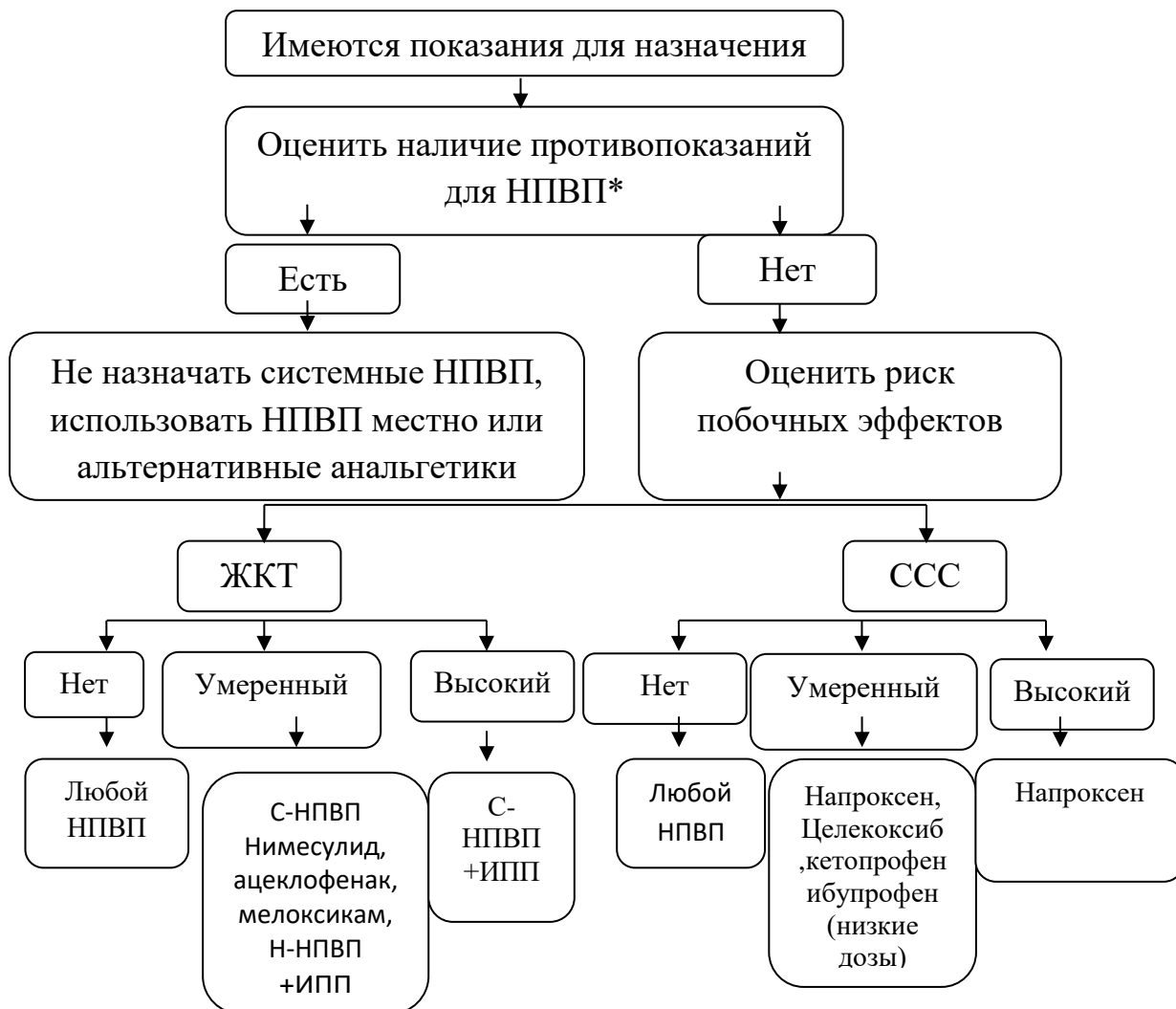
Тип обследования	bDMARDs				tsDMARDs (селективные иммунодепрессанты)
		АБЦ**	РТМ**	ТЦЗ** СРЛ** ОЛК**	БАРИ** ТОФА** УПА**
ЭхоКГ при подозрении или наличии застойной сердечной недостаточности	+	-	-	-	-
Колоноскопия при подозрении или наличии дивертикулита	-	-	-	+	+/-
Исследование уровня иммуноглобулинов в крови	-	-	+	-	-
Определение активности АЛТ и АСТ в крови	+	-	-	+	+
Внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (реакция Манту или с аллергеном туберкулезном рекомбинантный в стандартном разведении) или квантифероновый тест (QuantiFERON) или Т-спот )	+	+	-	+	+
Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови; Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови; Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	+	-	+	+	+
КТ органов грудной полости для исключения/подтверждения интерстициальной болезни легких	?	-	-	-	-
МРТ головного и/или спинного мозга с использованием контрастного усиления при подозрении на демиелинизирующие заболевания	+	-	-	+	-

## ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДУЕМЫХ НПВП

Лекарственное средство (МНН)	Фармакологические группы	Способ введения	Разовая доза	Кратность применения в сутки	Длительность применения	УД
<b>Напроксен*</b>	производное нафтилпропионовой кислоты	Внутрь в/м	200-500 мг	1-2 раза в сутки	курсами	<b>В</b> [27,31,33-34]
<b>Диклофенак</b>	производные уксусной кислоты	Внутрь в/м	75 мг-200 мг	1 – 2 раза в сутки	5 дней	<b>В</b> [27-29, 32]
<b>Мелоксикам</b>	производное оксикама, селективный ингибитор ЦОГ-2	Внутрь	7,5-15 мг	1-2 раз в сутки	Длительно	<b>В</b> [27 30]
		в/м	15 мг	1 раз в сутки	5 дней	<b>В</b> [27, 30]
<b>Нимесулид</b>	НПВП из класса сульфонамидов	Внутрь	100-200 мг	1-2 раз в сутки	Длительно	<b>В</b> [27-29, 31]
<b>Лорноксикам</b>	производное оксикама, селективный ингибитор ЦОГ-2	Внутрь	8-32мг в сутки	1-2 раз в сутки	курсами	<b>В</b> [27-29, 31]

		в/м, в/в	8-16мг в сутки	1-2раз в сутки	5 дней	<b>В</b> [27-29, 31]
<b>Ацеклофенак</b>	Производное фенилуксусной кислоты	внутри	100 мг в сутки	1 раз в сутки	Длительно	<b>В</b> [27-29, 34-35]
<b>Эторикоксиб</b>	Коксибы	внутри	по 60-120 мг в сутки	1-2 раза в сутки	Длительно	<b>В</b> [27-29, 35 – 33]
<b>Кетопрофен</b>	Производное пропионовой кислоты	Внутри	50-150 мг	1-3 раза в сутки	5 дней	<b>В</b> [27-29, 35]
		в/м	2 мл	1 раз в сутки	курсами	<b>В</b> [27-29, 35]

### Алгоритм назначения НПВП



\*-Противопоказания к назначению НПВП: кровотечение, эрозии и язвы ЖКТ на момент назначения, воспалительные заболевания кишечника, ИМ или ишемический инсульт, ТИА в анамнезе, СД 2-го типа с поражением органов-мишеней, ХСН>II (NYHA), скорость клубочковой фильтрации <30 мл/мин, аллергия на НПВП, нарушение функции печени.

### ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ГКС

Лекарственное средство (МНН)	Фармакологическая группа	Форма выпуска и способ введения	Разовая доза	Кратность применения	Длительность применения (кол-во дней)	УД
<b>Метилпреднизолон</b>	Синтетический глюкокортико-стероидный гормональный препарат	таблетки внутри	4-16 мг	1-2 раза в сутки	курсами	А [46--50]
		в/в*	250-500-1000 мг*	1 раз в сутки	3-5 дней	А [46--50]
<b>Преднизолон</b>	Синтетический глюкокортико-стероидный гормональный препарат	таблетки внутри	5 мг	1-2 раза в сутки	3-5 дней	А [46-50]
		в/в*	30 мг*	1-2 раза в сутки	3-5 дней	А [46-50]

\*- на стационарном этапе лечения (вторичный, третичный уровень) по строгим показаниям

**СТАНДАРТЫ И ИНДИКАТОРЫ ДЛЯ МОНИТОРИНГА И АУДИТА  
ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ПО РЕВМАТОИДНОМУ АРТРИТУ**

<b>СТАНДАРТ 1 –Рекомендуется проводить сбор данных по утвержденным формам при РА</b>	
<i>Обоснование:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рекомендуется собрать анамнез с особым вниманием к боли в суставах, скованности и связанным с ними функциональным трудностям (уровень С);</li> <li>• Использование единого непрерывного индекса с определенными диапазонами для низкой, умеренной или высокой активности заболевания или клинической ремиссии, а также для оценки эффективности терапии РА (уровень С)</li> </ul>	
<b>Индикаторы для оценки ресурсного обеспечения</b>	<b>Индикаторы для оценки процесса и результата</b>
<p><i>Индикатор 1:</i> Доля ОЗ, где имеются обученные специалисты по заполнению чек-листов:</p> $\frac{\text{кол-во обученных специалистов по заполнению чек-листов в ОЗ}}{\text{общее кол-во специалистов ОЗ}} * 100\%$ <p><i>Индикатор 2:</i> Доля ОЗ, где имеется распечатанные формы чек-листов</p> $\frac{\text{кол-во ОЗ с соответствующими чек-листами для сбора данных и оценки}}{\text{общее кол-во ОЗ}} * 100\%$	<p><i>Индикатор 4:</i> Доля заполненных чек-листов и шкалам за последние 12 мес:</p> $\frac{\text{кол-во заполненных форм за последние 12 мес}}{\text{общее кол-во пациентов с РА, обратившихся в ОЗ}} * 100\%$ <p><i>Индикатор 5:</i> Доля верифицированных РА по результатам лабораторных исследований за последние 12 мес:</p> $\frac{\text{кол-во верифицированных РШМ по биопсии за последние 12 мес}}{\text{общее кол-во женщин, обратившихся в ОЗ}} * 100\%$
<b>СТАНДАРТ 2 – при установлении диагноза РШМ рекомендуется проведение лабораторно-инструментальных исследований:</b>	



- ревматоидный фактор (РФ);
- антитела к цитруллиновому пептиду (АСРА, АЦЦП);
- общий анализ крови развернутый;
- СОЭ;
- СРБ.
- провести рентгенографию кистей и стоп, чтобы установить наличие эрозий

**Обоснование:**

Положительные результаты определения IgM РФ и АЦЦП в сыворотке крови входят в число классификационных критериев РА.

Определение содержания РФ в крови в высоких титрах служит для прогнозирования быстро прогрессирующего деструктивного поражения суставов и развития внесуставных проявлений при РА.

Определение АЦЦП имеет большое значение для диагностики раннего РА, серонегативного (по РФ) РА, дифференциальной диагностики РА с другими заболеваниями, прогнозирования тяжелого эрозивного поражения суставов и риска кардиоваскулярных осложнений.

Общий (клинический) анализ крови развернутый и исследование уровня СРБ в сыворотке крови количественным методом рекомендуется с целью проведения дифференциальной диагностики с невоспалительными заболеваниями суставов и оценки активности воспаления.

СРБ – классический острофазовый белок сыворотки крови, рассматривающийся как наиболее чувствительный лабораторный биомаркер воспаления, инфекции и тканевого повреждения. Повышение СОЭ и концентрации СРБ отражает локальный и системный воспалительный процесс при РА. СОЭ и СРБ, являются компонентами индексов активности РА.

**Рекомендуется провести рентгенографию** кистей, плюсны и фаланг пальцев стопы при установлении диагноза и далее всем пациентам с развернутой стадией РА каждые 12 месяцев с целью оценки прогрессирования деструкции суставов

**Индикаторы для оценки ресурсного обеспечения**

**Индикаторы для оценки процесса и результата**

*Индикатор 6:* Доля специалистов, обученных по лабораторной диагностике:

*Индикатор 10:* Доля пациентов с установленным диагнозом РА, которым провели лабораторное исследование за последние 12 мес:

$$\frac{\text{кол – во специалистов, обученных по лабораторной диагностике}}{\text{общее кол – во специалистов ОЗ}} * 100\%$$

$$\frac{\text{кол – во пациентов с РА, которым провели лабораторное исследование}}{\text{общее кол – во пациентов с РА за последние 12 мес}} * 100\%$$

*Индикатор 7:* Доля ОЗ, в которых имеется соответствующее лабораторное оборудование:

$$\frac{\text{кол – во ОЗ, в которых имеется функционирующее лабораторное оборудование}}{\text{общее кол – во ОЗ}} * 100\%$$

*Индикатор 8:* Доля ОЗ, в которых имеется рентген-аппарат:

$$\frac{\text{кол–во ОЗ, где имеется рентген–аппарат}}{\text{общее кол–во ОЗ}} * 100\%$$

*Индикатор 9:* Доля специалистов, обученных по проведению и интерпретации результатов рентгенографии:

$$\frac{\text{кол – во специалистов, обученных по рентген – диагностике}}{\text{общее кол – во специалистов ОЗ}} * 100\%$$

*Индикатор 11:* Доля пациентов с установленным диагнозом РА, которым провели рентген исследование кистей, плюсны и фаланг пальцев стопы за последние 12 мес:

$$\frac{\text{кол–во пациентов, которым провели рентген–исследование}}{\text{общее кол–во пациентов с РА за последние 12 мес}} * 100\%$$

**СТАНДАРТ 3 – При установлении диагноза РА рекомендуется до начала лечения противоревматическими препаратами провести лабораторные исследования**

**Обоснование:** Рекомендуется проводить лабораторное обследование всем пациентам с РА для выявления противопоказаний, потенциальных факторов риска развития НЛР перед назначением противоревматической терапии (все группы препаратов) в следующем объеме:

- общий (клинический) анализ крови;
- общий (клинический) анализ мочи;
- анализ крови биохимический общетерапевтический;
- определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (ВГВ) в крови;

<ul style="list-style-type: none"> <li>определение антител к вирусу гепатита С (ВГС) в крови;</li> <li>определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 в крови;</li> <li>определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 в крови.</li> </ul>	
<b>Индикаторы для оценки ресурсного обеспечения</b>	<b>Индикаторы для оценки процесса и результата</b>
<p><i>Индикатор 12:</i> Доля ОЗ, где имеется соответствующее оборудование для проведения исследования до начала лечения</p> $\frac{\text{кол – во ОЗ, оснащенных оборудованием для проведения лабораторных исследований}}{\text{общее кол – во ОЗ}} * 100\%$ <p><i>Индикатор 13:</i> Доля специалистов, обученных по интерпретации полученных лабораторных исследований:</p> $\frac{\text{кол – во специалистов, обученных по интерпретации результатов}}{\text{общее кол – во специалистов}} * 100\%$	<p><i>Индикатор 14:</i> Доля пациентов, направленных на лабораторные исследования до начала лечения противоревматическими препаратами:</p> $\frac{\text{кол – во пациентов, направленных на лабораторное исследование до начала терапии DMARDs}}{\text{общее кол – во пациентов с РА за последние 12 мес}} * 100\%$
<b>СТАНДАРТ 4 – при установлении диагноза РА должны получать противоревматические препараты, модифицирующие заболевания (DMARDs)</b>	
<p><b>Обоснование:</b></p> <p><b>Рекомендуется</b> начинать лечение противоревматическими препаратами, модифицирующими заболевание (DMARDs), как можно раньше (в идеале в течение 3 месяцев), даже если пациенты не соответствуют критериям классификации воспалительного ревматологического заболевания</p>	
<p><i>Индикатор 15:</i> Доля ЛС, которые доступны в стране для лечения РА (зарегистрированы в ДЛСиМИ, входят в ПЖВЛС)</p>	<p><i>Индикатор 17:</i> Доля пациентов, получающих метотрексат:</p> $\frac{\text{кол – во пациентов с РА, получающих метотрексат}}{\text{общее кол – во пациентов с РА за последние 12 мес}} * 100\%$

$$\frac{\text{кол — во ЛС, имеющиеся в стране}}{\text{общее кол — во DMARDs}} * 100\%$$

*Индикатор 16:* Доля специалистов, обученных по оценке эффективности фармакотерапии РА:

$$\frac{\text{кол — во специалистов, обученных по оценке эффективности DMARDs}}{\text{общее кол — во специалистов в ОЗ}} * 100\%$$

*Индикатор 18:* Доля пациентов, получающих лефлунамид:

$$\frac{\text{кол—во пациентов с РА,получающих лефлунамид}}{\text{общее кол—во пациентов с РА за последние 12 мес}} * 100\%$$

*Индикатор 19:* Доля пациентов, получающих сульфасалазин:

$$\frac{\text{кол—во пациентов с РА,получающих сульфасалазин}}{\text{общее кол—во пациентов с РА за последние 12 мес}} * 100\%$$

*Индикатор 20:* Доля пациентов, получающих биологические DMARDs:

$$\frac{\text{кол—во пациентов с РА,получающих bDMARDs}}{\text{общее кол—во пациентов с РА за последние 12 мес}} * 100\%$$

*Индикатор 21:* Доля пациентов, получающих таргетные DMARDs:

$$\frac{\text{кол—во пациентов с РА,получающих tsDMARDs}}{\text{общее кол—во пациентов с РА за последние 12 мес}} * 100\%$$

**Расчет прямых затрат при фармакотерапии ревматоидного артрита (доступных на рынке\*)**

№	МНН препарата	Торговое наименование препарата	Форма выпуска	Цена упаковки, сом	Разовая доза	Кратность	Длительность	Стоимость 1 единицы ЛП, сом	Стоимость суточной дозы ЛП, сом	Стоимость курса лечения, сом
<b>Классические синтетические противоревматические препараты, модифицирующие заболевания (csDMARDs)</b>										
1	Метотрексат	Метотрексат Эбеве	Табл. 5 мг №50	790	7,5 мг	1 р в нед	1 мес	15,8	47,4	189,6
2	Лефлуномид (ЛФ*)	Элафра	Табл. 20 мг №30	2 995	20 мг	1 р в день	1 мес	99,8	99,8	2 995
3	Сульфасалазин (СС*)	Сульфасалазин КРКА	Табл. 500 мг №50	560	500 мг 1000 мг 1500 мг 2000 мг	1 р в день	1 нед 1 нед 1 нед 1 нед	11,2	78,4 156,8 235,2 313,6	784
<b>Биологические противоревматические препараты, модифицирующие заболевания (bDMARDs)</b>										
4	Ритуксимаб	Мабтера	Концентрат для приготовления р-ра 500 мг/50 мл	59 304	1000 мг	2	2	1 186	118 608	118 608
5	Тоцилизумаб	Актемра	Концентрат для приготовления р-ра 200 мг/10 мл	19 121	8 мг/кг 8 мг*70 кг = 560 мг	1 р в мес	1	95,60	53 536	53 536

### Расчет прямых затрат на медицинские услуги при лечении ревматоидного артрита

Вид затрат	Стоимость процедуры, койко-дня, сом	Кратность выполнения, длительность лечения	Итого
Койко-день	126	7	
<b>Консультация специалистов</b>			
Ревматолог	170	12	
Эндокринолог	190	1	
Хирург	180	1	
Кардиолог			
Невролог			
Окулист			
Гастроэнтеролог			
Онколог			
Травматолог-ортопед			
Пульмонолог			
Фтизиатр			
Нефролог			
Акушер-гинеколог			
Стоматолог			
<b>Диагностические процедуры</b>			
Общий анализ крови	167	4	
Общий анализ мочи	92	4	
Ревматоидный фактор (РФ)	150	1	
Антитела к цитруллиновому пептиду (АСРА, АЦЦП)	297	1	
СРБ	182	1	
Анализ крови биохимический (АЛТ/АСТ, креатинин, мочевины)			
Глюкоза в венозной крови			
Липидный спектр			
Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (ВГВ) в крови			
Определение антител к вирусу гепатита С (ВГС) в крови			
Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ в крови			

Рентгенография кистей и стоп			
ЭГДС			
ЭКГ			
Рентгеноденситометрия			
ЛФК			
Физиотерапия			

**ПРИМЕНЕНИЕ  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДО И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
И ЛАКТАЦИИ**

Препараты	Возможен прием				
	при планировании беременности	в I триместре	в II/III триместре	при лактации	у мужчин, планирующих отцовство
Парацетамол**	да	да	да	да	да
Неселективные НПВП	да	осторожно	отменить не позднее 32-й недели	да	да
Селективные НПВП	нет	нет	нет	нет	нет данных
Низкие дозы ацетилсалициловой кислоты	да	да	да	да	да
Преднизолон**	да	да	да	да	да
Метилпреднизолон*	да	да	да	да	да
ГХ**	да	да	да	да	да <1>
МТ* < 20 мг/нед (фолиевая кислота 5 мг/сут)	отменить за 3 месяца	нет	нет	нет	да <1>
СС*	да	да	да	да <2>	да <3>
ЛФ*	нет. Отмывание холестирамино м	нет	нет	нет данных	да <1>
ИНФ*	да	да	отменить с 16-й недели	да <1>	да <1>
ЭТЦ*	да	да	В II, но не в III	да <1>	да <1>
АДА*	да	да	В II, но не в III	да <1>	да <1>
ЦЗП*	да	да	да <1>	да <1>	нет данных
ГЛМ*	нет данных	нет данных	нет данных	нет данных	нет данных
РТМ*	отменить за 6 мес	нет <4>	нет	нет данных	нет данных <5>



ТЦЗ* СРЛ*	отменить за 3 мес	нет <4>	нет	нет данных	нет данных <5>
АБЦ*	нет	нет <4>	нет	нет данных	нет данных <5>

-----  
<1> Данные ограничены.

<2> Только для здоровых доношенных младенцев.

<3> Фертильность может быть повышена отменой СУЛЬФ\*\* за 3 месяца до предполагаемой даты зачатия.

<4> Непреднамеренное лечение в I триместре, вероятно, неопасно. Вероятно, безопасно.

## ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ревматоидный артрит — иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов.

Ревматоидный артрит - довольно распространенное заболевание, в России им страдает около 1% населения. Заболеть ревматоидным артритом может и ребенок, и взрослый, но преимущественно заболевание развивается у женщин активного возраста (женщины заболевают ревматоидным артритом в 2-3 раза чаще, чем мужчины). Пик начала заболевания - 40-55 лет.

Врачам до сих пор не ясно, что является причиной заболевания. Известно, что некоторые люди генетически предрасположены к ревматоидному артриту, однако болезнь не передается от родителей к детям. У 20-30% пациентов болезнь начинается после перенесенной инфекции, чаще всего носоглоточной. В то же время многолетние поиски специфического микроорганизма, вызывающего ревматоидный артрит, не привели к успеху, поэтому нет оснований считать эту болезнь инфекционной. Также доказано, что курение увеличивает риск развития ревматоидного артрита. Примерно у трети пациентов первые симптомы появляются без видимой причины.

Несмотря на то, что истинная причина ревматоидного артрита неизвестна, ученым-медикам удалось выявить многие глубокие механизмы развития болезни. При ревматоидном артрите нарушается работа иммунной системы. В результате некоторые иммунные клетки начинают вырабатывать слишком много веществ, вызывающих воспалительную реакцию, и тем самым повреждают свои собственные ткани. Это очень важный момент, который должны понимать пациенты, - в основе ревматоидного артрита лежит не «пониженный иммунитет», а избыточная иммунная реакция. Поэтому терапия заключается не в «поднятии иммунитета», как многие думают, а в нормализации работы иммунной системы путем избирательного подавления ненормально активных клеток.

Ревматоидный артрит приводит к хроническому воспалению суставов, поражаются околосуставные и некоторые другие ткани и органы. Поэтому ревматоидный артрит относят к системным (поражающим весь организм, а не какой-либо один орган) заболеваниям. Эта болезнь, как правило, имеет прогрессирующее течение, изредка прерывающееся ремиссиями (периодами временного улучшения). После стрессов, простуд или переохлаждений состояние пациента может существенно ухудшаться. Со временем к поражению суставов присоединяются различные осложнения. Может развиваться поражение сердца, легких, сосудов и других органов. При отсутствии активного современного лечения почти половина пациентов в течение первых пяти лет после постановки диагноза получает инвалидность. Из-за ревматоидного артрита может развиваться атеросклероз, который нередко приводит к инфаркту миокарда или инсульту, укорачивая продолжительность жизни на 8-10 лет.

Основными симптомами в начале болезни, как правило, являются боль, отечность, утренняя скованность в симметричных суставах кистей, лучезапястных суставов, они могут становиться горячими на ощупь. Со временем в процесс могут вовлекаться стопы, голеностопные, коленные, локтевые суставы. У некоторых пациентов, наоборот, первыми поражаются суставы ног (коленные, голеностопные), и только потом - руки. Эти признаки легко спутать с симптомами других заболеваний суставов, поэтому точный диагноз устанавливает только врач-ревматолог на основании детального клинического осмотра, инструментального обследования и специфических лабораторных показателей.

Воспаление сустава проявляется его опуханием, болезненностью и иногда краснотой. Хроническое воспаление сустава приводит к разрушению суставного хряща и

возникновению деформации сустава, что, в свою очередь, нарушает его функцию - возникают боли при движении и тугоподвижность.

Симптомы ревматоидного артрита обычно бывают стойкими и без лечения не исчезают, но на короткое время в начале заболевания возможны периоды некоторого улучшения самочувствия. Самопроизвольная ремиссия (то есть состояние длительного значительного улучшения) возникает очень редко. Без лечения закономерно наступает обострение, активность заболевания возрастает — и самочувствие снова ухудшается. Периоды обострения характеризуются слабостью, потерей аппетита, повышением температуры, мышечными и суставными болями, а также скованностью суставов, обычно наиболее выраженной в утренние часы после пробуждения или после периодов отдыха.

Внесуставные (системные) проявления ревматоидного артрита чаще развиваются у длительно болеющих пациентов, но иногда встречаются с самого начала болезни. Специфическим симптомом ревматоидного артрита являются ревматоидные подкожные узелки, которые чаще всего образуются на локтях, но могут появиться и в других местах. Редким тяжелым осложнением ревматоидного артрита является васкулит (воспаление сосудов). Данное заболевание нарушает кровоснабжение органов и тканей, чаще всего васкулит проявляется образованием темных некротических областей и язв на пальцах рук и на ногах. Иногда к ревматоидному артриту присоединяется «синдром Шегрена» - при этом заболевании воспаляются железы глаз и слизистой рта, что приводит к сухости этих органов. Ревматоидное воспаление оболочки легких (плевры) называется плеврит, но клинически редко проявляется. В основном это обнаруживается при рентгенологическом обследовании. Подобное воспаление может наблюдаться и в сердечной оболочке (перикардит). Сами легкие тоже могут подвергаться воспалению, в них образуются ревматоидные узелки.

Хроническое воспаление при ревматоидном артрите может привести к снижению гемоглобина в крови - развитию анемии. Иногда повышается (при обострениях) и понижается число лейкоцитов (белых кровяных клеток).

Такое разнообразие симптомов и вариантов болезни нередко делает диагностику сложной, поэтому хочется еще раз подчеркнуть: грамотно установить может только квалифицированный специалист-ревматолог.

### **Диагностика**

При развитии боли и припухания суставов необходимо как можно скорее обратиться к ревматологу.

Из практики хорошо известно, что многие пациенты при возникновении первых симптомов артрита долго занимаются самолечением, обращаются к врачам других специальностей (терапевтам, хирургам, травматологам, неврологам), поэтому точный диагноз устанавливается поздно — через 5-6 месяцев, а то и позже. За эти полгода в воспалительный процесс часто вовлекаются новые суставы, в них формируются необратимые изменения (эрозии, контрактуры). Поэтому раннее обращение к ревматологу и раннее начало терапии - ключевой момент для успешного лечения. По современным рекомендациям, для максимальной эффективности терапию нужно начинать в течение 6-12 недель от появления первых симптомов.

Ревматолог проводит осмотр суставов, кожи, других органов и систем. Затем назначает определенный спектр анализов и другие методы исследования — в частности, рентген, УЗИ и другие. Диагноз ставится на основании степени поражения суставов, обнаружения эрозий суставных поверхностей при рентгенологическом исследовании, выявления в сыворотке крови ревматоидного фактора (особого белка, который появляется у большинства пациентов). В крови повышается СОЭ, уровень фибриногена, С-реактивного белка.

К сожалению, абсолютно специфических (патогномоничных) признаков ревматоидного артрита не существует, однако при обнаружении ревматоидного фактора и

антител к цитруллинированным белкам вероятность ревматоидного артрита существенно повышается. Поэтому диагностика всегда осуществляется по комплексу данных, полученных при обследовании, а не с помощью какого-либо одного анализа или исследования.

У 30% пациентов с подозрением на ревматоидный артрит диагноз не удается уточнить при первом визите к врачу, требуется проведение повторных обследований, наблюдение за пациентом.

### **Медикаментозное лечение**

Медикаментозная терапия является главным методом лечения ревматоидного артрита. Это единственный способ, позволяющий затормозить развитие воспалительного процесса и сохранить подвижность в суставах. Все другие методики лечения — физиотерапия, диета, лечебная физкультура — вспомогательные и без медикаментозного лечения не способны существенно повлиять на течение болезни.

Основная цель лечения - замедлить и, возможно, остановить прогрессирование болезни, сохранить функцию суставов и улучшить качество жизни пациента. Для этого необходимо подавить воспалительный процесс, снять боль, предупредить обострения и осложнения. При условии ранней диагностики и раннего начала медикаментозной терапии современными противоревматическими препаратами более чем у 50% пациентов удается добиться клинической ремиссии, то есть состояния, когда активное воспаление в суставах отсутствует, а пациент чувствует себя практически здоровым. В то же время ревматоидный артрит - хроническое заболевание, склонное к обострениям, поэтому для поддержания достигнутого успеха требуется длительная терапия поддерживающими дозами лекарств, а вопрос о возможности полного излечения до сих пор остается открытым.

Основные лекарства для лечения РА — базисные противовоспалительные препараты. К ним относят большое число разнообразных по химической структуре и фармакологическим свойствам лекарственных средств, таких как, метотрексат\*\*, лефлуномид\*\*, сульфасалазин\*\* и т.д. Их объединяет способность в большей или меньшей степени и за счет различных механизмов подавлять воспаление и/или патологическую активацию системы иммунитета.

Наиболее активный базисный противовоспалительный препарат - метотрексат\*\*, с него обычно начинается терапия ревматоидного артрита. Генно-инженерные биологические препараты, как правило, добавляются к метотрексату при недостаточной эффективности. Лечебное действие метотрексата\*\* развивается медленно (за 1,5-2 месяца и дольше), но зато является очень стойким. Максимальное улучшение достигается обычно к шестому месяцу лечения, хороший клинический эффект наблюдается у 60-70% пациентов. Для улучшения переносимости лечения или более быстрого достижения эффекта рекомендуется применение подкожной лекарственной формы метотрексата\*\*. На фоне лечения метотрексатом\*\* обязателен прием фолиевой кислоты\*\* не менее 5 мг в неделю, не ранее чем через сутки после приема метотрексата\*\*.

При наличии противопоказаний для применения метотрексата или плохой переносимости лечения, возможно назначение лефлуномида\*\* или сульфасалазина\*\*.

Для сохранения достигнутого улучшения поддерживающие (низкие) дозы этих препаратов пациент должен принимать длительно (при необходимости - несколько лет). В целом, лечение этими препаратами хорошо переносится, однако требует контроля показателей крови и функции печени.

Современным методом лечения ревматоидного артрита является применение так генно- инженерных биологических препаратов и таргетных синтетических базисных противовоспалительных препаратов. Генно-инженерные биологические препараты (не путать с биологически активными добавками) — это белковые молекулы, получаемые с использованием сложнейших биотехнологий, которые избирательно подавляют активность веществ (медиаторов), участвующие в развитии хронического воспаления. В России для

лечения ревматоидного артрита зарегистрировано несколько генно-инженерных биологических препаратов: инфликсимаб\*\*, адалимумаб\*\*, этанерцепт\*\*, голимумаб\*\*, цертолизумаба пэгол, абатацепт\*\*, тоцилизумаб\*\*, ритуксимаб\*\*. ГИБП применяются в виде подкожных инъекций или внутривенных вливаний. В настоящее время все шире применяются таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты, ингибирующие активность Янус киназы (тофацитиниб, барицитиниб, упадацитиниб), которые назначаются в виде таблеток, но по действию они близки к генно-инженерным биологическим препаратам.

Быстрый противовоспалительный эффект могут давать глюкокортикоидные гормоны. Обычно такие препараты (преднизолон\*\* или метилпреднизолон\*\*) назначают при высокой активности болезни в низких дозах (не более 2 таблеток в день), с последующим снижением дозы до 1 или менее таблеток, или полностью отменяют при достижении эффекта. Существует мнение о том, что глюкокортикоидная гормональная терапия опасна, но оно в целом не обосновано. В то же время глюкокортикоидные гормоны требуют очень грамотного обращения (например, нельзя быстро отменять препарат), поэтому решение о назначении гормональной терапии принимается индивидуально у каждого пациента. При очень высокой активности болезни может применяться пульс-терапия (введение высокой дозы гормонов внутривенно) для снятия обострения.

Нестероидные противовоспалительные препараты (сокращенно «НПВП») представляют собой важный компонент лечения ревматоидного артрита. Наиболее часто применяются диклофенак\*\*, нимесулид, мелоксикам, кетопрофен\*\*, целекоксиб для уменьшения боли и скованности в суставах. НПВП назначаются на раннем этапе болезни, когда эффект от лечения базисными противовоспалительными препаратами еще не успел развиться и необходимо контролировать симптомы, чтобы дать пациенту возможность двигаться, работать, обслуживать себя. После того, как достигнуто полноценное улучшение на фоне терапии базисными противовоспалительными препаратами, НПВП многим пациентам отменяют. В то же время значительное число пациентов, особенно с тяжелой стадией ревматоидного артрита, вынуждены продолжать лечение НПВП длительно из-за постоянной боли.

Нередко пациенты самостоятельно начинают принимать эти лекарства и считают, что они хорошо помогают. Однако надо иметь в виду, что НПВП справляются с симптомами, но не оказывают влияния на течение болезни. Кроме того, они могут вызывать язву желудка и желудочно-кишечные кровотечения, повышение артериального давления и другие побочные эффекты. В зоне риска - пожилые пациенты, курящие, страдающие заболеваниями желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Поэтому для назначения или смены НПВП нужна консультация ревматолога.

Наблюдение за состоянием пациента и контроль безопасности лечения.

Лечение ревматоидного артрита медикаментозными препаратами может давать очень хорошие результаты, но требует регулярного контроля со стороны квалифицированного ревматолога.

Разработана специальная система такого контроля. Для получения наилучших результатов терапии ревматолог осуществляет периодическую оценку ее эффективности. Пациент должен посещать врача не реже чем раз в 3 месяца в начале лечения. Он также сдает анализы крови и ежегодно делает рентгеновские снимки суставов, чтобы врач мог оценить течение болезни.

В зависимости от активности воспалительного процесса и других показателей схема лечения по решению ревматолога может корректироваться (снижается или повышается доза лекарств, добавляются или меняются препараты и т.д.). При этом чрезвычайно важны доверительные отношения между пациентом и врачом, понимание того, что лечение — сложная и серьезная работа, часто требующая усилий и терпения. После достижения хорошего эффекта от терапии на фоне поддерживающих доз препаратов рекомендуется показываться ревматологу не реже чем раз в полгода.

Другая сторона контроля - оценка показателей, позволяющих обеспечить безопасность лечения. Схема контроля безопасности зависит от того, какие препараты назначены пациенту.

Так, при приеме метотрексата\*\* или лефлуномида\*\* контролируют функцию печени, число кровяных клеток.

При назначении генно-инженерных биологических препаратов их внутривенное введение проводится в условиях специально оборудованного процедурного кабинета под наблюдением врача. Все генно-инженерные биологические препараты и таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты (тофацитиниб, барицитиниб, упадацитиниб) могут снижать сопротивляемость к инфекциям. Для пациентов, длительно принимающих НПВП, при необходимости должна проводиться гастроскопия.

Имеются ограничения, связанные с лечением. На фоне терапии метотрексатом\*\* и лефлуномидом\*\* не рекомендуется пить алкоголь. Целесообразно избегать контакт с инфицированными пациентами. Большинство противовоспалительных препаратов не совместимы с беременностью (она возможна после отмены лечения).

Существует ряд методов, улучшающих переносимость некоторых лекарств. Для уменьшения негативного влияния на желудок вместе с НПВП могут назначать ингибиторы протонной помпы - но их прием требует контроля со стороны врача. Для улучшения переносимости метотрексата\*\* рекомендуют применение фолиевой кислоты\*\*. При назначении глюкокортикоидов параллельно прописывают препараты кальция и другие средства для профилактики остеопороза - ослабления костной ткани, которое может возникать при длительной гормональной терапии. Для защиты от инфекций применяются специальные вакцины.

К сожалению, во многих случаях пациенты с излишней опаской относятся к лекарственной терапии, считая, что «химия одно лечит, другое калечит». Это в корне неверно по целому ряду причин. Во-первых, несмотря на возможное возникновение нежелательных реакций, вероятность их развития относительно невелика. Во-вторых, для большинства медикаментозных препаратов система контроля хорошо разработана (она описана детально в справочниках и вкладышах в упаковке) и позволяет активно выявлять нежелательные реакции еще до того, как они становятся опасными для здоровья. В-третьих, риск развития осложнений самого заболевания гораздо серьезнее риска развития нежелательных реакций терапии.

### **Нефармакологические методы лечения**

Помимо медикаментозного лечения, пациентам рекомендуют следить за питанием и выполнять лечебные упражнения.

Диета пациента, страдающего ревматоидным артритом, должна быть полноценной, с достаточным количеством белка и кальция. Это важно по нескольким причинам:

- 1) при активном воспалении в организме повышен расход энергии и белка;
- 2) при ревматоидном артрите быстро развиваются мышечные атрофии (резкое похудание и ослабление мышц), которые способствуют деформации суставов;
- 3) противовоспалительные препараты способны ослаблять слизистую оболочку желудка и кишечника, и естественная защита в этом случае — достаточное количество белка в пище;
- 4) Полноценное питание, с достаточным содержанием витамина D и кальция - профилактика остеопороза (нарушения структуры костной ткани, сопровождающего артрит). Предпочтение отдается белкам животного происхождения - это молоко, кисломолочные продукты, сыр, яйца, мясо, рыба. Следует избегать острых блюд. Блюда из мяса и рыбы лучше варить, готовить на пару, тушить или запекать.

Рекомендуется обеспечить рацион растительными маслами, содержащими полиненасыщенные жирные кислоты — это может способствовать более благоприятному течению воспалительного процесса.

Рекомендуется достаточное количество овощей, несладких фруктов и ягод.

Регулярные физические упражнения помогают поддерживать подвижность суставов и укрепляют мышцы. Важно тренироваться правильно, чрезмерная нагрузка или неправильное выполнение упражнений может навредить суставам.

Оптимальный вид физической активности для пациентов с РА - плавание, поскольку оно устраняет гравитационную нагрузку на суставы.

Настоятельно рекомендуется участие в специальных школах для пациентов с ревматоидным артритом. В рамках таких школ эксперты рассказывают о лечении, упражнениях, эрготерапии, о психологических аспектах заболевания, о защите прав пациентов, об их насущных проблемах и главных вопросах, которые беспокоят большинство пациентов. Информация о заболевании и понимание того, как его можно контролировать, играют важную роль в успешном лечении и сохранении качества жизни.