

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
НОЗОЛОГИИ «РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ»**

Ташкент – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Ректор Ташкентской медицинской
академии д.м.н., профессор
Ш.А. Боймуратов



**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ
«РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ»**

ТАШКЕНТ – 2025

Оглавление:

1.	Диагностика и лечение ревматоидного артрита	5-стр
2.	Медицинское вмешательство при ревматоидного артрита	50-стр
3.	Профилактика и реабилитация ревматоидного артрита	57-стр

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ»**

Ташкент – 2025

1. Вводная часть.

Настоящий клинический протокол включает в себя рекомендации по диагностике и лечению пациентов ревматоидной артритом, охватывает стратегические рекомендации в отношении режимов лечения базисными и противовоспалительными препаратами. Основу при разработке данного протокола составили клинические рекомендации Американской коллегии ревматологов/Фонда артрита (ACR, 2021), Европейской антиревматической лиги (EULAR, 2022), ассоциации ревматологов России (АРР, 2021) и публикации, вошедшие в Кокрейновскую библиотеку (Cochrane Library), базы данных PubMed (MEDLINE).

Код(ы) по МКБ-10:

(M05- M06) Серопозитивный ревматоид артрит	
M05.0	Синдром Фелти
M05.1	Ревматоидная болезнь легкого (j99.0)
M05.2	Ревматоидный васкулит
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем
M05.8	Другие серопозитивные ревматоидные артриты
M05.9	Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный
M06 Другие ревматоидные артриты	
M06.0	Серонегативный ревматоид артрит
M06.1	Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых
M06.2	Ревматоидный бурсит
M06.3	Ревматоидные узелки
M06.4	Воспалительная полиартропатия
M06.8	Другие уточненные ревматоидные артриты
M06.9	Ревматоидный артрит неуточненный
Сылка (МКБ)	https://mkb-10.com/index.php?pid=12040

МКБ 11	
FA20 Ревматоидный артрит	FA20.0 Ревматоидный артрит с эрозией
FA20.00 Ревматоидный артрит с эрозией без внесуставного поражения	FA20.01 Ревматоидный артрит с эрозией с спленомегалией и лейкопенией
FA20.02 Ревматоидный артрит с эрозией при заболеваниях легких	FA20.03 Ревматоидный васкулит с эрозией
FA20.04 Ревматоидный узел с эрозией	FA20.0Y Другие уточненные ревматоидный артрит с эрозией
FA20.0Z Ревматоидный артрит с эрозией, неуточненный	FA20.1 Ревматоидный артрит без эрозии
FA20.10 Ревматоидный артрит без эрозии без внесуставного поражения	FA20.11 Ревматоидный артрит без эрозии с спленомегалией и лейкопенией
FA20.12 Ревматоидный артрит без эрозии при заболеваниях легких	FA20.13 Ревматоидный васкулит без эрозии
FA20.14 Ревматоидный узел без эрозии	FA20.1Y Другой уточненный ревматоидный артрит без эрозии
FA20.1Z Ревматоидный артрит без эрозии, неуточненный	FA20.Z Ревматоидный артрит неуточненный

Дата разработки и пересмотра протокола: Данный протокол был разработан в 2025 году, пересмотр протокола 2028 год;

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:

Ташкентская медицинская академия, РСНПМЦИТ и МР.

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению ревматология:

Азизова Ф.Л.	д.м.н. профессор, проректор по науке и инновациям ТМА
Аляви Б.А.	– д.м.н., директор РСНПМЦИТ и МР;
Мирахмедова Х.Т.	д.м.н., зав.кафедрой пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА, консультант по ревматологии МЗ РУз;
Рахимова Д.А.	д.м.н. зав. лабораторией РСНПМЦИТ и МР т.ф.д., главный терапевт МЗ РУз
Алиахунова М.Ю.	д.м.н., профессор, зав. отделении ревматологии РСНПМЦИТ и МР;
Набиева Д.А.	д.м.н. профессор, зав.кафедрой факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
Дадабаева Н.А.	к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА;
Хамраев Х.Х.	к.м.н., доцент зав. кафедры внутренних болезней №1 СамГМУ

Список авторов:

Мирахмедова Х.Т.	д.м.н., зав.кафедрой пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА, консультант по ревматологии МЗ РУз;
Рахимова Д.А.	д.м.н. зав. лабораторией РСНПМЦИТ и МР т.ф.д., главный терапевт МЗ РУз
Алиахунова М.Ю.	д.м.н., профессор, зав. отделении ревматологии РСНПМЦИТ и МР;
Дадабаева Н.А.	к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА;
Набиева Д.А.	д.м.н. профессор, зав.кафедрой факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
Джураева Э.Р.	к.м.н., доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
Хамраев Х.Х.	к.м.н., доцент зав. кафедры внутренних болезней №1 СамГМУ
Абдуллаев У.С.	к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА.
Мухсимова Н.Р.	к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА.
Бердиева Д.У.	к.м.н., ассистент кафедры факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
Нажмиддинов Г.Р.	Главный ревматолог Ферганской области
Бомуродова Д.Б.	Главный ревматолог Бухарской области

Рецензенты:

1. Ахмедов	– заведующая кафедрой внутренних болезней в семейной медицине
Халмурад	№2 Ташкентской медицинской академии, д.м.н., профессор;
Садуллаевич	
2. Шукурова	– д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ, заведующая кафедрой терапии и

Сурайё Максудовна	кардиоревматологии ГОУ «Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», главный терапевт МЗ и СЗН РТ, председатель ассоциации терапевтов и ревматологов РТ, член Президиума Азиатско-Тихоокеанской лиги против ревматизма (APLAR).
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Клинический протокол был утвержден на учёном совете ТМА протоколом собрания № _____ года.

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Н.Р.Мухсимова – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА
2. Г.Б.Саидрасулова – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА

Экспертная оценка специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

1. Ф.Б.Сабилова – к.м.н., заведующая отделением кардиоревматологии Республиканского научно-практического медицинского центра педиатрии, консультант по детской ревматологии при МЗ РУЗ.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И., начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Оценка приемлемости и используемости в практике клинических протоколов проведено совместно с представителями практического звена здравоохранения города Ташкента и Ташкентской области.

Практикующие врачи:

1. М.В.Мирхамидов – заведующий отделением ревматологии многопрофильной клиники ТМА.
2. З.Х.Махмудова – заведующая отделением ревматологии 1-ГКБ города Ташкент.
3. Н.А.Абдувалиева – МПЦП города Олмалик, гл. ревматолог Ташкентской области.
4. Ш.И Шаджалилов.-зав отделением СКАЛ многопрофильной клиники ТМА

Сокращения, используемые в протоколе:

АРР	– Ассоциация ревматологов России;
АЦБ	– Антител к цитруллинированным белкам;
АЦПП	– антитела к циклическому цитруллиновому пептиду;
БПВП	– базисные противовоспалительные препараты;
ВАШ	– визуально аналоговая шкала;
ГИБП	– генно-инженерные биологические препараты;
ГК	– глюкокортикоиды;
ДМФС	– дистальные межфаланговые суставы;
DAS-28	– disease activity score, индекс активности болезни;
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт;
Леф	– лефлуномид;
МТ	– метотрексат;
МРТ	– магнитно-резонансная томография;
НДА	– недифференцированный артрит ;
НЛР	– нежелательные реакции;
НПВП	– нестероидные противовоспалительные препараты;
ООСЗ	– общая оценка больным состояния здоровья;
РА	– ревматоидный артрит;
РФ	– ревматоидный фактор;
РТМ	– ритуксимаб;
СРБ	– С-реактивный белок;
ТЦЗ	– тоцилизумаб;
УЗИ	– ультразвуковое исследование;
ФК	– функциональный класс;
ЭКГ	-электрокардиография;
ЧБС	– число болезненных суставов;
ЧПС	– число припухших суставов;
ЦОГ	– циклооксигеназа;
ФГДС	– фиброгастродуоденоскопия;
ЭКГ	– электрокардиограмма;
ЭХО КГ	– эхокардиограмма;
IgM	– иммуноглобулин

Пользователи протокола по данной нозологии:

- 1.Ревматологи;
- 2.Терапевты;
3. Неврологи;
- 3.Врачи общей практики;
- 4.Травматологи – ортопеды;
- 5.Врач ЛФК, физиотерапевт;
- 6.Студенты старших курсов медицинских ВУЗов, магистры и клинические ординаторы.

Категория пациентов в данной нозологии:

Больные с остеоартрозом.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины:

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств):

УДД	Расшифровка
1a	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1b	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или как минимум одно проведенное РКИ с низким риском систематических ошибок
2a	Проведенное как минимум одно РКИ без рандомизации, низкий уровень Ошибки
2b	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев, исследования случай-контроль)
4	Мнение экспертов/клинический опыт, наблюдения

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
A	Высококачественный метаанализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую узбекскую популяцию
B	Высококачественный обзор или систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким риском систематической ошибки, результаты которого могут быть распространены на соответствующую узбекскую популяцию.
C	Когортное исследование или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки, результаты которого могут быть распространены на соответствующую узбекскую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической

	ошибки или, результаты которого не могут быть непосредственно распространены на соответствующую узбекскую популяцию.
D	Описание серии случаев, или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

2. Основная часть.

2.1. Введение:

Актуальность проблемы ревматоидного артрита в том, что наибольшая заболеваемость соответствует возрастной группе 40-55 лет. Ревматоидный артрит приводит к стойкой инвалидизации половины больных в течение первых 3-5 лет от начала заболевания. Через 20 лет от начала заболевания 60-90% больных теряют трудоспособность, а 1/3 становятся инвалидами.

В связи с этим, разработка клинических протоколов, улучшение новых методов диагностики, лечения ревматоидного артрита имеет большое значение для улучшения здоровья пациентов и снижения социально-экономической нагрузки на системы здравоохранения.

[<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402775973/>]

2.2. Определение:

Ревматоидный артрит – иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов, приводящее к ранней инвалидности и сокращению продолжительности жизни пациентов. Этиология болезни многофакторная, развитие которой обусловлено взаимодействием генетических и средовых факторов.

[<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761>]

При отсутствии эффективной терапии продолжительность жизни у больных РА ниже на 3 года у женщин и на 7 лет у мужчин, в первую очередь за счет высокого риска развития коморбидных заболеваний - кардиоваскулярной патологии, остеопороза, тяжелых инфекций, интерстициального заболевания легких, онкологических заболеваний. У многих пациентов с РА жизненный прогноз столь же неблагоприятен, как и при лимфогранулематозе, сахарном диабете 2-го типа, трехсосудистом поражении коронарных артерий и инсульте. РА вызывает стойкую потерю нетрудоспособности у половины пациентов в течение первых 3-5 лет от начала болезни, а через 20 лет треть пациентов становятся полными инвалидами.

[<https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr250.pdf>]

2.3. Клиническая классификация РА:

(принята на заседании Пленума правления Общероссийской общественной организации «Ассоциации ревматологов России», 2007 г.):

I. Основной диагноз:

Ревматоидный артрит серопозитивный (M05.8);

Ревматоидный артрит серонегативный (M06.0);

Особые клинические формы ревматоидного артрита:

Синдром Фелти (M05.0);

Болезнь Стилла у взрослых (M06.1).

Ревматоидный артрит вероятный (M05.9, M06.4, M06.9).

Серопозитивность и серонегативность РА определяются в зависимости от обнаружения ревматоидного фактора и/или антител к циклическим цитруллинированным белкам (АЦБ), для определения которых необходимо использовать стандартизованные лабораторные методы

II. Клиническая стадия:

Очень ранняя стадия: длительность болезни менее 6 мес.;

Ранняя стадия: длительность болезни 6 мес - 1 год;

Развернутая стадия: длительность болезни более 1 года при наличии типичной симптоматики;

Поздняя стадия: длительность болезни 2 года и более + выраженная деструкция мелких (III—IV рентгенологическая стадия) и крупных суставов, наличие осложнений.

III. Степень активности болезни:

0 - ремиссия (DAS28 < 2,6, СОЭ и СРБ – норма)

I - низкая (2,6 < DAS28 < 3,2, СОЭ и СРБ до 20)

II - средняя (DAS28 = 3,2-5,1, СОЭ и СРБ 20-40)

III - высокая (DAS28 > 5,1, СОЭ и СРБ > 40)

В качестве базового метода оценки активности рекомендуется применять индекс DAS28.

Формула для вычисления DAS28:

$$DAS28 = 0,56\sqrt{ЧБС} + 0,28\sqrt{ЧПС} + 0,70\ln COЭ + 0,014 COСЗ$$

где ЧБС – число болезненных суставов, ЧПС – число припухших суставов из следующих 28: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястнофаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные,

СОЭ – скорость оседания эритроцитов по методу Вестергрена,

ООСЗ – общая оценка больным состояния здоровья в мм по 100 миллиметровой визуальной аналоговой шкале

Допустимо использование других методов подсчета активности, для которых доказана хорошая сопоставимость с DAS28

IV. Внеуставные (системные) проявления:

Ревматоидные узелки;

Ревматоидный васкулит (язвенно-некротический васкулит, инфаркты ногтевого ложа, дигитальный артериит, ливедо-ангиит);

Нейропатии (мононеврит, полинейропатия);

Плеврит (сухой, выпотной), перикардит (сухой, выпотной);

Синдром Шегрена;

Поражение глаз (склерит, эписклерит, васкулит сетчатки);

Интерстициальное заболевание легких

V. Инструментальная характеристика:

Наличие или отсутствие эрозий (данные рентгенографии, МРТ, УЗИ):

неэрозивный;

эрозивный

Рентгенологическая стадия (по Штейнброкеру, модификация):

I - околосуставной остеопороз;

II - околосуставной остеопороз + сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии;

III - признаки предыдущей стадии + множественные эрозии+ подвывихи в суставах;

IV - признаки предыдущих стадий + костный анкилоз.

VI. Дополнительная иммунологическая характеристика - антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП):

АЦЦП - позитивный

АЦЦП – негативный

VII. Функциональный класс:

I класс - полностью сохранены возможности самообслуживания, занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью.

II класс - сохранены возможности самообслуживания, занятием непрофессиональной деятельностью, ограничены возможности занятием профессиональной деятельностью.

III класс - сохранены возможности самообслуживания, ограничены возможности занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью.

IV класс – ограничены возможности самообслуживания, занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью.

Самообслуживание: одевание, принятие пищи, уход за собой и т.д.

Непрофессиональная деятельность: элементы отдыха, досуга, занятия спортом и др. с учетом пола и возраста

Профессиональная деятельность: работа, учеба, ведение домашнего хозяйства (для домработников) с учетом пола и возраста.

VIII. Осложнения:

Вторичный амилоидоз.

Вторичный остеоартроз

Генерализованный остеопороз

Остеонекроз

Туннельные синдромы (синдром карпального канала, синдромы сдавления локтевого, большеберцового нервов).

Подвывих в атлanto-аксиальном суставе, в т.ч. с миелопатией, нестабильность шейного отдела позвоночника

Атеросклеротическое поражение сосудов

В диагнозе необходимо отразить

Основной диагноз

Серопозитивность, серонегативность

Клиническую стадию

Активность болезни

Внесуставные (системные) проявления,

Инструментальную характеристику,

Наличие АЦЦП,

Функциональный класс

Осложнения.

[\[https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/clinical/2021/%D0%A0%D0%9D%D0%9C%D0%9E%D0%A2_%D0%9C%D0%B0%D0%B7%D1%83%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%93%D0%B0%D0%B9%D0%B4%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%98%D0%97_%D0%A0%D0%90_%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.pdf\]](https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/clinical/2021/%D0%A0%D0%9D%D0%9C%D0%9E%D0%A2_%D0%9C%D0%B0%D0%B7%D1%83%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%93%D0%B0%D0%B9%D0%B4%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%98%D0%97_%D0%A0%D0%90_%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.pdf)

3. Методы, подходы и процедуры диагностики:

3.1. диагностические критерии:

Классификационные критерии ревматоидного артрита

Американский колледж ревматологов, 1987г.

	Критерии	Примечание
1	Утренняя скованность	при наличии любых четырех из семи указанных критериев диагностируется РА. Критерии с 1-го по 4-й должны присутствовать у больного не менее 6. нед.
2	Артрит трех или большего числа суставов	
3	Артрит суставов кисти	
4	Симметричный артрит	
5	Ревматоидные узелки	
6	Ревматоидный фактор в сыворотке крови	
7	Рентгенологические изменения	

Однако данные критерии в настоящий момент потеряли свою актуальность так, как в первые 6 месяцев заболевания они позволяют установить диагноз РА у 20-40% населения, что по нынешним представлениям не подходит для того, чтобы своевременно и эффективно начать лечение.

Классификационные диагностические критерии ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010г.

Клинические признаки поражения суставов (припухлость и/или болезненность при объективном исследовании) (0-5 баллов)	Баллы
1- крупный сустав	0
2-10 крупных суставов	1
1-3 мелких суставов (крупные суставы не учитываются)	2
4-10 мелких суставов (крупные суставы не учитываются)	3
>10 суставов (как минимум 1 мелкий сустав)	5
Тесты на РФ и АЦЦП (0-3 балла, требуется как минимум 1 тест)	
Отрицательный	0
Слабо позитивный для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы, но не более, чем в 3 раза)	2
Высоко позитивный для РФ или АЦЦП (более чем в 3 раза превышают верхнюю границу нормы)	3
Острофазовые показатели (0-1 балл, требуется как минимум 1 тест)	
Нормальные значения СОЭ и СРБ	1
Повышение СОЭ или СРБ	
Длительность синовита (0-1 балл)	
< 6 недель	0
≥6 недель	1

Критерии ориентированы в первую очередь на раннюю диагностику РА
 При постановке диагноза РА необходимо:
 определить наличие у больного хотя бы одного припухшего сустава
 исключить другие заболевания, которые могут сопровождаться воспалительными изменениями суставов.

набрать как минимум 6 баллов из десяти возможных по 4 разделам.

Основное место занимает определение числа воспаленных и болезненных суставов.

Согласно этим критериям, выделяют 4 категории суставов

Категории 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, лучезапястное 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, грудино-ключичный и др.

Примеры формулировки клинических диагнозов:

Ревматоидный артрит серопозитивный (M05.8), развернутая стадия, активность II, эрозивный (рентгенологическая стадия II), с системными проявлениями (ревматоидные узелки), АЦЦП (-), ФК II.

Ревматоидный артрит серонегативный (M06.0), ранняя стадия, активность III, неэрозивный (рентгенологическая стадия I), АЦЦП (+), ФК I.

Ревматоидный артрит серопозитивный (M05.8), поздняя стадия, активность II, с системными проявлениями (ревматоидные узелки, дигитальный артериит), эрозивный (рентгенологическая стадия III), АЦЦП (не исследовано), ФК III, осложнения – синдром карпального канала справа, вторичный амилоидоз с поражением почек.

Вероятный ревматоидный артрит (M06.9), серонегативный, ранняя стадия, активность II, неэрозивный (рентгенологическая стадия I), АЦЦП (+), ФК I.

[<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402775973/>]

Клиническая диагностика

Жалобы:

боль, артралгии, отечность, утренняя скованность преимущественно в мелких суставах кистей

затруднение сжатия кисти в кулак и боль у основания пальцев стоп при ходьбе

быстрая утомляемость

общее недомогание

похудание

субфебрилитет

Анамнез:

продолжительность симптомов артрита

наличие и длительность утренней скованности

наличие «суточного ритма» боли в суставах

стойкость признаков симметричного поражения суставов

сведения о сопутствующей патологии, предшествующей и сопутствующей терапии, вредных привычках, которые влияют на выбор методов лечения и оценку ближайшего и отдаленного прогноза.

Физикальное обследование:

припухлость, ограничение подвижности, деформация.

симметричное полиартикулярное воспаление пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, лучезапястных суставов, могут превалировать над поражением плюснефаланговых или крупных суставов.

положительный тест «поперечного сжатия» кисти и/или стоп;

атрофия межкостных мышц

ревматоидные узелки

лимфаденопатия

Клинические проявления РА

Клинические стадии и формы	Симптомы
Ранняя	Для направления на консультацию к врачу-ревматологу ВОП необходимо выявить следующие модифицированные критерии, позволяющие заподозрить РА (Emery, et.al., 2002): наличие трех и более воспаленных суставов; поражение пястнофаланговых и плюснефаланговых суставов, положительный тест «сжатия» кистей и/или стоп; утренняя скованность длительностью 30 минут и более
Варианты дебюта	Симметричный полиартрит с постепенным (в течение нескольких месяцев) нарастанием боли и скованности, в мелких суставах кистей (в половине случаев). Острый полиартрит с преимущественным поражением суставов кистей и стоп, выраженная утренняя скованность, РФ в крови. Моно-олигоартрит коленных или плечевых суставов с быстрым вовлечением в процесс мелких суставов кистей и стоп. Острый моноартрит крупных суставов, напоминающий септический или микрокристаллический артрит. Острый олиго- или полиартрит с системными проявлениями (фебрильная лихорадка, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия). Чаще у молодых (напоминает болезнь Стилла у взрослых). «Палиндромный ревматизм»: множественные рецидивирующие атаки острого симметричного полиартрита суставов кистей коленных и локтевых суставов, длящихся несколько часов или дней и заканчивающихся полным выздоровлением. Рецидивирующий бурсит и теносиновит, часто лучезапястных суставов. Острый полиартрит у пожилых: множественные поражения мелких и крупных суставов, выраженные боли, диффузный отёк и ограничение подвижности суставов. «RS3PE синдром» (ремитирующий серонегативный симметричный синовит с подушкообразным отёком) Генерализованная миалгия, скованность, депрессия, двухсторонний синдром запястного канала, похудание, у пожилых. Напоминает ревматическую полимиалгию.
Поздняя	Кисти: ульнарная девиация, обычно развивающаяся через 1-5 лет от

	<p>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».</p> <p>Коленные суставы: сгибательная и вальгусная деформация, киста Бейкера.</p> <p>Стопы: подвывихи головок плюснефаланговых суставов, тibiальная девиация, деформация большого пальца.</p> <p>Шейный отдел позвоночника: подвывихи в области атлантаксиального сустава, изредка осложняющиеся компрессией спинного мозга или позвоночной артерии.</p> <p>Перстневидно-черпаловидный сустав: огрубение голоса, одышка, дисфагия, рецидивирующий бронхит.</p> <p>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).</p>
Особые клинические формы Синдром Фелти	<p>нейтропения;</p> <p>спленомегалия;</p> <p>гепатомегалия;</p> <p>тяжёлое поражение суставов;</p> <p>внесуставные проявления (васкулит, нейропатия, лёгочный фиброз, синдром Шегрена);</p> <p>гиперпигментация кожи нижних конечностей;</p> <p>высокий риск инфекционных осложнений.</p>
Болезнь Стилла взрослых	<p>рецидивирующая фебрильная лихорадка;</p> <p>артрит с высокой лабораторной активностью;</p> <p>серонегативный по РФ, АЦЦП;</p> <p>макулопапулёзная сыпь.</p>
Недифференцированный артрит	<p>НДА: 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.</p> <p>РА дебютирует с нехарактерных клинических проявлений, диагноз по критериям не может быть установлен. Частые клинические варианты НДА:</p> <p>Олигоартрит крупных суставов</p> <p>Асимметричный артрит суставов кистей</p> <p>Серонегативный по РФ олигоартрит суставов кистей</p> <p>Нестойкий полиартрит</p>

Системные проявления	<p>Конституциональные симптомы: генерализованная слабость, недомогание, похудание, субфебрильная лихорадка.</p> <p>Сердечно-сосудистая система: перикардит, васкулит, раннее развитие атеросклероза.</p> <p>Лёгкие: плеврит, интерстициальное заболевание лёгких, ревматоидные узелки в лёгких (синдром Каплана).</p> <p>Кожа: ревматоидные узелки (плотной консистенции, безболезненные, спаянные с подлежащими тканями, в области локтей и сухожилий кисти) дигитальный артериит, некротизирующий васкулит, сетчатое ливедо, ладонные и подошвенные капилляриты, геморрагический васкулит</p> <p>Нервная система: компрессионная нейропатия, симметричная сенсорно - моторная нейропатия, множественный мононеврит, шейный миелит.</p> <p>Мышцы: генерализованная амиотрофия.</p> <p>Глаза: сухой кератоконъюнктивит, эписклерит, склерит, периферическая язвенная кератопатия.</p> <p>Почки: амилоидоз, васкулит, нефрит (редко).</p> <p>Система крови: анемия, тромбоцитоз, нейтропения</p>
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[\[https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761\]](https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761)

Лабораторные исследования:

Основные лабораторные исследования:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;

Дополнительные лабораторные исследования:

- СРБ, ревматоидный факторов (IgM РФ)
- АЦЦП
- БАК: АСТ и АЛТ, креатинин, глюкоза
- Маркеры вирусов гепатита В, С, ВИЧ
- Тест на беременность
- Профиль липидов
- Антинуклеарный фактор
- Концентрация IgG
- туберкулиновая проб Манту и/или Диаскин тест
- Основные диагностические биомаркеры РА
- Ревматоидный фактор (IgM РФ)
- АЦЦП (антитела к цитруллинированным белкам), в первую очередь антитела к циклическому цитруллинированному пептиду

Лабораторная диагностика:

Иммуноглобулин IgM РФ - чувствительный, но недостаточно специфичный маркер РА, высокий титр – при быстро прогрессирующей деструкции суставов и системных проявлениях.

АЦЦП – более специфичный и информативный маркер РА, особенно ранней стадии.

Рекомендуется определения РФ и АЦБ всем пациентам для постановки диагноза, проведение дифференциального диагноза и прогнозирования быстро прогрессирующего деструктивного поражения суставов.

Уровень достоверности доказательств - I, уровень убедительности рекомендаций - А.

Показатели активности воспаления

СОЭ - высокочувствительный, но неспецифический и нестабильный маркер системного воспаления.

СРБ - используется для оценки активности воспаления, прогнозирования скорости деструкции суставов

Уровень достоверности доказательств - I, уровень убедительности рекомендаций - А

Синовиальная жидкость её исследуют пациентам с синовитом с целью дифференциальной диагностики РА с микрокристаллическими или септическими артритами

[https://autoimmun.ru/upload/iblock/0c5/Lapin-S.V._-Maslyanskiy-A.L.LABORATORNAYA-DIAGNOSTIKA-REVMATOIDNOGO-ARTRITA-NOVYE-PERSPEKTIVY.pdf]

Инструментальные исследования:

Основные инструментальные исследования:

- Обзорная рентгенография кистей и стоп;
- Ультразвуковое исследование суставов;

Дополнительные инструментальные исследования:

-МРТ.

Рентгенография кистей и стоп – основной метод диагностики, при первичном обследовании и далее ежегодно с целью оценки прогрессирования деструкции суставов.

Уровень достоверности доказательств - IV, уровень убедительности рекомендаций - D

Пациентам, имеющим III и IV R-стадии проводится по показаниям.

Ранние рентгенологические симптомы артрита обнаруживаются: во 2-х и 3-х пястно-фаланговых сустава, 3-х проксимальных межфаланговых суставах, в суставах запястий, лучезапястных суставах, шиловидных отростках локтевых костей, 5-х плюснефаланговых суставах.

Рентгенография крупных суставов при РА в качестве рутинного метода не рекомендуется и проводится только при наличии особых показаний (подозрение на аваскулярный некроз, септический артрит и др.).

УЗИ суставов с энергетическим доплеровским исследованием позволяет судить о выраженности воспаления и прогнозе длительности ремиссии.

Уровень достоверности доказательств - I, уровень убедительности рекомендаций - А.

При УЗИ суставов оценивают следующие параметры, по «серой шкале»: утолщение синовиальной оболочки, наличие выпота в суставе, нарушение контура суставной поверхности (соответствует эрозии), изменения в околосуставных тканях (теносиновит)

При энергетическом доплеровском исследовании - определяют локализацию, распространённость и интенсивность сигнала которые позволяют судить о выраженности воспаления.

УЗИ суставов кисти имеет диагностическое и прогностическое значение при раннем РА, позволяет прогнозировать сохранение ремиссии на фоне терапии БПВП и ГИБП.

МРТ суставов—более чувствительный метод выявления РА в дебюте, чем стандартная рентгенография суставов. МРТ- признаки артрита неспецифичны. Изменения, выявляемые с помощью МРТ (синовит, теносиновит, отек костного мозга и эрозии костной ткани), позволяют прогнозировать прогрессирование деструкции суставов

МРТ кистей показано при затруднении диагноза раннего РА и НДА

Уровень достоверности доказательств - IV, уровень убедительности рекомендаций - D.

Рентгенография органов грудной клетки проводится больным для выявления ревматоидного поражения органов дыхания и сопутствующих заболеваний лёгких при первичном обследовании, до назначения терапии БПВП и ГИБП и затем ежегодно.

Уровень достоверности доказательств - IV, уровень убедительности рекомендаций - D.

Компьютерная томография легких проводится:

для выявления диффузного (интерстициальное) или очагового (ревматоидные узелки) поражения лёгких

для дифференциальной диагностики РА с другими заболеваниями, протекающими с поражением суставов и легких (саркоидоз, злокачественные новообразования и др.)

для диагностики сопутствующих заболеваний, которые могут повлиять на выбор терапии или увеличивать риск НЛР (туберкулез, интерстициальные заболевания легких и др.).

Уровень достоверности доказательств - IV, уровень убедительности рекомендаций - D

ЭКГ и ЭхоКГ проводятся пациентам не реже 1 раза в год, для диагностики сердечно-сосудистой патологии.

ЭГФДС выполняются пациентам, получающим НПВП (не реже 1 раза в год)

Денситометрия (рентгеновская абсорбциометрия) рекомендуется при наличии следующих показаний: возраст старше 50 лет для женщин и 60 лет для мужчин, высокая активность заболевания (стойкое увеличение СРБ более 20 мг/л), рентгенологическая стадия III-IV по Штейнброкеру, индекс HAQ более 1,25, масса тела менее 60 кг и прием ГК.

Показания для консультации специалистов:

Травматолог/ортопед – для решения вопроса об оперативном лечении суставов;
пульмонолог, кардиолог, нефролог, гематолог, офтальмолог, эндокринолог при РА с системными поражениями, тяжелом течении.

гастроэнтеролог – при поражении ЖКТ.

фтизиатр – при назначении ГИБП в случае подозрения на наличие латентной туберкулезной инфекции;

стоматолог – для диагностики ксеростомии, поражения слюнных желез

3.2. Диагностический алгоритм:

- Определяемая при осмотре припухлость хотя бы одного периферического сустава
- Положительный симптом «сжатия» кистей и/или стоп
- Утренняя скованность длительностью 30 минут и более

- Определить наличие у больного хотя бы одного припухшего сустава по данным физикального осмотра.
- Исключить другие заболевания, которые могут сопровождаться воспалительными изменениями суставов.
- Набрать как минимум 6 баллов из 10 возможных по 4 позициям, описывающим особенности картины болезни у данного пациента.
- Исключить другие заболевания, которые могут сопровождаться воспалительными изменениями суставов.

А. Клинические признаки поражения суставов (припухлость и/или болезненность при объективном исследовании) (0-5 баллов)

- 1 крупный сустав
- 2-10 крупных суставов
- 1-3 мелких сустава (крупные суставы не учитываются)
- 4-10 мелких суставов (крупные суставы не учитываются)
- более 10 суставов (как минимум 1

В. Тесты на РФ и АЦЦП (0-3 балла, требуется как минимум 1 тест) - Отрицательны

- Слабо позитивны для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы не более, чем в 3 раза).
- Высоко позитивны для РФ или АЦЦП (более чем в 3 раза превышают верхнюю границу нормы)

С. Острофазовые показатели (0-1 балл, требуется как минимум 1 тест)

- Нормальные значения СОЭ и СРБ

Д. Длительность синовита (0-1 балл)

- менее 6 недель
- 6 или более недель

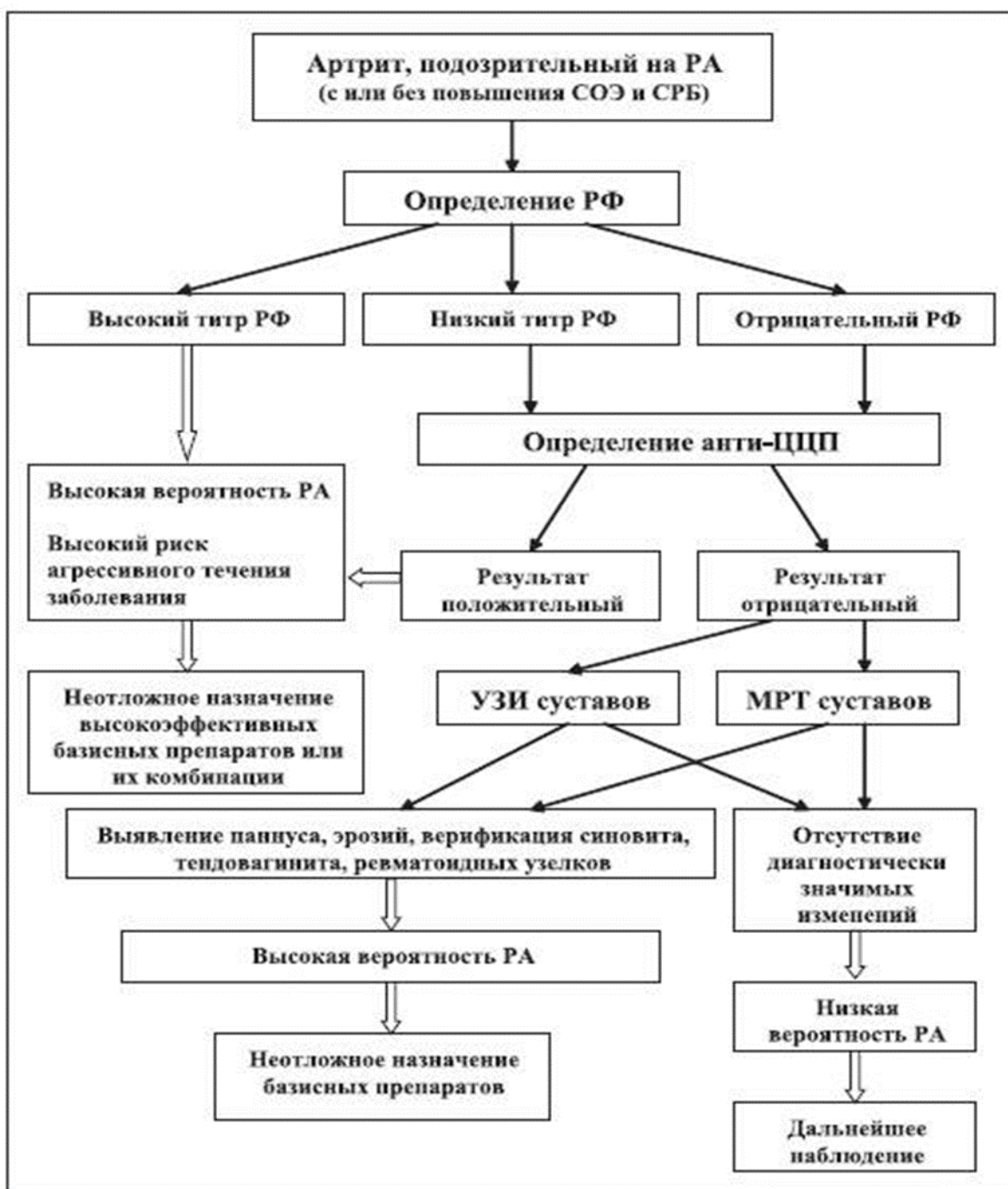


Рисунок. Алгоритм диагностики РА на ранних стадиях

[[https://umedp.ru/articles/metodicheskie rekomendatsii po rentgenologicheskim metodam issledovaniya pri revmatoidnom artrite i .html](https://umedp.ru/articles/metodicheskie_rekomendatsii_po_rentgenologicheskim_metodam_issledovaniya_pri_revmatoidnom_artrite_i_.html)]

3.3. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии постановки диагноза
Остеоартроз	Незначительная припухлость мягких тканей, вовлечение ДМФС	ОАК, АЦЦП, рентген суставов	Отсутствие выраженной утренней скованности, боли в суставах механического и стартового характера, отрицательный АЦЦП, РФ. На R-грамме кистей картина остеосклероза, остеофитоза.
Системная красная волчанка	Суставной синдром: артрит мелких суставов кистей	ОАК, РФ, АЦЦП, АНФ, АНА рентген суставов	Артрит неэрозивный, высокие титры АНФ, АНА. Имеются системное поражение внутренних органов и выраженный конституциональный синдром.
Подагра	Суставной синдром.	ОАК, ОАМ, РФ, АЦЦП, Мочевая кислота, рентген и пункция суставов	Чаще у мужчин в возрасте 40-50 лет. Острый приступ артрита 1 плюснефалангового сустава. Наличие тофусов. Гиперурикемия. Кристаллы моноурата натрия в синовиальной жидкости. Кисты субкортикальные без эрозий
Реактивный артрит	Асимметричный моноартрит, олигоартрит	ОАК, ОАМ, Ревматоидный фактор, АЦЦП, HLA-B27, тесты на хламидии, рентген костей таза	Молодой возраст до 40 лет. Связь с кишечной и мочеполовой инфекцией. Характерно асимметричность, поражение нижних конечностей, сосискообразная припухлость, энтезиты. Конъюнктивит. Отсутствует РФ и АЦЦП, Рентгенологический сакроилеит
Псориатический артрит	Асимметричный моноартрит, олигоартрит, иногда симметричный полиартрит	ОАК, ОАМ, Ревматоидный фактор, АЦЦП, HLA-B27, рентген костей таза	Связь с псориазом. Мутилирующий, «осевой, сосискообразный» артрит, дактилит. Поражения осевого скелета, ДМФС, энтезиты. Отсутствует РФ и АЦЦП; одно-или двухсторонний сакроилеит. Часто серопозитивность по HLA-B27.
Системная склеродермия	Суставной синдром	ОАК, Иммунологические тесты	Феномен Рейно и уплотнение кожи, поражение пищевода, легких; редко может выявляться артрит, обычно артралгии; нет эрозивного артрита.
Ревматическая полимиалгия	Суставной синдром	ОАК, РФ, АЦЦП, рентгенография суставов	Диффузная боль и утренняя скованность в осевых суставах и проксимальных группах мышц. Выраженный ответ на ГКС терапию. Выраженное повышение СОЭ; чаще возраст старше 50 лет

Вирусные артриты	Суставной синдром	ОАК, ОАМ, РФ, рентген суставов	Перенесенные инфекционные заболевания. Утренняя скованность с симметричным поражением лучезапястных и суставов кистей может выявляться РФ, вирусная экзантема. Спонтанно проходит в течение 4-6 нед.
------------------	-------------------	--------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[<https://cyberleninka.ru/article/n/differentsialnaya-diagnostika-pri-porazhenii-sustavov-i-rozvonochnika>]

4. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

4.1. Немедикаментозное лечение:

Общие принципы.

Лечение пациентов должно проводиться врачами ревматологами.

Лечение основывается на тесном взаимодействии врача и пациента (должно быть согласовано между пациентом и ревматологом).

Лечение БПВП должно начинаться как можно раньше, в рамках так называемого “окна возможности” (window of opportunity) – в течение первых 3-х месяцев от момента развития первых симптомов РА.

Лечение основывается на: степени активности, наличие сопутствующих заболеваний, быстроту прогрессирования структурного повреждения суставов и безопасности терапии

Лечение должно быть направлено на достижение длительной ремиссии или низкой активности заболевания (Уровень доказательности 1a, сила рекомендации А).

Эффективность терапии следует оценивать каждые 1-3 мес, при неэффективности терапию следует скорректировать через 6 месяцев (уровень доказательности 2b, сила рекомендации В)

Лечение РА рекомендовано проводить на протяжении всей жизни пациента.

Медикаментозное лечение может сопровождаться развитием НЛР.

Сбалансированная диета, включающая продукты с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот (рыбий жир, оливковое масло и др.), фрукты, овощи. Такая диета потенциально подавляет воспаление, снижает риск кардиоваскулярных осложнений.

Регулярная физическая активность. Постоянная ЛФК улучшает функциональный статус и способствует сохранению трудоспособности пациентов.

Физиотерапия: тепловые или холодные процедуры, ультразвук, иглорефлексотерапия, лазеротерапия.

Ортопедические пособия - профилактика и коррекция деформаций суставов (ортезы, стельки, ортопедическая обувь).

Избегать факторов, которые потенциально могут провоцировать обострение болезни (интеркуррентные инфекции, стресс, курение, алкоголь и др.).

Соблюдать гигиену полости рта.

Курение, ожирение и парадонтит- факторы риска развития и прогрессирования РА, снижают эффективность лечения БПВП и ингибиторами ФНО-α, увеличивают летальность, в том числе обусловленную ССЗ.

[<https://naukaru.ru/upload/b7e930210942d4c643fe9ad2bf10a767/files/2da918a1113bf9cd9a81ac15387298fa.pdf>]

4.2. Медикаментозное лечение:

Основное место в лечении РА занимают препараты:

Базисные синтетические противовоспалительные, стандартные препараты

Базисные генно-инженерные биологические препараты

Глюкокортикостероиды

Дополнительные

Базисные противовоспалительные препараты

Синтетические стандартные:

метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, гидроксихлоролин и другие

Ингибиторы янус-киназ – пероральные таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты

Генно-инженерные биологические:

ингибиторы ФНО- α , ГИБП с другим механизмом действия, ингибиторы ИЛ-6

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
противоопухолевое средство, антиметаболит	Метотрексат	таблетки 2,5 мг, 5 мг, 10мг внутрь, 7,5-15мг, 1-2 раза в неделю	1 А
противоопухолевое средство, антиметаболит	Метотрексат	преднаполненные шприцы 7,5 мг-22,5 мг подкожно, 1 раз в неделю	2 В
иммунодепрессант	Лефлуномид	таблетки 20 мг, внутрь, 10-20 мг, 1 раз в день	1 А
сульфаниламидный препарат	Сульфасалазин	таблетки 500мг, внутрь, 500-1000мг, 2-3 раза в день	1 А
противомалярийный препарат	Гидроксихлорохин	таблетки 200мг, внутрь, 1-2 раза в день	2 В
			[https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25340036]

Метотрексат -«золотой стандарт» в лечении РА.

Метотрексат должен быть частью первой стратегии лечения.

Уровень доказательности 1a, сила рекомендации A.

Его следует назначать пациентам с РА и недифференцированным артритом при высокой вероятности развития РА.

При отсутствии риска НР (пожилой возраст, нарушение функции почек, печени, гематологические нарушения и др.) лечение МТ следует начинать с дозы 10–15 мг/нед внутрь таблетированная форма или инъекционно п/к форме с увеличением дозы каждые 4–6 нед. до 20–25 мг/нед (до еженедельной 0,3 мг / кг), в зависимости от эффективности и переносимости.

Метотрексат п/к форма рекомендована при недостаточной эффективности или плохой переносимости таблетированной формы и у пациентов с «высокой активностью» РА (DAS28 \geq 5,1).

Уровень достоверности доказательств - II, уровень убедительности рекомендаций - B

Подкожная форма МТ превосходит пероральную по фармакокинетическим параметрам, биодоступности и удобства применения.

На фоне лечения МТ настоятельно рекомендован прием фолиевой кислоты (не менее 5 мг/неделя), которую следует назначать не ранее, чем через 24 ч после приема МТ.
Уровень доказательности A.

Необходимо проводить определение АЛТ/АСТ, креатинина, общего анализа крови в начале лечения, каждые 1–3 месяца и до достижения стабильной дозы МТ, затем - каждые 3 месяца.

Лечение МТ следует прервать при превышении концентрации АЛТ/АСТ в 3 раза и возобновить в более низкой дозе после нормализации лабораторных показателей.

Применение МТ противопоказано у женщин, которые планируют беременность.

Лефлуномид. У пациентов с противопоказаниями к МТ или плохой переносимости следует назначать лефлуномид, как часть (первой) стратегии лечения.

Уровень доказательности 1a, сила рекомендации A.

На фоне лечения ЛЕФ необходимо контролировать общий анализ крови, концентрацию сывороточных трансаминаз, креатинина и артериальное давление

Сульфасалазин рекомендован при противопоказаниях или плохой переносимости МТ. Начальная доза составляет 2 таб в сутки, с постепенным увеличением до 2-3 г/день.

Уровень доказательности 1a, сила рекомендации A.

Гидроксихлорохин рекомендуется только в качестве компонента комбинированной терапии с МТ и в основном для пациентов с легким РА.

Уровень достоверности доказательств – II, сила рекомендации B.

В комбинации БПВП не считаются превосходящими монотерапию МТ, особенно если МТ сочетается с ГК.

Сульфасалазин и гидроксихлорохин можно применять во время беременности

Глюкокортикоиды

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
глюкокортикоид	преднизолон	таблетки 5 мг, внутрь, 0,3–0,5 мг / кг / сутки, по схеме	I A
глюкокортикоид	преднизолон	ампулы, 1мл /30мг, в/в, капельно, 30мг-120мг, 1 раз в день	I A
глюкокортикоид	метилпреднизолон	таблетки 4 мг, внутрь, 0,3–0,5 мг/кг, по схеме	I A
глюкокортикоид	метилпреднизолон	флаконы 250, мг, в/в, капельно, 250 мг, 1 раз в день	I A
глюкокортикоиды-депо форма	Бетаметазон дипропионат/динатрия фосфат	суспензия для инъекций 7мг/мл-1,0мл внутрисуставно до 1,0 мл	I A-B
глюкокортикоиды -депо форма	Триамцинолон ацетонид	суспензия для инъекций 40 мг/мл-1,0мл внутрисуставно до 1,0 мл	I A-B
			[https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/547/521?locale=ru_RU]

Так как ГК- обладают быстрым противовоспалительным действием их рекомендовано назначать совместно с БПВП. Эффективность БПВП проявляется через 4-6 недель от начала лечения. Дозу ГК следует снижать быстро (в течение примерно 3 месяцев), насколько это клинически возможно.

Уровень доказательности Ia, сила рекомендации A

Прием ГКС сопровождается развитием НЛР: остеопороз, резистентность к инсулину, инфекционные осложнения и кардиоваскулярные катастрофы. Эти явления могут быть следствием неконтролируемого "ревматоидного" воспаления. Пациенты с развитием НЛР должны быть направлены на консультацию и лечение к специалисту соответствующего профиля.

У всех пациентов с РА, принимающих ГК в дозе >5 мг/сут. более 3-х месяцев, следует назначать препараты кальция и витамин D как профилактика глюкокортикоидного остеопороза.

Уровень достоверности доказательств - IV, сила рекомендации D.

Базисные генно-инженерные биологические препараты

Ингибиторы фактора некроза опухоли- α (имunosупрессанты)*

ГИБП с другим механизмом действия: РТМ (антиВ-клеточные моноклональные антитела)

Ингибитор интерлейкина-6 (моноклональное антитело к рецепторам интерлейкину 6)

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
ГИБП, ингибитор ФНО- α	Этанерцепт	шприц-ручка 25мг и 50мг, подкожно, 25 мг 2 раза в неделю или 50 мг 1 раз в неделю	Ia, A
	Адалимумаб	шприц-ручка 40 мг п/к 1 раз в 2 недели	1 A-B
	Голимумаб*	50-100 мг п/к, 1 раз в месяц	1 A-B
	Инфликсимаб*	5 мг/кг в/в, 0,2,6 недели, затем каждые 6 недель	1 A-B
	Цертолизумаб*	200мг каждые 2 недели	1 A-B
ГИБП, противоопухолевое средство из группы моноклональных антител	Ритуксимаб	флаконы 500мг/50 мл концентрат для приготовления раствора для инъекций, в/в капельно, 1000 (500) мг, 1-ый и 15-ый день терапии, повторное введение возможно через 6 мес	Ia, A
Ингибиторы костимуляции Т-клеток	Абатацепт* 125 мг подкожно еженедельно или внутривенно инфузия разовая доза для взрослых составляет 0.5-1 г.	еженедельно или внутривенно инфузия 0, 2, 4 недели, а затем каждые 4 недели.	Ia, A
ГИБП, Ингибитор интерлейкина 6	Тоцилизумаб	флакон 80 мг/4 мл, 200мг/10мл концентрат для приготовления раствора для инфузий, в/в капельно в течение как минимум 1 час, 4 или 8 мг/кг, 1 раз в 4 недели	Ia, A
		шприц-тюбик 162мг/0,9 мл раствор для подкожного введения, подкожно, 162мг/0,9 мл, 1 раз в недели	Ia, A

(тсБПВП)	Тофацитиниб*	Таблетки 5 мг 2 раза в сут	Ia, A
	Барицитиниб	Таблетки 4 мг 1 раза в сут	Ia, A
	Упатацитиниб*	Таблетки 15 мг 1 раза в сут	Ia, A
			[https://webmed.i rkutsk.ru/doc/pdf /kr250.pdf]

****Включение в клинический протокол лекарственных средств, не зарегистрированных в Республике Узбекистан, не является основанием для возмещения затрат в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.***

Для решения вопроса о необходимости проведения ГИБП пациент направляется на экспертную комиссию.

ГИБП добавляют если цель лечения не достигается с помощью синтетических БПВП и когда имеются неблагоприятные прогностические факторы (высокая активность заболевания, наличие эрозий и АЦЦП в высоких титрах)

Уровень доказательности Ia, сила рекомендации A (D).

ГИБП должны комбинироваться с синтетическими БПВП.

Уровень доказательности Ia, сила рекомендации A.

При противопоказаниях и плохой переносимости МТ (включая подкожную форму препарата) и других БПВП, возможно проведение монотерапии ГИБП, препаратом выбора является ингибиторы интерлейкина-6, которые имеют преимущества по сравнению с другими препаратами.

Уровень доказательности Ia, сила рекомендации A.

Если ГИБП потерпели неудачу, следует рассмотреть возможность лечения другим ГИБП

Уровень доказательности Ia, сила рекомендации A

Первое инфузионное внутривенное введение ГИБП должно проводиться исключительно в специализированных ревматологических стационарах.

Препараты, вводимые шприц-ручкой (смартджектом), предполагают самостоятельное введение пациентом, под контролем лечащего врача.

Ингибиторы фактора некроза опухоли α (иммунодепрессивное средство) предпочтительнее назначать пациентам с серонегативным РА по РФ/АЦЦП (или умеренным увеличением уровня антител) и имеющим сопутствующие заболевания (или внесуставные проявления), включая псориаз, воспалительные заболевания кишечника, которые являются зарегистрированными показаниями к назначению этих препаратов.

Не рекомендуется назначать ингибиторы ФНО- α пациентам с РА при аутоиммунных нарушениях, злокачественных новообразованиях, риске реактивации латентной туберкулезной инфекции, демиелинизирующих заболевания ЦНС

Этанерцепт предпочтительнее назначать пациентам, имеющим риск активации туберкулезной инфекции, женщинам, планирующим беременность, бессимптомным носителям вируса гепатита С. Этанерцепт может вызвать развитие увеита.

Если терапия ингибитором ФНО- α не удалась, пациенты могут получить ГИБП с другим механизмом действия (РТМ, ТЦЗ) или второй ингибитор ФНО- α или ТОФА.

Уровень доказательности 1a, сила рекомендации A.

ГИБП с другим механизмом действия.

Ритуксимаб предпочтительнее назначать пациентам, имеющим клинические и серологические признаки волчаночно-подобного синдрома (артрит, плеврит или перикардит, кожная сыпь, увеличение титров АНФ), синдром Фелти и Шегрена и сердечную недостаточность III-IV функционального класса по NYHA.

Ритуксимаб в качестве первого ГИБП, высокоэффективен при РФ/АЦЦП-положительном варианте, криоглобулинемическом васкулите (связанным с носительством вируса гепатита С), в анамнезе злокачественные новообразования, риск реактивации латентной туберкулезной инфекции (противопоказания к туберкулостатической терапии), демиелинизирующие заболевания ЦНС (рассеянный склероз)

На фоне лечения ритуксимабом необходимо динамическое определение концентрации IgG в сыворотке, особенно при низком базальном уровне и у лиц пожилого возраста (старше 60 лет).

Первое введение препарата, диктует необходимость премедикации ГК (100 мг 6-метилпреднизолона внутривенно за 30-60 мин до инфузии ритуксимаба, парацетамол (1 г) и антигистаминные препараты (хлорфенамина 10мг внутривенно)

Ингибитор интерлейкина-6

Тоцилизумаб при назначении в качестве «первого» ГИБП следует принимать во внимание следующие факторы: выраженные конституциональные проявления РА (длительная утренняя скованность, слабость, похудание, бессонница, лихорадка, боли во многих суставах), лабораторные изменения (увеличение концентрации С-реактивного белка >100 мг/л, гиперферритинемия, тяжелая анемия), хронические воспалительные заболевания, амилоидоз.

Может применяться как монотерапия, так и в комбинации с МТ и/или БПВП.

Монотерапия тоцилизумабом превосходит по эффективности монотерапию ингибиторами ФНО- α и потенциально показана пациентам, имеющим противопоказания или плохую переносимость МТ. Эффективен при болезни Стилла взрослых.

Ингибиторы янус-киназ – пероральные таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты.

При наличии противопоказания для назначения и плохой переносимости МТ и других сБПВП (СУЛЬФ, ЛЕФ, ГХ) рекомендовано проведение монотерапии ГИБП, или тсБПВП (селективные иммунодепрессанты: Барицитиниб, Тофацитиниб*), но при этом необходимо учитывать соответствующие факторы риска. Барицитиниб 4 мг 1 таб 1 раз в день, тофацитиниб* 5 мг 1 таб 2 раза в день. При назначении ингибитора JAK 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 (наличие в анамнезе злокачественных новообразований в настоящее время или в прошлом, за исключением

успешно пролеченного немеланомного рака кожи), факторы риска тромбозов (инфаркт миокарда или сердечная недостаточность в анамнезе, рак, наследственные нарушения свертываемости крови или тромбы в анамнезе, а также пациенты, принимающие комбинированные гормональные контрацептивы или заместительную гормональную терапию, перенесшие серьезную операцию или находящиеся в неподвижном состоянии).

Тактика лечения после достижения ремиссии

При стойке ремиссии после снижения дозы или отмены ГКС, можно рассмотреть возможность снижения дозы или увеличения интервала ГИБП, особенно если это лечение сочетается с БПВП.

Уровень доказательности 1b, сила рекомендации А.

Сначала следует снизить или отменить ГИБП, а затем БПВП.

Уровень доказательности 1b, сила рекомендации А.

При развитии обострения заболевания на фоне уменьшения дозы (или отмены) ГИБП можно повторное назначение тех же препаратов (или других ГИБП) в стандартной дозе

Если у пациента постоянная ремиссия, можно рассмотреть возможность снижения дозы БПВП.

Уровень доказательности 2b, сила рекомендации В.

Не рекомендуется отмена БПВП в стадии ремиссии так как это часто приводит к обострению заболевания

Противопоказаниями для назначения ГИБП

Активные инфекции

Туберкулез

Гиперчувствительность к белковому компоненту

Иммунодефицитные состояния,

Печеночная недостаточность:

Выраженные гематологические нарушения

Рассеянный склероз

СКВ

Умеренная/тяжелая застойная сердечная недостаточность

Онкологические заболевания

Лечение ГИБП следует начинать не раньше, чем через 2 месяца после начала туберкулоустойчивой профилактики латентной туберкулезной инфекцией.

Для снижения риска постинъекционных реакций рекомендуется строго соблюдать технику подкожных инъекций лекарственных препаратов (регулярно менять места инъекций, не вводить охлажденный раствор и др.), при необходимости рекомендовать прием антигистаминных препаратов, локальные ГК, лед на место инъекций.

Таблица-2

Перечень дополнительных лекарственных средств (имеющих 50% вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственно	Способ применения	Уровень доказательно
--------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-----------------------------

	го средства		с ти
Нестероидные противовоспалительные препараты Неселективные ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2			
ненаркотический анальгетик из группы анилидов	Ацетаминофен (парацетамол)	таблетки 500мг- внутрь-2-3 раза в день.	1 А
производные фенилуксусной кислоты	Диклофенак	таблетки 25мг, 50 мг-внутри-2-3 раза в день; таблетки, капсулы 100 мг- внутри-1 раз в день; ампулы 3мл 25мг/мл-в/м-1-2 раза в день.	1 А
НПВС	Ацеклофенак	таблетки 100 мг-внутри-2 раза в день.	1 А
НПВС	Индометацин	таблетки 25мг-внутри-2-3 раза в день.	1 А
производные акрилуksусной кислоты	Кеторолак	таблетки 10мг-внутри-1-4 раза в день; ампулы 30мг/мл-в/в, в/м-1-3 раза в день.	1 А
НПВС	Ибупрофен	таблетки 200 мг-внутри-3-4 раза в день; таблетки 400 мг-внутри-2-3 раза в сут. таблетки 800 мг-2 таблетки внутри-1 раза в сут	1 А
НПВС	Напроксен	таблетки 250мг, 500мг-внутри-2 раза в сут; таблетки 275мг, 550мг-внутри-1- 2 раза в день.	1 А
НПВС	Кетопрофен	капсулы 50 мг-внутри-3-4 раза в день; таблетки 100мг-внутри-1-2 раза в день; таблетки и капсулы 150мг- внутри-1 раз в день; ампулы 2 мл 50мг/мл-в/м, в/в-1-	1 А

		2 раза в день.	
НПВС	Декскетопрофен	таблетки 12,5 мг, 25мг, пакетики 25 мг, гранулы для приготовления раствора внутрь-внутрь-1-3 раза в день; ампулы 2 мл 25мг/мл-в/м или в/в-1-2 раза в день.	1 А
НПВС	Теноксикам	таблетки 20мг-внутрь-1 раз в день; флаконы 20мг лиофилизированный порошок и растворитель-в/м, в/в-1 раз в день.	1 А
НПВС	Лорноксикам	таблетки 4мг-внутрь-2-3 раза в день; таблетка 8мг-внутрь-1-2 раза в день; флаконы 8 мг. лиофилизат для приготовления раствора для в/в и в/м введения-в/в, в/м-1-2 раза в день.	1 А
НПВС	Пироксикам	капсулы, таблетки 10мг, 20мг-внутрь-1 раз в день; ампулы 20мг/мл-1 раз в день	1 А
Селективные ингибиторы ЦОГ-2			
НПВС	Мелоксикам	таблетки 7,5–15мг-внутрь-2 раза в день; ампулы 15мг/1,5мл-в/м-1 раз в день.	1 А
НПВС	Нимесулид	таблетки 100мг, гранулы д/пригот. сусп. д/приема внутрь 100 мг/2 г-внутрь-2 раза в день.	1 А
НПВС	Этодолак	таблетки 400мг, 600 мг-внутрь-2 раза в день.	1 А
Высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2			
НПВС	Целекоксиб	Капсулы 200 мг 2 раза в день внутрь	1 А
НПВС	Эторикоксиб	таблетки 60мг, 90мг, 120мг-внутрь-1 раз в день.	1 А
Витамин			
Витамин	Фолиевая кислота	таблетки 1 мг и 5 мг, внутрь, не менее 5 мг/неделю, 2-3 раза в день	[https://www.nogr.org/jour/article/view/801?locale=ru_RU]

Нестероидные противовоспалительные препараты (ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2) применяют для уменьшения болей в суставах

Они не влияют на предотвращение прогрессирования деструкции суставов. Могут вызвать тяжелые нежелательные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и др. поэтому их применение должно быть ограничено.

Выбор НПВП в большой степени определяется безопасностью в отношении развития нежелательных реакций, чем их эффективностью.

Фолиевая кислота рекомендована не менее 5 мг/неделю, через 24 ч после приема МТ.

Купирование болевого синдрома:

НПВП диклофенак 75 мг в/м или таб по 50 мг 3 раза в день внутрь или кетопрофен 2 мл в/м.

Глюкокортикоиды внутрисуставно- в воспаленный сустав или метилпреднизолон 250мг в/в кап.

4.3. Хирургическое вмешательство:

Только в стационарных условиях.

Показания к хирургическому лечению:

- сдавление нерва вследствие синовита или тендосиновита;
- угрожающий или совершившийся разрыв сухожилия;
- атлантаосевой подвывих, сопровождающийся неврологической симптоматикой;
- деформации, затрудняющие выполнение простейших повседневных действий;
- тяжелые анкилозы или дислокации нижней челюсти;
- наличие бурситов, нарушающих работоспособность больного, а также ревматических узелков, имеющих тенденцию к изъязвлению;
- резистентные к лекарственной терапии синовиты, тендосиновиты или бурситы;
- значительное ограничение движений в суставе;
- тяжелая деформация суставов.

Противопоказания к хирургическому лечению:

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

Виды хирургического лечения

- протезирование суставов;
- лечебная артроскопия, синовэктомия;
- артродез.

Общие рекомендации, касающиеся лечения пациентов с РА в периоперационном периоде

Лечение МТ относительно безопасно, и его следует продолжать в периоперационном периоде. Уровень достоверности доказательств - II, уровень убедительности рекомендация - B

Отмена МТ может вызвать обострение заболевания в послеоперационном периоде и тем самым ухудшить результаты оперативного лечения.

Целесообразно временно прервать лечение МТ у пациентов с тяжелым нарушением функции почек.

Прием ГИБП следует приостановить на время, зависящее от фармакокинетических особенностей лекарственного препарата.

Уровень достоверности доказательств - II, уровень убедительности рекомендации – B

Сроки прекращения лечения основываются на периоде полувыведения препаратов в 3-5 раз больше периода полужизни препарата, индивидуальных особенностей больного, характера операции, и возобновить при отсутствии данных о наличии инфекции и при удовлетворительном заживлении операционной раневой поверхности.

Лечение ГК следует продолжить в прежней дозе.

Уровень достоверности доказательств-II, уровень убедительности рекомендации- B.

Необходимо назначение заместительной терапии в день оперативного вмешательства.

Уровень достоверности доказательств-II, уровень убедительности рекомендации- B

Заместительная терапия: внутривенная инфузии 6-метилпреднизолона 5-30 мг в зависимости от тяжести операции.

4.4. Дальнейшее ведение:

Базируется на трех принципах:

1. комплексность и мультидисциплинарный подход;
2. преемственность на всех этапах;
3. индивидуальный характер построения реабилитационной программы с учетом активности процесса, функционального класса.

Программа реабилитации включает эрготерапию, аэробные, силовые, групповые и индивидуальные занятия ЛФК, физиотерапию (электро, магнито, лазеро, бальнео, пелоидо, криотерапию, акупунктуру, ультразвук), ортезирование, образовательные программы для пациентов и психологическую коррекцию

Рекомендуется ЛФК сначала под руководством инструктора, затем дома с профессиональной поддержкой, которые могут сочетаться с силовыми упражнениями, комплексами для улучшения ловкости и моторики кистей всем пациентам с РА с момента установления диагноза.

Уровень достоверности доказательств - Ia, уровень убедительности рекомендации - B

Рекомендуется назначение эрготерапия (ЭТ) пациентам с РА при функциональных ограничениях.

Уровень достоверности доказательств - Ia, уровень убедительности рекомендации – B

Эквивалентом термина «эрготерапия» в иностранной литературе является понятие «occupational therapy- трудотерапия», включающее рекомендации:

по защите суставов и энергосбережению,

тренировки мелкой моторики кистей, обучение двигательным навыкам, формированию правильного функционального стереотипа, выполнению трудовых операций, использованию вспомогательных устройств, шин и ортезов, работе с бытовыми приборами, дополнительными приспособлениями, облегчающими самообслуживание, выполнение домашнего и профессионального труда.

Больному ревматоидным артритом необходимо обучиться специальным положениям конечности, наиболее выгодным для сохранения функции самообслуживания. Особое внимание нужно обратить на суставы кисти. Необходимо избегать движений с отклонением кистей кнаружи. При развившейся ульнарной девиации кисти или склонности к ней пациенту необходимо создать условия для восстановления правильной оси конечности: – восстановление оси конечности – правило держать кисть «на ребре» или ладонью вниз (без отклонения кисти кнаружи); – сохранение поперечного и продольного свода кисти; – правильное положение кисти в покое – кисть на теннисном мяче, цилиндрической, конусовидной поверхности

Санаторно-курортное лечение показано только больным РА с низкой активностью заболевания и в стадии ремиссии.

Уровень достоверности доказательств - Ia, уровень убедительности рекомендации - B

На территории СНГ наиболее известны следующие курорты с радоновыми водами: Белокуриха, Пятигорск, Хмельник, Цхалтубо. Сероводородные источники характерны для курортов Сочи-Мацеста и Пятигорска. Минеральные воды и грязевые курорты (Саки, Евпатория).

В Узбекистане радоновые источники: Санатории «Узбекистан» (Нагорный, Самаркандская область), «Алтынсай» (Навоинская область). Сероводородные источники в санатории «Чимьён» (Ферганская область), «Джейран-хана» (Сурхандаринская область), минеральный, йодобромистый источник в санатории «М. Топволдиев» (Ферганская область, Риштан), йодобромистый источник в санатории «Чартак» (Наманганская область).

[<https://cyberleninka.ru/article/n/posleoperatsionnaya-reabilitatsiya-bolnyh-revmatoidnym-artritom-obzor-literatury>]

4.5. Индикаторы эффективности лечения:

Индикаторы эффективности лечения:

- Отсутствие поражения новых суставов;
- Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, признаков воспаления;
- Улучшение качества жизни.

5. Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи:

5.1 показания для плановой госпитализации:

- Ранняя и верифицированная диагностика РА/проведение дифференциальной диагностики и подбор терапии
- высокая степень активности, системные проявления РА
- подбор и коррекция дозы БПВП
- решение вопроса о назначении ГИБП
- развитие интеркуррентной инфекции, септического артрита или других тяжёлых осложнений болезни или лекарственной терапии

-обострение РА в первом триместре гестации

5.2 показания для экстренной госпитализации:

-высокая степень активности с выраженным болевым суставным синдромом и выраженными внесуставными проявлениями;

-развитие тяжелой интеркуррентной инфекции у пациентов, получающих ГКС и БМАРП терапию;

-осложнения лекарственной терапии (тяжелые гематологические и геморрагические осложнения, пневмонит, поражение ЖКТ, токсический гепатит);

-атлантаксиальный подвывих, сопровождающийся развитием неврологической симптоматики и миелопатии (в профильное нейрохирургическое отделение), разрыв сухожилия, сдавление нерва (в профильное травматологическое отделение).

6. Тактика лечения на стационарном уровне:

6.1. карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента:

СВ

- боль, артралгии, отечность, утренняя скованность преимущественно в мелких суставах кистей, затруднение сжатия кисти в кулак и боль у основания пальцев стоп при ходьбе, похудание, субфебрилитет.

СВ+Ревматолог

- -ОАК;
- -ОАМ;
- - СРБ, IgM РФ
- -АЦЦП
- -БАК: АСТ и АЛТ, креатинин, глюкоза, профиль липидов
- -Маркеры вирусов гепатита В, С, ВИЧ
- -туберкулиновая проба Манту и/или Диаскин тест

СВ + Ревматолог

- - Обзорная рентгенография кистей и стоп;
- - Ультразвуковое исследование суставов;
- - МРТ суставов.

СВ+Ревматолог

- Диагноз: РА;
- Немедикаментозное амбулаторное лечение;
- Медикаментозное амбулаторное лечение.

Ревматолог + Терапевт

- Стационарное лечение при тяжелом течении заболевания, сильных болях и воспалении в суставах.

Терапевт + Ревматолог + Травматолог + Физиотерапевт

- Стационарное немедикаментозное и медикаментозное лечение назначают по рекомендациям ревматолога, ортопеда-травматолога, физиотерапевта.

Травматолог+Ревматолог+Физиотерапевт+СВ

- Если возникли осложнения в суставах: выполнить хирургическую операцию эндопротезирования в стационарных условиях;
- Послеоперационная реабилитация в стационарных условиях, затем в амбулаторных условиях;
- Профилактика в амбулаторных условиях;
- Диспансеризация в амбулаторных условиях.

[<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761>]

6.2. Немедикаментозное лечение:

Физиотерапевтические рекомендации:

Программа реабилитации включает эрготерапию, аэробные, силовые, групповые и индивидуальные занятия ЛФК, физиотерапию (электро, магнито, лазеро, бальнео, пелоидо, криотерапию, акупунктуру, ультразвук), ортезирование, образовательные программы для пациентов и психологическую коррекцию

6.3. Медикаментозное лечение:

Основное место в лечении РА занимают препараты:

Базисные синтетические противовоспалительные, стандартные препараты

Базисные генно-инженерные биологические препараты

Глюкокортикостероиды

Дополнительные

Базисные противовоспалительные препараты

Синтетические стандартные:

метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, гидроксихлоролин и другие

Ингибиторы янус-киназ – пероральные таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты

Генно-инженерные биологические:

ингибиторы ФНО- α , ГИБП с другим механизмом действия, ингибиторы ИЛ-6

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
противоопухолевое средство, антиметаболит	Метотрексат	таблетки 2,5 мг, 5 мг, 10мг внутрь, 7,5-15мг, 1-2 раза в неделю	1 А
противоопухолевое средство, антиметаболит	Метотрексат	преднаполненные шприцы 7,5 мг- 22,5 мг Подкожно 1 раз в неделю	2 В
иммунодепрессант	Лефлуномид	таблетки 20 мг, внутрь, 10-20 мг, 1 раз в день	1 А
сульфаниламидный препарат	Сульфасалазин	таблетки 500мг, внутрь, 500-1000мг, 2-3 раза в день	1 А
противомалярийный препарат	Гидроксихлорохин	таблетки 200мг, внутрь, 1-2 раза в день	2 В

			[https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25340036]
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Метотрексат -«золотой стандарт» в лечении РА.

Метотрексат должен быть частью первой стратегии лечения.

Уровень доказательности 1a, сила рекомендации А.

Его следует назначать пациентам с РА и недифференцированным артритом при высокой вероятности развития РА.

При отсутствии риска НР (пожилой возраст, нарушение функции почек, печени, гематологические нарушения и др.) лечение МТ следует начинать с дозы 10–15 мг/нед внутрь таблетированная форма или инъекционно п/к форме с увеличением дозы каждые 4–6 нед. до 20–25 мг/нед (до еженедельной 0,3 мг / кг), в зависимости от эффективности и переносимости.

Метотрексат п/к форма рекомендована при недостаточной эффективности или плохой переносимости таблетированной формы и у пациентов с «высокой активностью» РА (DAS28 \geq 5,1).

Уровень достоверности доказательств - II, уровень убедительности рекомендаций - В

Подкожная форма МТ превосходит пероральную по фармакокинетическим параметрам, биодоступности и удобства применения.

На фоне лечения МТ настоятельно рекомендован прием фолиевой кислоты (не менее 5 мг/неделя), которую следует назначать не ранее, чем через 24 ч после приема МТ.

Уровень доказательности А.

Необходимо проводить определение АЛТ/АСТ, креатинина, общего анализа крови в начале лечения, каждые 1–3 месяца и до достижения стабильной дозы МТ, затем - каждые 3 месяца.

Лечение МТ следует прервать при превышении концентрации АЛТ/АСТ в 3 раза и возобновить в более низкой дозе после нормализации лабораторных показателей.

Применение МТ противопоказано у женщин, которые планируют беременность.

Лефлуномид. У пациентов с противопоказаниями к МТ или плохой переносимости следует назначать лефлуномид, как часть (первой) стратегии лечения.

Уровень доказательности 1a, сила рекомендации А.

На фоне лечения ЛЕФ необходимо контролировать общий анализ крови, концентрацию сывороточных трансаминаз, креатинина и артериальное давление

Сульфасалазин рекомендован при противопоказаниях или плохой переносимости МТ. Начальная доза составляет 2 таб в сутки, с постепенным увеличением до 2-3 г/день.

Уровень доказательности 1a, сила рекомендации А.

Гидроксихлорохин рекомендуется только в качестве компонента комбинированной терапии с МТ и в основном для пациентов с легким РА.

Уровень достоверности доказательств – II, сила рекомендации В.

В комбинации БПВП не считаются превосходящими монотерапию МТ, особенно если МТ сочетается с ГК.

Сульфасалазин и гидроксихлорохин можно применять во время беременности

Глюкокортикоиды

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
глюкокортикоид	преднизолон	таблетки 5 мг, внутрь, 0,3–0,5 мг / кг / сутки, по схеме	I A
глюкокортикоид	преднизолон	ампулы, 1мл /30мг, в/в, капельно, 30мг-120мг, 1 раз в день	I A
глюкокортикоид	метилпреднизолон	таблетки 4 мг, внутрь, 0,3–0,5 мг/кг, по схеме	I A
глюкокортикоид	метилпреднизолон	флаконы 250 мг, в/в, капельно, 250 мг, 1 раз в день	I A
глюкокортикоиды-депо форма	Бетаметазон дипропионат/динатрия фосфат	суспензия для инъекций 7мг/мл-1,0мл внутрисуставно до 1,0 мл	I A-B
глюкокортикоиды - депо форма	Триамцинолон ацетонид	суспензия для инъекций 40 мг/мл-1,0мл внутрисуставно до 1,0 мл	I A-B
			[https://mrj.imapress.net/mrj/article/view/547/521?locale=ru_RU]

Так как ГК- обладают быстрым противовоспалительным действием их рекомендовано назначать совместно с БПВП. Эффективность БПВП проявляется через 4-6 недель от начала лечения. Дозу ГК следует снижать быстро (в течение примерно 3 месяцев), насколько это клинически возможно.

Уровень доказательности Ia, сила рекомендации A

Прием ГКС сопровождается развитием НЛР: остеопороз, резистентность к инсулину, инфекционные осложнения и кардиоваскулярные катастрофы. Эти явления могут быть следствием неконтролируемого "ревматоидного" воспаления. Пациенты с развитием НЛР должны быть направлены на консультацию и лечение к специалисту соответствующего профиля.

У всех пациентов с РА, принимающих ГК в дозе >5 мг/сут. более 3-х месяцев, следует назначать препараты кальция и витамин D как профилактика глюкокортикоидного остеопороза.

Уровень достоверности доказательств - IV, сила рекомендации D.

Базисные генно-инженерные биологические препараты

Ингибиторы фактора некроза опухоли- α (иммуносупрессанты)

ГИБП с другим механизмом действия: РТМ (анти В-клеточные моноклональные антитела)

Ингибитор интерлейкина-6 (моноклональное антитело к рецепторам интерлейкину 6)

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
ГИБП, ингибитор ФНО- α	Этанерцепт	шприц-ручка 25мг и 50мг, подкожно, 25 мг 2 раза в неделю или 50 мг 1 раз в неделю	Ia, A
	Адалимумаб	шприц-ручка 40 мг п/к 1 раз в 2 недели	1 A-B
	Голимумаб*	50-100 мг п/к, 1 раз в месяц	1 A-B
	Инфликсимаб*	5 мг/кг в/в, 0,2,6 недели, затем каждые 6 недель	1 A-B
	Цертолизумаб*	200мг каждые 2 недели	1 A-B
ГИБП, противоопухолевое средство из группы моноклональных антител	Ритуксимаб	флаконы 500мг/50 мл концентрат для приготовления раствора для инъекций, в/в капельно, 1000 (500) мг, 1-ый и 15-ый день терапии, повторное введение возможно через 6 мес	Ia, A
Ингибиторы костимуляции Т-клеток	Абатацепт* 125 мг подкожно еженедельно или внутривенно инфузия разовая доза для взрослых составляет 0.5-1 г.	еженедельно или внутривенно инфузия 0, 2, 4 недели, а затем каждые 4 недели.	Ia, A
ГИБП, Ингибитор интерлейкина 6	Тоцилизумаб	флакон 80 мг/4 мл, 200мг/10мл концентрат для приготовления раствора для инфузий, в/в капельно в течение как минимум 1 час, 4 или 8 мг/кг, 1 раз в 4 недели	Ia, A
		шприц-тюбик 162мг/0,9 мл раствор для подкожного введения,	Ia, A

		подкожно, 162мг/0,9 мл, 1 раз в недели	
(тсБПВП)	Тофацитиниб*	Таблетки 5 мг 2 раза в сут	Ia, A
	Барицитиниб	Таблетки 4 мг 1 раза в сут	Ia, A
	Упатацитиниб*	Таблетки 15 мг 1 раза в сут	Ia, A
			[https://webmed.i rkutsk.ru/doc/pdf /kr250.pdf]

****Включение в клинический протокол лекарственных средств, не зарегистрированных в Республике Узбекистан, не является основанием для возмещения затрат в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.***

Для решения вопроса о необходимости проведения ГИБП пациент направляется на экспертную комиссию.

ГИБП добавляют если цель лечения не достигается с помощью синтетических БПВП и когда имеются неблагоприятные прогностические факторы (высокая активность заболевания, наличие эрозий и АЦЦП в высоких титрах)

Уровень доказательности Ia, сила рекомендации A (D).

ГИБП должны комбинироваться с синтетическими БПВП.

Уровень доказательности Ia, сила рекомендации A.

При противопоказаниях и плохой переносимости МТ (включая подкожную форму препарата) и других БПВП, возможно проведение монотерапии ГИБП, препаратом выбора является ингибиторы интерлейкина-6, которые имеют преимущества по сравнению с другими препаратами.

Уровень доказательности Ia, сила рекомендации A.

Если ГИБП потерпели неудачу, следует рассмотреть возможность лечения другим ГИБП

Уровень доказательности Ia, сила рекомендации A

Первое инфузионное внутривенное введение ГИБП должно проводиться исключительно в специализированных ревматологических стационарах.

Препараты, вводимые шприц-ручкой (смартджектом), предполагают самостоятельное введение пациентом, под контролем лечащего врача.

Ингибиторы фактора некроза опухоли α (иммунодепрессивное средство) предпочтительнее назначать пациентам с серонегативным РА по РФ/АЦЦП (или умеренным увеличением уровня антител) и имеющим сопутствующие заболевания (или внесуставные проявления), включая псориаз, воспалительные заболевания кишечника, которые являются зарегистрированными показаниями к назначению этих препаратов.

Не рекомендуется назначать ингибиторы ФНО- α пациентам с РА при аутоиммунных нарушениях, злокачественных новообразованиях, риске реактивации латентной туберкулезной инфекции, демиелинизирующих заболеваний ЦНС

Этанерцепт предпочтительнее назначать пациентам, имеющим риск активации туберкулезной инфекции, женщинам, планирующим беременность, бессимптомным носителям вируса гепатита С. Этанерцепт может вызвать развитие увеита.

Если терапия ингибитором ФНО- α не удалась, пациенты могут получить ГИБП с другим механизмом действия (РТМ, ТЦЗ) или второй ингибитор ФНО- α или ТОФА.

Уровень доказательности 1a, сила рекомендации A.

ГИБП с другим механизмом действия.

Ритуксимаб предпочтительнее назначать пациентам, имеющим клинические и серологические признаки волчаночно-подобного синдрома (артрит, плеврит или перикардит, кожная сыпь, увеличение титров АНФ), синдром Фелти и Шегрена и сердечную недостаточность III-IV функционального класса по NYHA.

Ритуксимаб в качестве первого ГИБП, высокоэффективен при РФ/АЦЦП-положительном варианте, криоглобулинемическом васкулите (связанным с носительством вируса гепатита С), в анамнезе злокачественные новообразования, риск реактивации латентной туберкулезной инфекции (противопоказания к туберкулостатической терапии), демиелинизирующие заболевания ЦНС (рассеянный склероз)

На фоне лечения ритуксимабом необходимо динамическое определение концентрации IgG в сыворотке, особенно при низком базальном уровне и у лиц пожилого возраста (старше 60 лет).

Первое введение препарата, диктует необходимость премедикации ГК (100 мг 6-метилпреднизолона внутривенно за 30-60 мин до инфузии ритуксимаба, парацетамол (1 г) и антигистаминные препараты (хлорфенамина 10мг внутривенно)

Ингибитор интерлейкина-6

Тоцилизумаб при назначении в качестве «первого» ГИБП следует принимать во внимание следующие факторы: выраженные конституциональные проявления РА (длительная утренняя скованность, слабость, похудание, бессонница, лихорадка, боли во многих суставах), лабораторные изменения (увеличение концентрации С-реактивного белка >100 мг/л, гиперферритинемия, тяжелая анемия), хронические воспалительные заболевания, амилоидоз.

Может применяться как монотерапия, так и в комбинации с МТ и/или БПВП.

Монотерапия тоцилизумабом превосходит по эффективности монотерапию ингибиторами ФНО- α и потенциально показана пациентам, имеющим противопоказания или плохую переносимость МТ. Эффективен при болезни Стилла взрослых.

Ингибиторы янус-киназ – пероральные таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты.

При наличии противопоказания для назначения и плохой переносимости МТ и других сБПВП (СУЛЬФ, ЛЕФ, ГХ) рекомендовано проведение монотерапии ГИБП, или тсБПВП (селективные иммунодепрессанты: Барицитиниб, Тофацитиниб*), но при этом необходимо учитывать соответствующие факторы риска. Барицитиниб 4 мг 1 таб 1 раз в день, тофацитиниб* 5 мг 1 таб 2 раза в день. При назначении ингибитора JAK 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 (наличие в анамнезе злокачественных новообразований в настоящее время или в прошлом, за исключением

успешно пролеченного немеланомного рака кожи), факторы риска тромбозов (инфаркт миокарда или сердечная недостаточность в анамнезе, рак, наследственные нарушения свертываемости крови или тромбы в анамнезе, а также пациенты, принимающие комбинированные гормональные контрацептивы или заместительную гормональную терапию, перенесшие серьезную операцию или находящиеся в неподвижном состоянии).

Тактика лечения после достижения ремиссии

При стойке ремиссии после снижения дозы или отмены ГКС, можно рассмотреть возможность снижения дозы или увеличение интервала ГИБП, особенно если это лечение сочетается с БПВП.

Уровень доказательности 1b, сила рекомендации А.

Сначала следует снизить или отменить ГИБП, а затем БПВП.

Уровень доказательности 1b, сила рекомендации А.

При развитии обострения заболевания на фоне уменьшения дозы (или отмены) ГИБП можно повторное назначение тех же препаратов (или других ГИБП) в стандартной дозе

Если у пациента постоянная ремиссия, можно рассмотреть возможность снижения дозы БПВП.

Уровень доказательности 2b, сила рекомендации В.

Не рекомендуется отмена БПВП в стадии ремиссии так как это часто приводит к обострению заболевания

Таблица-2

Перечень дополнительных лекарственных средств (имеющих 50% вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Нестероидные противовоспалительные препараты Неселективные ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2			
ненаркотический анальгетик из группы анилидов	Ацетаминофен (парацетамол)	таблетки 500мг- внутрь-2-3 раза в день.	1 А
производные фенилуксусной кислоты	Диклофенак	таблетки 25мг, 50 мг-внутри-2-3 раза в день; таблетки, капсулы 100 мг-внутри-1 раз в день; ампулы 3мл 25мг/мл-в/м-1-2 раза в день.	1 А
НПВС	Ацеклофенак	таблетки 100 мг-внутри-2 раза в день.	1 А
НПВС	Индометацин	таблетки 25мг-внутри-2-3 раза в день.	1 А

производные акрилуksусной кислоты	Кеторолак	таблетки 10мг-внутри-1-4 раза в день; ампулы 30мг/мл-в/в, в/м-1-3 раза в день.	1 А
НПВС	Ибупрофен	таблетки 200 мг-внутри-3-4 раза в день; таблетки 400 мг-внутри-2-3 раза в сут. таблетки 800 мг-2 таб внутри-1 раза в сут	1 А
НПВС	Напроксен	таблетки 250мг, 500мг-внутри-2 раза в сут; таблетки 275мг, 550мг-внутри-1-2 раза в день.	1 А
НПВС	Кетопрофен	капсулы 50 мг-внутри-3-4 раза в день; таблетки 100мг-внутри-1-2 раза в день; таблетки и капсулы 150мг-внутри-1 раз в день; ампулы 2 мл 50мг/мл-в/м, в/в-1-2 раза в день.	1 А
НПВС	Декскетопрофен	таблетки 12,5 мг, 25мг, пакетики 25 мг, гранулы для приготовления раствора внутри-внутри-1-3 раза в день; ампулы 2 мл 25мг/мл-в/м или в/в-1-2 раза в день.	1 А
НПВС	Теноксикам	таблетки 20мг-внутри-1 раз в день; флаконы 20мг лиофилизированный порошок и растворитель-в/м, в/в-1 раз в день.	1 А
НПВС	Лорноксикам	таблетки 4мг-внутри-2-3 раза в день; таблетка 8мг-внутри-1-2 раза в день; флаконы 8 мг. лиофилизат для приготовления раствора для в/в и в/м введения-в/в, в/м-1-2 раза	1 А

		в день.	
НПВС	Пироксикам	капсулы, таблетки 10мг, 20мг- внутри-1 раз в день; ампулы 20мг/мл-1 раз в день	1 А
Селективные ингибиторы ЦОГ-2			
НПВС	Мелоксикам	таблетки 7,5–15мг-внутри-2 раза в день; ампулы 15мг/1,5мл-в/м-1 раз в день.	1 А
НПВС	Нимесулид	таблетки 100мг, гранулы д/пригот. сусп. д/приема внутри 100 мг/2 г-внутри-2 раза в день.	1 А
НПВС	Этодолак	таблетки 400мг, 600 мг-внутри-2 раза в день.	1 А
Высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2			
НПВС	Целекоксиб	Капсулы 200 мг 2 раза в день внутри	1 А
НПВС	Эторикоксиб	таблетки 60мг, 90мг, 120мг- внутри-1 раз в день.	1 А
Витамин			
Витамин	Фолиевая кислота	таблетки 1 мг и 5 мг, внутри, не менее 5 мг/неделю, 2-3 раза в день	
			[https://www.nogr.org/jour/article/view/801?locale=ru_RU]

Нестероидные противовоспалительные препараты (ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2) применяют для уменьшения болей в суставах

Они не влияют на предотвращение прогрессирования деструкции суставов. Могут вызвать тяжелые нежелательные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и др. поэтому их применение должно быть ограничено.

Выбор НПВП в большой степени определяется безопасностью в отношении развития нежелательных реакций, чем их эффективностью.

Фолиевая кислота рекомендована не менее 5 мг/неделю, через 24 ч после приема МТ.

Купирование болевого синдрома:

НПВП диклофенак 75 мг в/м или таб по 50 мг 3 раза в день внутри или кетопрофен 2 мл в/м.

Глюкокортикоиды внутрисуставно- в воспаленный сустав или метилпреднизолон 250мг в/в кап.

6.4. Хирургическое вмешательство:

Показание к операции: показаны при III-IV R-стадиях заболевания сопровождающихся выраженным болевым синдромом, не поддающимся консервативной терапии. 1А

1 А	Эндопротезирование суставов рекомендовано пациентам РА тазобедренных и коленных суставов с выраженными болями, не поддающимися консервативному лечению, при наличии серьёзного нарушения функций сустава (до развития значительных деформаций, нестабильности сустава, контрактур и мышечной атрофии).
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Продолжительность эффекта составляет около 10 лет, частота инфекционных осложнений и повторных операций - 0,2-2,0%. Наилучшие результаты эндопротезирования суставов отмечены у больных в возрасте 45-75 лет с массой тела менее 70 кг.

Противопоказания к операции:

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

[https://www.actabiomedica.ru/jour/article/view/2207?locale=ru_RU]

6.5. Дальнейшее ведение:

Рекомендовано обучать больных:

- правильным стереотипам повседневных движений, снижающих нагрузку на суставы;
- ежедневной лечебной гимнастике;
- правилам ношения индивидуальных ортопедических приспособлений;
- выбору удобной обуви;
- нормализации массы тела.

Амбулаторное наблюдение и лечение у СВ, ревматолога, физиотерапевта и ортопеда-травматолога. Длительность наблюдения индивидуально назначают вышеуказанные специалисты.

[<https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr250.pdf>]

6.6. Индикаторы эффективности лечения:

- Отсутствие поражения новых суставов;
- Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, признаков воспаления;
- Улучшение качества жизни.

7. Организационные аспекты протокола:

7.1. информация об отсутствии конфликта интересов: конфликта интересов – нет;

7.2. данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран): Заведующая отделением кардиоревматологии Республиканского специализированного научно-практического центра педиатрии РУЗ, специальный консультант детской ревматологии МЗ РУЗ к.м.н. Ф.Б.Сабирова;

7.3. указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности;

7.4. список использованной литературы:

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ»**

Ташкент – 2025

2. Основная часть.

2.1. Введение:

Актуальность проблемы ревматоидного артрита в том что наибольшая заболеваемость соответствует возрастной группе 40-55 лет. Ревматоидный артрит приводит к стойкой инвалидизации половины больных в течение первых 3-5 лет от начала заболевания. Из-за высокой заболеваемости сердечно-сосудистой патологией, тяжелыми инфекциями, онкологическими заболеваниями и специфичными для заболевания осложнениями продолжительность жизни больных значительно сокращается. Через 20 лет от начала заболевания 60-90% больных теряют трудоспособность, а 1/3 становятся инвалидами.

В связи с этим, разработка новых методов диагностики, лечения и профилактики остеоартроза имеет большое значение для улучшения здоровья пациентов и снижения социально-экономической нагрузки на системы здравоохранения.

[\[https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402775973/\]](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402775973/)

2.2. Определение:

Ревматоидный артрит – иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов, приводящее к ранней инвалидности и сокращению продолжительности жизни пациентов. Этиология болезни многофакторная, развитие которой обусловлено взаимодействием генетических и средовых факторов.

[\[https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761\]](https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761)

При отсутствии эффективной терапии продолжительность жизни у больных РА ниже на 3 года у женщин и на 7 лет у мужчин, в первую очередь за счет высокого риска развития коморбидных заболеваний - кардиоваскулярной патологии, остеопороза, тяжелых инфекций, интерстициального заболевания легких, онкологических заболеваний. У многих пациентов с РА жизненный прогноз столь же неблагоприятен, как и при лимфогранулематозе, сахарном диабете 2-го типа, трехсосудистом поражении коронарных артерий и инсульте. РА вызывает стойкую потерю нетрудоспособности у половины пациентов в течение первых 3-5 лет от начала болезни, а через 20 лет треть пациентов становятся полными инвалидами.

[\[https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr250.pdf\]](https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr250.pdf)

2.3. Клиническая классификация РА:

(принята на заседании Пленума правления Общероссийской общественной организации «Ассоциации ревматологов России», 2007 г.):

I. Основной диагноз:

Ревматоидный артрит серопозитивный (M05.8);

Ревматоидный артрит серонегативный (M06.0);

Особые клинические формы ревматоидного артрита:

Синдром Фелти (M05.0);

Болезнь Стилла у взрослых (M06.1).

Ревматоидный артрит вероятный (M05.9, M06.4, M06.9).

Серопозитивность и серонегативность РА определяются в зависимости от обнаружения ревматоидного фактора и/или антител к циклическим цитруллинированным белкам (АЦБ), для определения которых необходимо использовать стандартизованные лабораторные методы

II. Клиническая стадия:

Очень ранняя стадия: длительность болезни менее 6 мес.;

Ранняя стадия: длительность болезни 6 мес - 1 год;

Развернутая стадия: длительность болезни более 1 года при наличии типичной симптоматики;

Поздняя стадия: длительность болезни 2 года и более + выраженная деструкция мелких (III—IV рентгенологическая стадия) и крупных суставов, наличие осложнений.

III. Степень активности болезни:

0 - ремиссия (DAS28 < 2,6, СОЭ и СРБ – норма)

I - низкая (2,6 < DAS28 < 3,2, СОЭ и СРБ до 20)

II - средняя (DAS28 = 3,2-5,1, СОЭ и СРБ 20-40)

III - высокая (DAS28 > 5,1, СОЭ и СРБ > 40)

В качестве базового метода оценки активности рекомендуется применять индекс DAS28.

Формула для вычисления DAS28:

$$DAS28 = 0,56\sqrt{ЧБС} + 0,28\sqrt{ЧПС} + 0,70\ln COЭ + 0,014 OOCЗ$$

где ЧБС – число болезненных суставов, ЧПС – число припухших суставов из следующих 28: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястнофаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные,

СОЭ – скорость оседания эритроцитов по методу Вестергерена,

OOCЗ – общая оценка больным состояния здоровья в мм по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале

Допустимо использование других методов подсчета активности, для которых доказана хорошая сопоставимость с DAS28

IV. Внесуставные (системные) проявления:

Ревматоидные узелки;

Ревматоидный васкулит (язвенно-некротический васкулит, инфаркты ногтевого ложа, дигитальный артериит, ливедо-ангиит);

Нейропатии (мононеврит, полинейропатия);

Плеврит (сухой, выпотной), перикардит (сухой, выпотной);

Синдром Шегрена;

Поражение глаз (склерит, эписклерит, васкулит сетчатки);

Интерстициальное заболевание легких

V. Инструментальная характеристика:

Наличие или отсутствие эрозий (данные рентгенографии, МРТ, УЗИ):
неэрозивный;

эрозивный

Рентгенологическая стадия (по Штейнбрökerу, модификация):

I - околосуставной остеопороз;

II - околосуставной остеопороз + сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии;

III - признаки предыдущей стадии + множественные эрозии+ подвывихи в суставах;

IV - признаки предыдущих стадий + костный анкилоз.

VI. Дополнительная иммунологическая характеристика - антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП):

АЦЦП - позитивный

АЦЦП – негативный

VII. Функциональный класс:

I класс - полностью сохранены возможности самообслуживания, занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью.

II класс - сохранены возможности самообслуживания, занятием непрофессиональной деятельностью, ограничены возможности занятием профессиональной деятельностью.

III класс - сохранены возможности самообслуживания, ограничены возможности занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью.

IV класс – ограничены возможности самообслуживания, занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью.

Самообслуживание: одевание, принятие пищи, уход за собой и т.д.

Непрофессиональная деятельность: элементы отдыха, досуга, занятия спортом и др. с учетом пола и возраста

Профессиональная деятельность: работа, учеба, ведение домашнего хозяйства (для домработников) с учетом пола и возраста.

VIII. Осложнения:

Вторичный амилоидоз.

Вторичный остеоартроз

Генерализованный остеопороз

Остеонекроз

Туннельные синдромы (синдром карпального канала, синдромы сдавления локтевого, большеберцового нервов).

Подвывих в атлантоаксиальном суставе, в т.ч. с миелопатией, нестабильность шейного отдела позвоночника

Атеросклеротическое поражение сосудов

В диагнозе необходимо отразить

Основной диагноз

Серопозитивность, серонегативность

Клиническую стадию

Активность болезни

Внесуставные (системные) проявления,

Инструментальную характеристику,

Наличие АЦЦП,

Функциональный класс

Осложнения.

[https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/clinical/2021/%D0%A0%D0%9D%D0%9C%D0%9E%D0%A2_%D0%9C%D0%B0%D0%B7%D1%83%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%93%D0%B0%D0%B9%D0%B4%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%98%D0%97_%D0%A0%D0%90_%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.pdf]

3. Методы, подходы, процедуры диагностики и лечения:

3.1. цель проведения процедуры или вмешательства:

Современная стратегия лечения РА строится по принципам «Лечения до достижения цели» (“Treat to target”).

Целью лечения является достижение ремиссии (или низкой активности) болезни, стабилизация функциональных возможностей, сохранение качества жизни и трудоспособности, снижение риска коморбидных заболеваний

Общие принципы.

Лечение пациентов должно проводиться врачами ревматологами

Лечение основывается на тесном взаимодействии врача и пациента (должно быть согласовано между пациентом и ревматологом)

Лечение БПВП должно начинаться как можно раньше, в рамках так называемого “окна возможности” (window of opportunity) – в течение первых 3-х месяцев от момента развития первых симптомов РА.

Лечение основывается на: степени активности, наличие сопутствующих заболеваний, быстроту прогрессирования структурного повреждения суставов и безопасности терапии

Лечение должно быть направлено на достижение длительной ремиссии или низкой активности заболевания (Уровень доказательности 1a, сила рекомендации А)

Эффективность терапии следует оценивать каждые 1-3 мес, при неэффективности терапию следует скорректировать через 6 месяцев (уровень доказательности 2b, сила рекомендации В.)

Лечение РА рекомендовано проводить на протяжении всей жизни пациента.

Медикаментозное лечение может сопровождаться развитием НЛР

Рекомендуется внутрисуставное введение глюкокортикоидов по соответствующим строгим показаниям. *Внутрисуставное введение глюкокортикоидов оказывает сильный противовоспалительный эффект, однако сопряжено с высоким риском развития вторичного остеонекроза и с усугублением дегенерации суставного хряща. Поэтому их применение возможно в ситуациях, когда не удаётся купировать синовит адекватными дозами НПВП, но не чаще 1 раза в 3 месяца. Курсовое применение глюкокортикоидов при гонартрозе не рекомендуется. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).*

3.2. противопоказания к процедуре или вмешательству:

Факторами риска развития нежелательных явлений при указанной процедуре являются: наличие активной инфекции в области КС; воспалительный процесс в месте взятия жировой ткани; заболевания кроветворной системы у пациента; период беременности и грудного вскармливания.

3.3. показания к процедуре или вмешательству:

- диагностированный синовит сустава;
- болевого синдром в суставе;
- восстановление после операций на суставах и связках;
- заболевании с разрушением суставов и связок.

3.4. требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство:

Внутрисуставную инъекцию проводит ортопед-травматолог или ревматолог.

3.5. перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:

Выполнение внутрисуставной инъекции требует специальных навыков, хороших знаний клинической анатомии и физиологии скелетно-мышечной системы, а также скрупулезного соблюдения правил асептики и антисептики. В соответствии с современными требованиями все манипуляции необходимо проводить в малой операционной или выделенном процедурном кабинете, при этом очень часто требуются ультразвуковые или рентгенологические методы визуализации для инструментальной навигации положения иглы.

3.6. требования к проведению процедуры или вмешательства:

Лекарственное средство (международное непатентованное название)	Фармакологическая группа	Форма выпуска	Способ введения	Разовая доза	Кратность применения
Бетаметазон дипропионат /динатрия фосфат	глюкокортикоиды- депо форма	суспензия для инъекций 7мг/мл-1,0мл	внутрисуставно	до 1,0 мл	по схеме
Триамцинолон ацетонид	глюкокортикоиды -депо форма	суспензия для инъекций 40 мг/мл-1,0мл	внутрисуставно	до 1,0 мл	по схеме

Глюкокортикоиды для инъекций-депо форма назначают пациентам РА коленных и тазобедренных суставов с синовитом или для купирования сильной боли. Не более 1-2 инъекции в год в один и тот же сустав.

1 А	Для инъекций глюкокортикоидов в тазобедренные суставы необходимо ультразвуковое наблюдение. в/с инъекции.
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

1 А	ГК не рекомендованы при РА суставов кистей, однако допустимо их введение в межфаланговые суставы при наличии синовита
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.7. требования к подготовке пациента:

Специальных требований для подготовки пациентов к процедуре не имеются.

Первый этап **внутрисуставных инъекций** – обработка антисептиками. Далее врач проводит местную анестезию кожи, подкожного слоя и периартикулярных тканей. Затем следует сама пункция (прокол). Ближайшие анатомические ориентиры помогают выбрать правильное направление иглы. Попадание в суставную полость распознается по характерному ощущению провала. Можно проводить процедуру под контролем рентгеноскопии. Это позволяет избежать ошибок, и не причинять дополнительных неудобств пациенту. После введения препарата сустав вновь обрабатывается антисептиком, и на него накладывают повязку.

3.8. индикаторы эффективности процедуры или вмешательства:

-уменьшение болевого синдрома и воспаления в суставе.

4. Организационные аспекты протокола:

4.1. *информация об отсутствии конфликта интересов:* конфликта интересов – нет;

4.2. *данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран):* Заведующая отделением кардиоревматологии Республиканского специализированного научно-практического центра педиатрии РУЗ, специальный консультант детской ревматологии МЗ РУЗ к.м.н. Ф.Б.Сабирова;

4.3. *указание условий пересмотра протокола:* пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности;

4.4. *список использованной литературы:*

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ
ПО НОЗОЛОГИИ «РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ»**

Ташкент – 2025

2. Основная часть.

2.1. Введение:

Актуальность проблемы ревматоидного артрита в том что наибольшая заболеваемость соответствует возрастной группе 40-55 лет. Ревматоидный артрит приводит к стойкой инвалидизации половины больных в течение первых 3-5 лет от начала заболевания. Из-за высокой заболеваемости сердечно-сосудистой патологией, тяжелыми инфекциями, онкологическими заболеваниями и специфичными для заболевания осложнениями продолжительность жизни больных значительно сокращается. Через 20 лет от начала заболевания 60-90% больных теряют трудоспособность, а 1/3 становятся инвалидами.

В связи с этим, разработка новых методов диагностики, лечения и профилактики остеоартроза имеет большое значение для улучшения здоровья пациентов и снижения социально-экономической нагрузки на системы здравоохранения.

[<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402775973/>]

2.2. Определение – профилактики или реабилитации:

Профилактика это комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска. Профилактическое здравоохранение (профилактическая медицина или профилактика) подразумевает под собой комплекс мер, направленных на предотвращение развития заболеваний, в отличие от их лечения болезней. Подобно тому, как здоровье охватывает различные физические и психические состояния, так и на болезнь и нетрудоспособность влияют факторы окружающей среды, генетическая предрасположенность, возбудители заболеваний и образ жизни. Профилактика заболеваний базируется на мероприятиях, которые могут быть классифицированы как первичные, вторичные и третичные меры профилактики.

[<https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-revmatoidnogo-artrita/viewer>]

Реабилитация определяется как «комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей человека и снижение уровня инвалидности у лиц с нарушениями здоровья с учетом условий их проживания».

[<https://cyberleninka.ru/article/n/posleoperatsionnaya-reabilitatsiya-bolnyh-revmatoidnym-artritom-obzor-literatury>]

2.3. Виды профилактики или реабилитации:

В зависимости от состояния здоровья или выраженной патологии рассматривают три вида профилактики:

- первичная;
- вторичная;
- третичная.

Первичная профилактика включает вакцинацию, рациональный режим труда и отдыха, регулярное сбалансированное питание, физическую активность.

Вторичная профилактика включает устранение факторов риска, которые при определённых условиях вызывает рецидив заболевания.

Третичная профилактика рассматривается как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизни.

Этапы реабилитации:

Этап 1. Лечебно-реабилитационный. Он осуществляется в остром периоде заболевания или травмы.

Этап 2. Ранняя стационарная медицинская реабилитация. Осуществляется в остром и раннем восстановительном периоде заболевания или травмы в стационарных отделениях ранней медреабилитации.

Этап 3. Амбулаторный. Осуществляется в реабилитационных, а при их отсутствии — в профильных отделениях амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения.

[<https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-revmatoidnogo-artrita/viewer>]

2.4. принципы проведения общественных профилактических мероприятий и индивидуальной профилактики:

Помимо первичной, вторичной и третичной профилактики, выделяют также индивидуальную и общественную профилактику болезней.

Индивидуальная профилактика - включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек, и практически сводится к соблюдению норм здорового образа жизни, к личной гигиене, рациональному питанию и рациональному режиму труда и отдыха, активному занятию физической культурой.

[<https://cyberleninka.ru/article/n/profilakticheskaya-meditsina-osnova-sohraneniya-zdorovya-naseleniya>]

Общественная профилактика – это социальные, воспитательные, санитарно-гигиенические, противоэпидемические и лечебных мероприятия, планомерно проводимые государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения.

[<https://szgmu.ru/upload/files/2021/%D0%BA%D0%B0%D1%84%D0%B5%D0%B4%D1%80%D1%8B/%D0%A1%D0%B1%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%BD%D0%B0%D1%83%D1%87%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%BE%D0%B2.pdf>]

3.1. Методы и процедуры профилактики:

1) цель профилактики (указываются цели профилактики): Это устранение модифицируемых факторов риска (лишний вес, слабость мышц) и лечить пародонтит.

2) первичная профилактика – воздействие на факторы риска РА – здоовый образ жизни, умеренная физическая культура, рациональное питание и исключение потенциальных травм или постоянной микротравматизации суставов (Проводится СВ в СП).

3) скрининг - не существует.

4) вторичная профилактика - Обучение пациентов с РА, снижение массы тела, физические упражнения, ортопедические рекомендации (*Проводится СВ в СП, ревматологом в МПЦП*).

5) третичная профилактика – Реабилитация осложнений больных РА (*Проводится СВ в СП, ревматологом в МПЦП и в стационарных условиях и реабилитационных центрах*);
[<https://rheumo.ru/methods/profilaktika/147-profilaktika-revmaticheskix-zabolevanij.html>]

3.2. Методы и процедуры реабилитации:

Базируется на трех принципах:

1. комплексность и мультидисциплинарный подход;
2. преемственность на всех этапах;
3. индивидуальный характер построения реабилитационной программы с учетом активности процесса, функционального класса.

- *Целью реабилитации* больных как после органосохраняющих оперативных вмешательств, так и после эндопротезирования коленного сустава является полноценное функциональное, социально-бытовое и профессиональное восстановление. Реабилитация включает в себя медицинскую реабилитацию, или восстановительное лечение, социальную реабилитацию, направленную на социально-бытовую адаптацию, и профессиональную реабилитацию, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования и профессионально-производственной адаптации.

Реабилитация больных основана на общеизвестных принципах: раннее начало на фоне достижения у пациента адекватного уровня анальгезии за счёт мультимодального использования как различных фармакологических средств, так и немедикаментозных методов, непрерывность, последовательность, комплексность, а также индивидуальный подход в проведении лечебных мероприятий.

- полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных функций пораженного органа или системы: частичное восстановление нарушенных функций суставов.

- поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса: немедикаментозное и медикаментозное поддержание функций суставов.

- предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций поврежденных органов или систем организма: своевременная ранняя диагностика, немедикаментозное и медикаментозное лечение.

- предупреждение и снижение степени возможной инвалидности: своевременная ранняя диагностика, немедикаментозное и медикаментозное лечение.

- улучшение качества жизни: современные методы реабилитации пациентов.

- сохранение работоспособности пациента: современные методы реабилитации пациентов.

- социальная интеграция пациента в общество: современные методы реабилитации пациентов.

5. Критерии проведения профилактики:

Для первичной профилактики развития РА пациентам рекомендуется избегать факторов, вызывающих обострение заболевания (интеркуррентные инфекции, стресс и

др.), отказаться от курения и ограничить употребление алкоголя, поддерживать нормальную массу тела, соблюдать гигиену полости рта и здоровый образ жизни.

Вторичная профилактика должна быть основана на купировании воспалительной активности, вызывающей развитие РА и коморбидной патологии.

6. Этапы и объемы реабилитации:

Реабилитационные мероприятия рекомендовано начинать в стационаре сразу после оперативного вмешательства и продолжать его на всём протяжении всей госпитализации (первый этап реабилитации). После выписки из стационара при необходимости продолжать восстановительное лечение (если есть возможность) в реабилитационных отделениях (второй этап реабилитации), а заканчивать – в условиях отделений медицинской реабилитации дневного стационара, санатория, амбулаторно-поликлинической медицинской организации или на дому (третий этап реабилитации).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Весь курс послеоперационного восстановительного лечения состоит из 2 периодов (ранний и поздний послеоперационные периоды), которые подразделяют на 5 двигательных режимов: 1) щадящий с 1-2 до 5-7 дня (острое послеоперационное реактивное воспаление), 2) тонизирующий с 5-7 до 15 дня (заживление послеоперационной раны), 3) ранний восстановительный с 15 дня до 6-8 недель (преобладание процессов резорбции разрушенных костных структур), 4) поздний восстановительный с 6-8 до 10 недель (преобладание процессов регенерации костной ткани), 5) адаптационный с 10-12 недель до 12 месяцев (ремоделирование костной ткани).

Медицинскую реабилитацию больных, особенно пожилого и старческого возраста, рекомендовано начинать в предоперационном периоде для ранней активизации в послеоперационном периоде.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Предоперационный период: электромиостимуляция (ЭМС) ягодичных мышц, мышц обеих бедер, голеней; массаж обеих нижних конечностей; ЛФК (изометрические упражнения).

Ранний послеоперационный период: упражнения для грудного и диафрагмального дыхания; ФТЛ (воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ) или УФО на рану, ЭМС на здоровой ноге №5, после снятия швов - на оперированную, массаж с 2-3 недели после операции); ЛФК с 1-2 дня (изометрические движения, движения в суставах верхних конечностей и здоровой ноги), с 1 дня под руководством инструктора ЛФК больного обучают присаживаться в кровати с помощью рук и надкроватной рамы; вставать и ходить без нагрузки на оперированную конечность с дополнительной опорой на костыли разрешается через несколько часов после операции. После удаления дренажей рекомендуют ходьбу с дополнительной опорой на костыли и дозированной нагрузкой на оперированную конечность.

Поздний послеоперационный период (с 3 недели): Разрешается частичная нагрузка на ногу (ходьба по лестнице при помощи костылей), использование трости в течение 3-4 недель; ЛФК; ФТЛ (электрофорез обезболивающих средств).

Рекомендовано полную нагрузку больным разрешать, в среднем, через 1,5-3 месяца после корригирующих околосуставных остеотомий бедренной или большеберцовой

костей и через 1-3 месяца после операции эндопротезирования, в зависимости от степени поражения сустава, методики и особенностей хирургического вмешательства. Основу лечебных мероприятий этого периода восстановительного лечения составляют ЛФК (в том числе в бассейне), занятия на тренажёрах и бальнеотерапевтические процедуры, которые рекомендовано проводить в специализированных центрах или санаторно-курортных учреждениях.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендовано применение физиотерапевтического лечения в рамках реабилитации в послеоперационном периоде при отсутствии противопоказаний определенной категории пациентов.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Задачи физиотерапии в раннем периоде - воздействие физическими факторами с целью получения анальгетического, противовоспалительного, противоотечного, репаративно-регенераторного эффектов в заинтересованных тканях оперированной конечности. С этой целью при клинической необходимости можно использовать широкий арсенал современных методов физиотерапии, с учётом факторов коморбидности пациента..

[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1 <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

7. Диагностические мероприятия с указанием уровня медицинской профилактики или реабилитации:

Лабораторная диагностика:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- СРБ, ревматоидный факторов (IgM РФ)
- АЦЦП
- БАК: АСТ и АЛТ, креатинин, глюкоза
- Маркеры вирусов гепатита В, С, ВИЧ
- Тест на беременность
- Профиль липидов
- Ангинуклеарный фактор
- Концентрация IgG
- туберкулиновая проб Манту и/или Диаскин тест
- Основные диагностические биомаркеры РА
- Ревматоидный фактор (IgM РФ)
- АЦЦП (антитела к цитруллинированным белкам), в первую очередь антитела к циклическому цитруллинированному пептиду

[https://autoimmun.ru/upload/iblock/0c5/Lapin-S.V._-Maslyanskiy-A.L.LABORATORNAYA-DIAGNOSTIKA-REVMATOIDNOGO-ARTRITA_-NOVYE-PERSPEKTIVY.pdf]

Инструментальные исследования:

- Обзорная рентгенография кистей и стоп;

- Ультразвуковое исследование суставов;
-МРТ.

Рентгенография кистей и стоп – основной метод диагностики, при первичном обследовании и далее ежегодно с целью оценки прогрессирования деструкции суставов.

Уровень достоверности доказательств - IV, уровень убедительности рекомендаций - D

Пациентам, имеющим III и IV R-стадии проводится по показаниям.

Ранние рентгенологические симптомы артрита обнаруживаются: во 2-х и 3-х пястно-фаланговых сустава, 3-х проксимальных межфаланговых суставах, в суставах запястий, лучезапястных суставах, шиловидных отростках локтевых костей, 5-х плюснефаланговых суставах.

Рентгенография крупных суставов при РА в качестве рутинного метода не рекомендуется и проводится только при наличии особых показаний (подозрение на аваскулярный некроз, септический артрит и др.).

УЗИ суставов с энергетическим доплеровским исследованием позволяет судить о выраженности воспаления и прогнозе длительности ремиссии.

Уровень достоверности доказательств - I, уровень убедительности рекомендаций - A.

При УЗИ суставов оценивают следующие параметры, по «серой шкале»: утолщение синовиальной оболочки, наличие выпота в суставе, нарушение контура суставной поверхности (соответствует эрозии), изменения в околосуставных тканях (теносиновит)

При энергетическом доплеровском исследовании - определяют локализацию, распространённость и интенсивность сигнала которые позволяют судить о выраженности воспаления.

УЗИ суставов кисти имеет диагностическое и прогностическое значение при раннем РА, позволяет прогнозировать сохранение ремиссии на фоне терапии БПВП и ГИБП.

МРТ суставов–более чувствительный метод выявления РА в дебюте, чем стандартная рентгенография суставов. МРТ- признаки артрита неспецифичны. Изменения, выявляемые с помощью МРТ (синовит, теносиновит, отек костного мозга и эрозии костной ткани), позволяют прогнозировать прогрессирование деструкции суставов

МРТ кистей показано при затруднении диагноза раннего РА и НДА

Уровень достоверности доказательств - IV, уровень убедительности рекомендаций - D.

Рентгенография органов грудной клетки проводится больным для выявления ревматоидного поражения органов дыхания и сопутствующих заболеваний лёгких при первичном обследовании, до назначения терапии БПВП и ГИБП и затем ежегодно.

Уровень достоверности доказательств - IV, уровень убедительности рекомендаций - D.

Компьютерная томография легких проводится:

для выявления диффузного (интерстициальное) или очагового (ревматоидные узелки) поражения лёгких

для дифференциальной диагностики РА с другими заболеваниями, протекающими с поражением суставов и легких (саркоидоз, злокачественные новообразования и др.)

для диагностики сопутствующих заболеваний, которые могут повлиять на выбор терапии или увеличивать риск НЛР (туберкулез, интерстициальные заболевания легких и др.).

Уровень достоверности доказательств - IV, уровень убедительности рекомендаций - D

ЭКГ и ЭхоКГ проводятся пациентам не реже 1 раза в год, для диагностики сердечно-сосудистой патологии.

ЭГФДС выполняются пациентам, получающим НПВП (не реже 1 раза в год)

Денситометрия (рентгеновская абсорбциометрия) рекомендуется при наличии следующих показаний: возраст старше 50 лет для женщин и 60 лет для мужчин, высокая активность заболевания (стойкое увеличение СРБ более 20 мг/л), рентгенологическая стадия III-IV по Штейнбрökerу, индекс НАQ более 1,25, масса тела менее 60 кг и прием ГК.

8. Тактика медицинской профилактики или реабилитации с указанием уровня:

Лечение и наблюдение пациентов должно проводиться ревматологом (в виде исключения – врачами общей практики, но при поддержке ревматолога), и при необходимости привлечение других специалистов (ортопеды, физиотерапевты, кардиологи, невропатологи, психологи и др.) и основываться на тесном взаимодействии врача и пациента

Диспансерное наблюдение направлено на

профилактику обострения заболевания

постоянную коррекцию терапии;

профилактику осложнений лекарственной терапии;

Проводиться непрерывное лечение и наблюдение врача ревматолога не реже 2 раз в 3 мес.;

Каждые 3 мес: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, креатинин);

Рентгенография суставов один раз в год

Избегать факторы, которые могут провоцировать обострение болезни (интеркуррентные инфекции, стресс и др.).

Госпитализация по показаниям

При необходимости консультация специалистов

Обучение пациентов

Обучение пациентов проводится с учетом особенностей больного и включает информацию о заболевании, рекомендации по изменению образа жизни, снижению веса и необходимости выполнения физических упражнений. Обучение эргономическим методикам (трудотерапия) и использованию вспомогательных приспособлений. Обучающие программы самоэффективности и самоконтроля должны быть организованы на постоянной основе.

В этих программах используется междисциплинарный групповой подход. На занятиях рассказывают пациентам о заболевании, действии лекарств и их побочных эффектов, значение физических упражнений.

Выбор методов лечения должно основываться на совместном решении между пациентом и специалистом.

Методы защиты суставов и стратегии энергосбережения при РА сводятся к следующему: – нагружать, по возможности, крупные, а не мелкие суставы; – воздерживаться от опоры на кулак или на искривленные пальцы рук тяжестью всего тела; – избегать напряженного захвата с сильным давлением на суставы пальцев, уклоняться от захвата предметов большим пальцем и кончиками других пальцев (хват «пинцетом»), максимально уменьшать нагрузку на концевые фаланги пальцев; – избегать крутящих запястье движений; – держать суставы запястья в прямом или нейтральном положении (прямая ось кисти, как продолжение предплечья) при выполнении различных производственных и бытовых действий; – избегать фиксированных поз, длительно не пребывать в одном положении (стоя или сидя) Через каждые 20 минут пациенту нужно делать короткие по 1–2 мин паузы на отдых, это улучшает трудоспособность и общее самочувствие. От коротких пауз, которые включают физическую активность (например, ходьба или выпрямление тела и рук), больше пользы, чем от пассивного отдыха.; – соблюдать правильную осанку: расправленные плечи, спина выпрямлена, углы лопаток максимально соединены; – сохранять удобное положение, когда гравитационная сила помогает поддерживать правильное положение суставов, и тратится меньше энергии; – выполнять работу самым простым способом.

правила поднятия и переноса предметов: – предварительно проверять вес предмета; – если предмет поднимают два и более человек, то их рост должен быть примерно одинаковым; – поднимать тяжелые предметы с прямой спиной и согнутыми ногами; – при поднятии предмета на высоту выше пояса разбивать процесс на два этапа (сначала – присесть и поднять предмет на стул, затем – встать, немного согнуть ноги в коленях и поднять предмет на требуемую высоту); – не поворачивать позвоночник во время поднятия предметов;

– держать предметы ближе к телу, тяжесть – на предплечьях; – по возможности, толкать или тащить предметы; – использовать сумку на колесах, рюкзак или сумку через плечо, которая надета наискосок; – брать две сумки и равномерно распределять по ним вес; – носить, по возможности, не более 3-х кг; – при переносе тяжестей держать плечи расправленными, спину прямой.

Основные принципы правильного оборудования домашнего пространства и применение в быту вспомогательного адаптивного оборудования и технических устройств, сводятся к следующему: – избегать сидения на слишком низких и мягких стульях и креслах; использовать, по возможности, стоечный стул, стулья и кресла с поддерживающей

спинкой, с подлокотниками и с подголовником; – правила работы за компьютером (расстояние монитора от глаз – 50–70 см, глаза смотрят в середину экрана, клавиатура лежит на столе или на уровне стола, руки опираются на подлокотники стула); – использовать предметы с широкими, толстыми, конусовидными, несскользящими ручками (ножи, чистящий нож, ручки, карандаши и другие инструменты), по возможности более легкими и всегда острыми режущими поверхностями, инструменты с длинными ручками; – применять специальные приспособления для домашнего хозяйства (открыватели, эргономичный нож, средства для очистки продуктов, дверные ручки и краны в виде рычагов и др.), электрические приборы для стирки, приготовления пищи (стиральная и посудомоечная машина, кухонный комбайн и др.); – правильное оборудование домашнего пространства (удалить неровности на полах, использовать полужесткие матрасы, подушки с опорой для шеи, избегать сна в положении «комочком», падений дома и на улице, сделать рабочие поверхности на кухне и в ванной должной высоты).

Комплексы упражнений для кистей у пациентов с РА (в том числе с различными снарядами: мяч, резиновое яйцо, палочка, кусочки поролон) восстанавливают мелкую моторику, силу и тонкую координацию кистей, улучшают объем движений в суставах пальцев, их кожно-суставную чувствительность

Важнейшим методом реабилитации больных РА является ортезирование, так как прогрессирование заболевания неизбежно связано с развитием деформаций суставов, прежде всего, кистей и стоп. Ортезирование кистей и/или запястий ортезов лучезапястного сустава

Для уменьшения болей в стопах и образования деформаций пациенту необходимо: 1) носить стельки, ортезы, правильно подобранную или специальную обувь; 2) делать регулярно упражнения для стоп; 3) при выраженных деформациях следует обсудить с ортопедом необходимость и возможность корригирующей операции.

Задачи, решаемые с помощью ортезирования стопы следующие: 1) локальная разгрузка болезненных участков; 2) увеличение площади контакта стопы с опорой; 3) уменьшение показателей давления под стопой; 4) установка стопы в нейтральное положение; 5) поддержка и формирование сводов стопы; 6) повышение амортизационных свойств стопы при ходьбе. Больного РА необходимо ознакомить с основными правилами выбора обуви: 1) удобная обувь, просторная, но не «хлябающая»; 2) с круглой колодкой, тупым или широким носом; 3) в области подушечки на 0,5 см шире и по всей подошве на 1 см длиннее ноги; 4) гибкая, эластичная, но твердая подошва и мягкий верх; 5) подошва толщиной 2–3 см; 6) широкий каблук высотой 1,5–2,5 см (у женщин максимально 4 см); 7) с крепким задником; 8) при деформациях ноги удобна обувь со шнурками, застежками или ремешками, где могут быть углубления или мягкий материал для выпячивания стопы; 9) спортивная обувь с крепким задником, смягчающая удары; 10) внутри должен быть супинатор, поддерживающий свод стопы; 11) при проблемах стоп (деформации суставов, плоскостопие, натоптыши, разница в длине ног) – индивидуально изготовленные стельки.

[<https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennaya-taktika-vedeniya-bolnyh-s-revmatoidnym-artritom-rol-vracha-obschey-praktiki/viewer>]

Вакцинация

Рекомендуется всем пациентам с РА сначала лечения БПВП и ГИБП вакцинация (инактивированные вакцины) против инфекции вирусом гриппа и пневмококковой инфекции.

Уровень достоверности доказательств - IV, уровень убедительности рекомендация - D

Рекомендуется вакцинация против инфекции вирусом гепатита В в группах высокого риска (медицинские работники и др.).

Уровень достоверности доказательств - IV, уровень убедительности рекомендация - D

Рекомендуется вакцинация против инфекции вирусом опоясывающего герпеса (herpes zoster) пациентам с РА старше 60 лет.

Уровень достоверности доказательств - IV, уровень убедительности рекомендация - D

Не рекомендуется/противопоказана/вакцинация живыми вакцинами (корь, краснуха, паротит, полиомиелит, ротавирусы, желтая лихорадка и др.) пациентам с РА на фоне лечения ГИБП.

Уровень достоверности доказательств - I, уровень убедительности рекомендация - A

Рекомендуется вакцинация после отмены ГИБП: абатацепта (через 3 месяца), ададимумаба (через 3 месяца), этанерцепта (через 1 месяц), инфликсимаба (через 6 месяцев), ритуксимаба (через 12 месяцев), тоцилизумаба (через 3 месяца).

Уровень достоверности доказательств - IV, уровень убедительности рекомендация - D

9. Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий:

- Уменьшение болезненности в пораженном суставе;
- Частичное или полное восстановление функциональной деятельности пораженного сустава.

Для адекватного уровня анальгезии:

- мультимодальное использование различных фармакологических средств;
- использование немедикаментозных методов терапии и реабилитации;
- непрерывность, последовательность, комплексность, а также индивидуальный подход в проведении профилактических и реабилитационных мероприятий.

[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1 <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

10. Организационные аспекты протокола:

- 10.1. информация об отсутствии конфликта интересов: конфликта интересов – нет;
- 10.2. данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран): Заведующая отделением кардиоревматологии Республиканского специализированного научно-практического центра педиатрии РУЗ, специальный консультант детской ревматологии МЗ РУЗ к.м.н. Ф.Б.Сабирова;
- 10.3. указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности;
- 10.4. список использованной литературы:

Список литературы:

1. Ревматоидный артрит. Клинические рекомендации, АРР 2023 г.
<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D1%84-2021/17003>
2. Ревматоидный артрит Министерства здравоохранения и социального развития Республики Киргизия от 2021 года.
<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9->

[%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761](#)

3. Jasvinder A. Singh, Kenneth G. Saag, S. Louis Bridges JR., Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis 2015 American College of Rheumatology Care & Research DOI 10.1002/acr.22783 VC 2015.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26545825/>
4. Josef S Smolen, Robert B M Landewé, Johannes W J Bijlsma, Gerd R Burmester et. all. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31969328/>
5. Lisa R. Sammaritano, Bonnie L. Bermas, Eliza E. Chakravarty et. Al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases <https://doi.org/10.1002/art.41191>
6. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis
<https://assets.contentstack.io/v3/assets/bltee37abb6b278ab2c/blt9e44ccb701e1918c/63360f6775c0be225b8d943a/ra-guideline-2021.pdf>
7. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis
<https://assets.contentstack.io/v3/assets/bltee37abb6b278ab2c/bltc607487aebfe9683/63360f674d11fa0cfdb5661c/ra-guideline-appendix-1-methods-2021.pdf>
8. SUPPLEMENTARY APPENDIX 3: Clinical Outcomes 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis
<https://assets.contentstack.io/v3/assets/bltee37abb6b278ab2c/blt82a7c9f23f9dc998/63360f67a2ca982a1c795ba7/ra-guideline-appendix-3-clinical-outcomes-2021.pdf>
9. SUPPLEMENTARY APPENDIX 4: Medication Cost Estimates 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis
<https://assets.contentstack.io/v3/assets/bltee37abb6b278ab2c/blt481e7bc4619551aa/63360f8724bebb2394c27713/ra-guideline-appendix-4-medication-cost-estimates-2021.pdf>
10. SUPPLEMENTARY APPENDIX 1: Methods 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis
<https://assets.contentstack.io/v3/assets/bltee37abb6b278ab2c/bltc607487aebfe9683/63360f674d11fa0cfdb5661c/ra-guideline-appendix-1-methods-2021.pdf>