

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 «РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ»**

**Ташкент – 2025**

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



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

**ТАШКЕНТ – 2025**

## **ОГЛАВЛЕНИЕ:**

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА.....	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ .....	39
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА.....	44

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

**Ташкент – 2025**

## 1. Вводная часть.

Настоящий клинический протокол включает в себя рекомендации по диагностике и лечению пациентов с реактивным 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, 2019), Европейской антиревматической лиги (EULAR, 2018). Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза и остеоартрита (ESCEO, 2019), рекомендаций Американская академия хирургов-ортопедов (AAOS, 2021), ассоциации ревматологов России (АРР, 2016) и публикации, вошедшие в Кокрейновскую библиотеку (Cochrane Library), базы данных PubMed (MEDLINE).

### Код(ы) по МКБ-10:

МКБ-10	
<b>Коды МКБ-10:</b>	<b>M02- Реактивные артропатии</b>
(M02)/FA11.0.	- Артропатия, сопровождающая кишечный шунт
M.02.1/FA12.0	- Постдизентерийная артропатия
M02.2/FA11.1	- Постиммунизационная артропатия
M02.3/FA11.2	- Болезнь Рейтера;
M02.8/FA11.Y	- Другие реактивные артропатии
M02.9/FA11.Z	- Реактивная артропатия неуточнённая
<b>Коды МКБ-10:</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12019">https://mkb-10.com/index.php?pid=12019</a>

**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:

<b>Азизова Ф.Л.</b>	<b>д.м.н. профессор, проректор по науке и инновациям ТМА</b>
<b>Аляви Б.А.</b>	– д.м.н., директор РСНПМЦИТ и МР;
<b>Мирахмедова Х.Т.</b>	д.м.н., зав.кафедрой пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА, консультант по ревматологии МЗ РУз;
<b>Рахимова Д.А.</b>	д.м.н. зав. лабораторией РСНПМЦИТ и МР т.ф.д., главный

	терапевт МЗ РУз
<b>Алиахунова М.Ю.</b>	д.м.н., профессор, зав. отделении ревматологии РСНПМЦИТ и МР;
<b>Набиева Д.А.</b>	д.м.н. профессор, зав.кафедрой факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
<b>Дадабаева Н.А.</b>	к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА;

**Список авторов:**

<b>Мирахмедова Х.Т.</b>	<b>д.м.н., зав.кафедрой пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА, консультант по ревматологии МЗ РУз;</b>
<b>Рахимова Д.А.</b>	д.м.н. зав. лабораторией РСНПМЦИТ и МР т.ф.д., главный терапевт МЗ РУз
<b>Алиахунова М.Ю.</b>	д.м.н., профессор, зав. отделении ревматологии РСНПМЦИТ и МР;
<b>Дадабаева Н.А.</b>	к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА;
<b>Набиева Д.А.</b>	д.м.н. профессор, зав.кафедрой факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
<b>Джураева Э.Р.</b>	к.м.н., доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
<b>Хамраев Х.Х.</b>	к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1 СамГМУ
<b>Абдуллаев У.С.</b>	к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА.
<b>Мухсимова Н.Р.</b>	к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА.
<b>Саидрасулова Г.Б.</b>	к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА.
<b>Ганиева Н.А.</b>	к.м.н., ассистент кафедры факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
<b>Бердиева Д.У.</b>	к.м.н., ассистент кафедры факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
<b>Абдурахмонова Н.М.</b>	д.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №2 ТМА
<b>Буранова С.Н.</b>	к.м.н., старший преподаватель кафедры внутренних болезней №2 ТМА
<b>Нажмиддинов Г.Р.</b>	Главный ревматолог Ферганской области
<b>Бомуродова Д.Б.</b>	Главный ревматолог Бухарской области

## Рецензенты:

1.Абдуллаев А.Х.	– руководитель лаборатории «Реабилитация» Государственного учреждения «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», доктор медицинских наук;
<b>Шукурова Сурайё Максудовна</b>	– д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ, заведующая кафедрой терапии и 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 рассмотрен на ученом совете РСНПМЦИТ и МР и утвержден протоколом №10 от 27 декабря 2024 года.

### Техническая экспертная оценка и редактирование:

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

### Экспертная оценка специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

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

### Экспертная оценка специалистов управления лекарственной политики Министерство здравоохранения Республики Узбекистан:

- 1.
- 2..

### Экспертная оценка специалистов агентства Медицинского страхования при Министерстве Республики Узбекистан:

- 1.
- 2.
- 3.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э, 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.

### Сокращения, используемые в протоколе:

<b>ACR</b>	– Американская коллегия ревматологов;
<b>АЛТ</b>	– аланинаминотрансфераза;
<b>АСТ</b>	– аспартатаминотрансфераза;
<b>АЦЦП</b>	– антитела к циклическому цитруллиновому пептиду;
<b>БПВП</b>	– базисные противовоспалительные препараты;
<b>ВАШ</b>	– визуально аналоговая шкала;
<b>ГиК</b>	– гиалуроновая кислота;
<b>ГКС</b>	– глюкокортикоидные препараты;
<b>ДМФ</b>	– дистальные межфаланговые суставы;
<b>ИМТ</b>	-индекс массы тела;
<b>ЛПВП</b>	– липопротеиды высокой плотности;
<b>ЛПНП</b>	– липопротеиды низкой плотности;
<b>ЛФК</b>	– лечебная физкультура;
<b>МКБ -10</b>	– международная классификация 10 пересмотра;
<b>МРТ</b>	– магнитно-резонансная томография;
<b>НПВП</b>	– нестероидные противовоспалительные препараты;
<b>ОА</b>	– остеоартроз;
<b>ОХ</b>	- общий холестерин;
<b>ПМФ</b>	– проксимальные межфаланговые суставы;
<b>ПЯФ</b>	– пястно- фаланговые суставы;
<b>РА</b>	-ревматоидный артрит;
<b>РФ</b>	– ревматоидный фактор;
<b>СЛСЗД</b>	– симптоматические лекарственные средства замедленного действия;
<b>СОЭ</b>	– скорость оседания эритроцитов;
<b>СРБ-С</b>	- реактивный белок;
<b>ТГ</b>	- триглицериды;
<b>УЗИ</b>	– ультразвуковое исследование;
<b>ЭГФДС</b>	– эзофагогастродуоденоскопия;
<b>ЭКГ</b>	-электрокардиография;
<b>AUSCAN</b>	– Функциональный индекс по оценке ОА суставов кистей (Australian/Canadian Hand Osteoarthritis Index);

<b>ESCEO</b>	– Европейское общество по клиническим и экономическим аспектам остеопороза и остеоартрита;
<b>EULAR</b>	– Европейская антиревматическая лига;
<b>KOOS</b>	– Индекс оценки ОА коленного сустава (The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score);
<b>WOMAC</b>	– Функциональный индекс оценки ОА коленного и/или тазобедренного сустава (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index).

#### **Пользователи протокола по данной нозологии:**

1. Ревматологи;
2. Терапевты;
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 реактивным артритом.

#### **Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины:**

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

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>1</b>	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
<b>2</b>	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
<b>3</b>	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
<b>4</b>	Несравнительные исследования, описание клинического случая
<b>5</b>	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

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

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>1</b>	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
<b>2</b>	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
<b>3</b>	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
<b>4</b>	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»

<b>5</b>	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов
----------	---

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>А</b>	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>В</b>	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
<b>С</b>	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

## *2. Основная часть.*

### *2.1. Введение:*

Реактивный артрит (ReA) — это воспалительный артрит, который проявляется через несколько дней или недель после желудочно-кишечной или мочеполовой инфекции. ReA относится к спондилоартритам, и имеет общие клинические и визуальные особенности, а также частую связь с HLA-B27. Сегодня считается, что это расстройство вызвано аномальным аутоиммунным ответом на желудочно-кишечную инфекцию, вызванную сальмонеллой, шигеллой, кампилобактером или хламидией. Проблема ReA связано с ростом заболеваемости среди лиц молодого возраста (до 40 лет). Клинические проявления заболевания достаточно variabelны, что, усложняет своевременную диагностику. При этом в большинстве случаев больные становятся нетрудоспособными на более или менее продолжительное время. В связи с этим разработка новых методов

диагностики, лечения и профилактики РеА имеет большое значение в улучшении здоровья пациентов и снижении социально-экономического ущерба системе здравоохранения.

## 2.2. Общее определение:

Реактивный артрит (РеА) — негнойное воспалительное заболевание суставов, развивающееся хронологически (обычно в течение 1 мес) после острой кишечной или урогенитальной инфекции.

[<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>]

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32458153/>] [<https://rheumatology.org/patients/reactive-arthritis>]

## 2.3. Классификация:

### По этиологии:

- ✓ Постэнтероколотическая (энтерогенная) после перенесенной кишечной инфекции (возбудители: *Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Salmonella enteritidis*, *Shigella flexneri*, *S Typhimurium*, *Campylobacter jejuni*)
- ✓ Урогенитальная (*Chlamidia trachomatis*).

### По течению:

- ✓ острые (до 6 месяцев);
- ✓ затяжные (от 6 мес до 1 года);
- ✓ хронические (свыше 1 года).

### По степени активности:

- ✓ 0 - ремиссия
- ✓ I - низкая
- ✓ II - средняя
- ✓ III - высокая

### 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.*

[\[https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2022.152012\]](https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2022.152012)

### **3. Методы, подходы и диагностические критерии.**

#### **3.1. Диагностические критерии:**

РеА принадлежит к группе серонегативных спондилоартритов и соответствует критериям Европейского исследования спондилоартрита (ESSG). Вот общие характеристики РеА:

1. Начало заболевания 30-40 лет.
2. Хронологическая связь артрита с перенесенной кишечной инфекцией (диареей), урогенитальной инфекцией и конъюнктивитом.
3. Острое начало заболевания.
4. Поражение ограниченного числа суставов (моноолигоартрит).
5. Асимметричное поражение скелета и суставов тела.
6. Вовлечение в процесс сухожилий и связок.
7. Наличие признаков системного воспаления (кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, поражения глаз)
8. Негативность ревмофактора.
9. Подтверждение инфекционного фактора по результатам серологического и бактериологического исследования.
10. Наличие серонегативной спондилоартропатии в семейном анамнезе или положительность HLA-B27.
11. В большинстве случаев течение заболевания относительно хорошее, и удается обратить воспаление, но иногда процесс может перейти в хроническую форму и иметь рецидивы.

[\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21109520/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21109520/)

[\[https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Reaktivnye\\_artrity\\_podhody\\_k\\_diagnostike/#ixzz8cRxu5oxj\]](https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Reaktivnye_artrity_podhody_k_diagnostike/#ixzz8cRxu5oxj)

В настоящее время не существует общих критериев диагностики РеА. Однако на основе АСР и Берлинских критериев (1999) были разработаны следующие общепринятые диагностические критерии:

**Диагностические критерии реактивного артрита  
по С. Selmi, М.Е. Gershwin, 2014г.**

**Диагностические критерии РеА:**

<b>«Большие» критерии</b>
<b>1. Артрит (необходимо наличие 2 из 3 характеристик):</b>
-асимметричный
-моно-олигоартрит преимущественно нижних конечностей
-поражение суставов нижних конечностей.
<b>2. Предшествующая клинически выраженная инфекция (наличие одного из двух проявлений):</b>
-уретрит/цервицит, предшествующий артриту в течение до 8 нед.
-энтерит, предшествующий артриту в течение до 6 нед.
<b>«Малые» критерии</b>
По меньшей мере один из двух вариантов: 1. Данные лабораторных подтверждений триггерных инфекций (соскоб из уретры/шейки матки (влагалища) на Chlamydia trachomatis и бак посев кала. 2. Данные, подтверждающие наличие инфекции в синовиальной оболочке (иммуногистологическое исследование или ПЦР на Chlamydia)

**Достоверный РеА:** устанавливают при наличии обоих «больших» критериев и соответствующего «малого» критерия. **Вероятный РеА:** устанавливают при наличии обоих «больших» критериев или при наличии первого «большого» и «малого» критерия. Идентификация триггерной инфекции необходима.

#### **Примеры формулировки клинических диагнозов:**

Реактивный артрит урогенной этиологии подострое течение Акт II ФК1 двусторонний конъюнктивит

Реактивный артрит постдизентерийный хроническое течение акт II ФК 1 Односторонний сакроилиит

<b>International Workshop on Reactive Arthritis (Берлинские критерии 1999) критерии</b>	<b>характеристика</b>
<b>Основные</b>	Асимметричный олиго или моноартрит суставов стопы. Или: Симптомы артрита развиваются в течение от 3 дней до 6 недель после перенесенного энтерита или уретрита.
<b>Дополнительные</b>	Наличие триггерной инфекции должно быть подтверждено положительными лабораторными тестами. Явное наличие признаков воспаления синовиальной оболочки..
Симптомы поражения мочеполовой системы, поражения мелких суставов, высокий уровень S-реактивного белка и положительный результат HLA-B27 обеспечивают чувствительность 69% и специфичность 93,5% при диагностике реактивного артрита.	

[\[https://cyberleninka.ru/article/n/diagnosticheskie-kriterii-seronegativnyh-spondiloartritov-etapy-razvitiya-i-optimizatsii-sravnitelnyy-analiz-obzor\]](https://cyberleninka.ru/article/n/diagnosticheskie-kriterii-seronegativnyh-spondiloartritov-etapy-razvitiya-i-optimizatsii-sravnitelnyy-analiz-obzor)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31169570/>

<https://autoimmun.ru/guide/artrity-i-artropatii/seronegativnye-spondiloartropatii/>

## ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

### Клиническая диагностика

#### Жалобы:

боль, асимметричная припухлость преимущественно суставов нижних конечностей  
гипертермия и покраснение или синюшность кожи над суставами  
боль в пяточной области  
быстрая утомляемость  
общее недомогание  
похудание  
субфебрилитет  
покраснение глаз

#### Анамнез:

хронологическая связь развития артрита с урогенитальной (дизурией, частым мочеиспусканием) или кишечной инфекцией (диарей).

наличие «сомнительного» полового контакта незадолго до начала болезни играет важное значение при постановке диагноза. Негонококковый уретрит (НГУ) развивается через 7-28 дней после случайного полового контакта

НГУ у мужчин протекает, как правило, подостро с небольшими скудными слизисто-гнойными выделениями и незначительными дизурическими расстройствами или только склеиванием наружного отверстия мочеиспускательного канала.

Женщины острым уретритом жалуются на учащение, болезненность и жжение при мочеиспускании, цервицит (диагностируется гинекологом)

В подавляющем большинстве случаев урогенитальный хламидиоз характеризуется бессимптомностью, больные не замечают уретрита

Необходимо учитывать наличие любого активного неспецифического хронического воспалительного процесса в гениталиях, выявляемого в ходе урологического, гинекологического и лабораторного исследований.

Имеет значения кратковременная (не более 1 нед) диарея или учащение стула и изменение его консистенции (неоформленный, кашицеобразный).

Диагноз иерсиниозного артрита нередко труден, т.к. не всегда можно установить связь абдоминального синдрома с артритом, а бактериологический анализ к моменту начала артрита нередко отрицателен

#### Физикальное обследование

припухлость, ограничение подвижности суставов  
асимметричное поражение преимущественно суставов нижних конечностей  
«сосискообразная» деформация пальцев стоп  
ахиллоидит  
конъюнктивит,  
афтозный стоматит, кератодермия, циркулярный баланит. баланопостит  
лимфаденопатия

### Клинические проявления РеА

Клинические формы	Клинические проявления
Артрит	Асимметричный артрит с преимущественным поражением нижних конечностей, обычно олигоартрит. Выраженная боль, в ряде случаев с гиперемией кожи над пораженными суставами поражаются, как правило, коленные и голеностопные суставы Редко поражение ТБС и верхних конечностей.  У пациентов, перенесших иерсиниоз или сальмонеллез, могут поражаться мелкие суставы кистей рук.
Дактилит	Поражение околосуставных тканей «сосискообразная» деформация пальцев стоп за счет периартикулярного отека

<b>Энтезит</b>	Воспаление сухожильно-связочного аппарата и бурс. Тендинит ахиллова сухожилия, подпяточный бурсит, подошвенный фасциит
<b>Воспалительная боль в спине</b>	Могут развиваться воспалительные явления в суставах осевого скелета и сопровождаться воспалительной болью в спине, крестцово-подвздошных сочленениях, скованностью и нарушением функции в шейном и поясничном отделах позвоночника. Сакроилеит, как правило, односторонний, а также редко спондилит
<b>Изменения кожи и слизистых оболочек:</b>	язвенный стоматит, глоссит, кератодермия (подошвенная часть стоп и ладони), ониходистрофия (поражение ногтей), эрозивный циркулярный баланит, цервицит, проктит
<b>Системные проявления</b>	Поражение глаз у 2/3 в дебюте –конъюнктивит, острый передний увеит, иридоциклит. Дизурия и пиурия, может быть указанием на инициирующую инфекцию или являются внесуставным проявлением постдизентерийного РеА. Лимфаденопатия, особенно паховая, реакция лимфатических узлов на тазовый очаг инфекции. Лихорадка. Редко аортит, недостаточность аортального клапана, миокардит, нарушение АВ проводимости
<b>Уретро-около-синовиальный синдром</b>	Клиническая триада: уретрит, артрит, конъюнктивит является одним из вариантов РеА. Имеется 2 формы заболевания. Спорадическая (венерическая) которая развивается при инфицировании <i>Chlamidia trachomatis</i> . Эпидемическая вызванная иерсиниозной, шигеллезной и саллмонеллезной инфекцией.

#### Лабораторные исследования:

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Общий анализ кала

СРБ, АСЛО, ревматоидный факторов (IgM РФ)

БАК: АСТ и АЛТ, креатинин, глюкоза, общий белок

ПЦР или ИФА: антитела классов IgM, IgA к хламидиям, иерсиниям, шигеллам, сальмонеллам и кампилобактеру

Серологическое исследование (РНГА) определение антител к иерсиниям, сальмонеллам, шигеллам и кампилобактеру

Бактериологический анализ мочи, испражнений, синовиальной жидкости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам

Микробиологическое исследование соскоба из уретры у мужчин и уретры и/или цервикального канала у женщин

Маркеры вирусов гепатита В, С, ВИЧ

антигены системы гистосовместимости HLA-B27

АЦЦП

кровь на бруцеллез

мочевая кислота

#### Инструментальная диагностика

Обзорная рентгенография кистей, стоп и костей таза

Ультразвуковое исследование суставов

МРТ

ЭКГ

Эхокардиография

ЭГФДС

**Рентгенография** костей таза – характерен односторонний сакроилеит.

Рентгенография суставов: отек околоуставных тканей, околоуставной остеопороз, периостит- незначительная периостальная неровность в области прикрепления связок к костям, «рыхлые пяточные шпоры», редко при хроническом течении эрозии суставных поверхностей

**УЗИ суставов:** утолщение синовиальной оболочки и связок, накопление синовиальной жидкости в полости сустава и в суставной сумке

**КТ или МРТ**–суставов и крестцово-подвздошных сочленении проводят по показаниям.

Выявляются воспалительный отек кости и синовиальной мембраны; остеопения в костях стопы; эрозии и выраженная пролиферация кости – формирование «шпор» в области прикрепления связок к костям (бугор пяточной кости, ладьевидная кость, большой вертел бедренной кости, седалищная кость); острые и хронические воспалительные изменения в крестцово-подвздошных сочленениях

**ЭКГ** проводится всем пациентам с РеА не реже 1 раза в год, для диагностики сердечно-сосудистой патологии.

**Эхо КГ** проводится всем пациентам с РеА при подозрении на сердечно-сосудистую патологию

**ЭГФДС** выполняется пациентам с РеА, получающим НПВП (не реже 1 раза в год)

**Показания для консультации специалистов:**

**Консультация уролога (акушер-гинеколога)** – при наличии признаков урогенитальной инфекции; во время проведения терапии базисными препаратами; решение вопроса о тактике ведения беременности.

**Консультация дерматолога-венеролога** – при наличии признаков урогенитальной инфекции (диагностика и лечебная тактика).

**Консультация окулиста:** при поражении глаз (уточнение поражения структур органа зрения, назначение локальной терапии).

**Консультация инфекциониста:** при энтероколитическом варианте (для диагностики и тактики лечения кишечных и других инфекционных заболеваний).

**Консультация стоматолога** – при язвенном поражении слизистых полости рта.

**Консультация фтизиатра** – при подозрении на специфическую инфекцию на фоне проводимой базисной терапии.

**Консультация гастроэнтеролога** – эрозивно-язвенное поражение желудочнокишечного тракта (ЖКТ).

**Консультация хирурга** – подозрение на желудочно-кишечное кровотечение

[<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>]

### 3.2. Диагностический алгоритм:

#### Суставной синдром:

- ✓ - признаки воспаления в суставах в острой или хронической форме в виде асимметричного артрита, гиперемии, гипертермии, боли и припухлости над суставом при местном осмотре

- ✓ Общий анализ крови
- ✓  Общий анализ мочи
- ✓  Общий анализ кала
- ✓  СРО, АСЛО, РО
- ✓  ПЦР или ИФА: антитела класса IgM, IgA к хламидиям, иерсиниям, шигеллам, сальмонеллам и кампилобактериям.
- ✓  Серологический тест на выявление антител к иерсиниям, сальмонеллам, шигеллам и кампилобактериям (RNGA)
- ✓  Бактериологический анализ мочи, кала, синовиальной жидкости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам
- ✓  Микробиологическое исследование мазков из уретры у мужчин и из цервикального канала у женщин.
- ✓  HLA-B27
- ✓  Рентгенологическое исследование.
- ✓  Отрицательные тесты на бруцеллез
- ✓  мочевая кислота

- ✓ Если:
- ✓  Увеличение СОЭ при ОАК
- ✓  СРО положительный и РО – отрицательный результат;
- ✓  HLA-B27-позитивность (до 60% случаев)
- ✓  наличие урогенного или энтерогенного инфекционного фактора подтверждается результатами серологического и бактериологического исследования.
- ✓  Специфические для артрита симптомы, односторонний сакроилеит на рентгенограмме  
+
- ✓  Поражение 1-4 суставов (олигомоноартрит), регистрация артритов преимущественно в суставах стоп
- ✓  Хронологическая связь суставного синдрома с перенесенной урогенитальной или кишечной инфекцией (от 1 дня до 8

- Если:
- РО – если положительный;
- HLA-B27 отрицательный
- если наличие урогенного или энтерогенного инфекционного фактора не подтверждено результатами серологического и бактериологического исследования.
- Положительный результат АЦЦП
- Положительный результат на бруцеллез
- Псориазические высыпания на коже.
- уровень мочевой кислоты в крови высокий

Дальнейшее дообследование

ReA

### 3.3. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
<b>Ревматоидный артрит</b>	РФ, СРБ АЦЦП, рентгенограмма кистей и стоп, МРТ кистей, УЗИ суставов.	РФ, СРБ АЦЦП, R-грамма, МРТ, УЗИ суставов.	Для РА характерно преимущественное поражение мелких суставов кистей и стоп, артрит пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей, утренняя скованность более 1-го часа.
<b>Подагрический артрит</b>	ОАК, ОАМ, креатинин, уровень мочевой кислоты, рентгенограмма стоп, УЗИ суставов, исследование синовиальной жидкости	ОАК, ОАМ, креатинин, мочевая кислота, R-грамма стоп, УЗИ суставов, исследование синовиальной жидкости	Острые, приступообразные суставные эпизоды, проявляющиеся высокой местной активностью, локализация процесса в плюснефаланговом суставе I пальца стопы, на рентгенограмме симптом «пробойника» Наличие кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости или тофусе
<b>Бруцеллезный артрит</b>	эпид анамнез, высокая лихорадка, обильное ночное потоотделение, озноб и суставной синдром	ОАК, реакция Райт Хедельсона, Brucella abortus IgG, IgM, рентген костей таза и позвоночника.	эпид анамнез, высокая лихорадка, обильное ночное потоотделение, озноб и суставной синдром из анамнеза употребление парного молока и мяса плохой термической обработки, контакт с рогатым скотом
<b>Туберкулезный артрит</b>	Рентгенограмма, квантиферон тест, диаскин тест	ОАК, ОАМ, проверка синовиальной жидкости, СРО, Рентген, квантиферон тест, диаскин тест, МРТ позвоночника	Эпид анамнез, длительная субфебрильная лихорадка, первичный очаг в легких, боли в позвоночнике, короткая утренняя скованность, нарастающая слабость, потоотделение. Определение микобактерий. При рентгене позвоночника очаги деструкции.
<b>Псориагическая артропатия</b>	ОАК, СРБ, Рентгенограмма костей таза, кистей и стоп, консультация дерматолога	ОАК, СРБ, R-грамма костей таза, кистей и стоп, консультация дерматолога	Ассиметричное поражение нижних конечностей. Псориаз в момент осмотра, в анамнезе, семейный анамнез, поражение ногтей. Дактилит. Рентгенологически сакроилиит,

			признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгене кистей и стоп
--	--	--	---

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>

#### 4. Лечебная тактика в амбулаторных условиях:

##### 4.1. Немедикаментозная (без лекарственных средств) терапия:

Профилактика факторов риска, отягощающих течение заболевания (интеркуррентные инфекции, избыточная масса тела, курение, употребление алкоголя и стрессы);

употребление продуктов, богатых ненасыщенными жирными кислотами, фруктов и овощей;

выполнение лечебной гимнастики;

физиотерапевтические процедуры рекомендуются при легкой активности заболевания (после консультации со специалистом);

санаторно-курортное лечение (в период ремиссии заболевания).

Пациентам предоставляется информация о течении заболевания, его последствиях, положительном и отрицательном влиянии лекарств, значении физических упражнений.

<https://diseases.medelement.com/disease/>

##### 4.2. Медикаментозная (лекарственная) терапия:

Лечение больного реактивным артритом должно основываться на совместном решении больного и специалиста.

Антибактериальное лечение урогенитального хламидиоза РеА рекомендуется в течение 28-30 дней, а при постэнтероколитическом РеА - до 10 дней.

При лечении больного урогенитальным хламидиозом РеА одновременно следует лечить его полового партнера.

Комплексная медикаментозная терапия включает следующие лекарственные препараты:

**Антибактериальное лечение**

**НПВП**

**Глюкокортикостероиды**

**БПВП**

Антибиотики, применяемы для эрадикации *Chlamydia trachomatis*

Лекарственный препарат (международное непатентованное название)	Фармакологическая группа	Форма выпуска	Способ применения	Дозировка	Кратность приема
Азитромицин	макролиды	Таблетки	внутри	500мг	1 раз в

					сутки
Доксициклин	тетрациклины	Таблетки	внутри	100мг	2 раза в сутки
Кларитромицин	макролиды	Таблетки	внутри	500мг	2 раза в сутки
Ципрофлоксацин, левофлоксацин	фторхинолоны	Таблетки	внутри	400мг-500 мг	2 раза в сутки
Фуразолидон	Производные нитрофуранов	Таблетки	внутри	100-150мг	До 4х раз в сутки
					<a href="https://diseases.medicament.com/disease/">https://diseases.medicament.com/disease/</a>

Антибактериальные препараты широкого спектра действия являются основой лечения РсА. Препаратом выбора является группа макролидов или тетрациклинов. При непереносимости или неэффективности применяют фторхинолоны. Эффективны 6-месячные курсы комбинированной антибактериальной терапии (доксициклин+рифампицин или азитромицин+рифампицин).

Контрольное исследование на хламидиоз через 3—4 нед. После курса антибиотикотерапии.

Обязательно обследование и лечение полового партнера у гинеколога или уролога.

До завершения лечения и проведения контрольного исследования рекомендуют пользоваться презервативами.

При устранении урогенитальной инфекции реже возникают рецидивы и хронизация болезни. Применение антибиотиков из группы пенициллинов при реактивном артрите хламидийной этиологии противопоказано, так как они могут способствовать переводу хламидий в L-формы, весьма устойчивые к антибактериальной терапии.

При столь длительном курсе возможно развитие побочных эффектов: фотосенсибилизация, тяжелый дисбактериоз, токсический гепатит, агранулоцитоз, тромбоцитопения, гемолитическая анемия.

**При энтероколитическом** – курс антибактериальной терапии кратковременный и не всегда эффективный.

#### Нестероидные противовоспалительные препараты (ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2)

Лекарственное средство (международное непатентованное название)	Фармакологическая группа	Форма выпуска	Способ введения	Разовая доза	Кратность применения
<b>Неселективные ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2</b>					
Диклофенак	производные фенилуксусной кислоты	таблетки 25мг, 50 мг	внутри	25мг, 50мг	2-3 раза в день
		таблетки, капсулы 100 мг	внутри	100мг	1 раз в день

		ампулы 3мл 25мг/мл	в/м	75мг	1-2 раза в день	
Ацеклофенак	производные фенилуксусной кислоты	таблетки 100 мг	внутри	100мг	2 раза в день	
Индометацин	производные индолуксусной кислоты	таблетки 25мг	внутри	25-50мг	2-3 раза в день	
Кеторолак	производные арилуксусной кислоты	таблетки 10мг	внутри	10мг	1-4 раза в день	
		ампулы 30мг/мл	в/в, в/м	30мг	1-3 раза в день	
Ибупрофен	производные пропионовой кислоты	таблетки 200 мг	внутри	200-400мг	3-4 раза в день	
		таблетки 400 мг		400мг	2-3 раза	
		таблетки 800 мг	внутри,	800 мг	1 раза сут	
Напроксен	производные пропионовой кислоты	таблетки 250мг, 500мг	внутри	500-1000мг	2 раза в сут	
		таблетки 275мг, 550мг	внутри	550мг	1-2 раза в день	
Кетопрофен	производные пропионовой кислоты	капсулы 50 мг	внутри	50 мг	3-4 раза в день	
		таблетки 100мг	внутри	100мг	1-2 раза в день	
		таблетки и капсулы 150 мг	внутри	150мг	1 раз в день	
Декскетопрофен	производные пропионовой кислоты	ампулы 2 мл 50мг/мл	в/м, в/в	100 мг	1-2 раза в день	
		таблетки 12,5 мг, 25мг.	внутри	25мг	1-3 раза в день	
		Пакетики 25 мг. Гранулы для приготовления раствора внутри				
		ампулы 2 мл	в/м или	50мг	1-2 раза в	

		25мг/мл	в/в		день
Теноксикам	оксикамы	таблетки 20мг	внутри	20мг	1 раз в день
		флаконы 20мг лиофилизированный порошок и растворитель	в/м, в/в	20мг	1 раз в день
Лорноксикам	оксикамы	таблетки 4мг	внутри	4 мг	2-3 раза в день
		таблетка 8мг	внутри	8 мг	1-2 раза в день
		флаконы 8 мг. Лиофилизат для приготовления раствора для в/в и в/м введения	в/в, в/м	8 мг.	1–2 раза в день
Пироксикам	оксикамы	капсулы, таблетки 10мг, 20мг	внутри	20мг	1 раз в день
		ампулы 20мг/мл		20-40мг	1 раз в день
Амтолметил гуацил	производные уксусной кислоты и родственные соединения	таблетки 600мг	внутри	600мг	1-2 раза в день
<b>Селективные ингибиторы ЦОГ-2</b>					
Мелоксикам	оксикамы	таблетки 7,5–15мг	внутри	7,5мг	2 раза в день
		ампулы 15мг/1,5мл	в/м	15мг	1 раза в день
Нимесулид	производные сульфонанили дов	таблетки 100мг, гранулы д/пригот. Сусп. д/приема внутри 100 мг/2 г:	внутри	<b>100 мг</b>	2 раза в день
Этодолак	производные индолуксусно й кислоты	таблетки 400мг, 600 мг	внутри	400мг- 600мг	2 раза в день

Целекоксиб		Таблетки 200мг			1-2 раза в день
<b>Высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2</b>					
Эторикоксиб		таблетки 60мг, 90мг, 120мг	внутри	60-120 мг	1 раз в день
<b>Витамины</b>					
<b>Фолиевая кислота</b>	витамин	таблетки 1 мг и 5 мг	внутри	не менее 5 мг/неделю	2-3 раза в день
<a href="https://diseases.medicines.com/disease/">https://diseases.medicines.com/disease/</a>					

НПВП применяют в качестве анальгетической и противовоспалительной терапии при активности заболевания. НПВП применяют при остром синовите, артрите и энтезите в стандартных суточных дозах, не менее 2-х недель. При развитии ремиссии НПВП отменяют. При достижении ремиссии НПВП отменяют. При выборе НПВП больше внимания уделяется их безопасности с точки зрения побочных эффектов, чем их эффективности. Продолжительность приема суточной дозы рекомендуется до 2 недель.

<https://crp.tums.ac.ir/index.php/crcp/article/download/357/373>

### Глюкокортикоидная терапия

Лекарственное средство (международное непатентованное название)	Форма выпуска	Способ введения	Дозировка	Кратность применения
преднизолон	таблетки 5 мг	внутри	5 мг	по схеме
преднизолон	ампулы, 1мл /30мг	в/в, капельно	30мг-120мг	1 раз в день
метилпреднизолон	таблетки 4 мг	внутри	4 мг	по схеме

бетаметазон дипропионат/динатрия фосфат	суспензия для инъекций 7мг/мл-1,0мл	внутрисуставно	до 1,0 мл	по схеме
триамцинолон ацетонид	суспензия для инъекций 40 мг/мл-1,0мл	внутрисуставно	до 1,0 мл	по схеме

<https://diseases.medelement.com/disease/>

При высокой активности РеА, развитии прогностически неблагоприятных системных проявлений (нефрита, кардита и др.), возможно назначение преднизолона внутрь в средних дозах. Доза преднизолона зависит от активности болезни и составляет 30-60 мг в сутки, после достижения терапевтического эффекта, доза препарата постепенно снижается до полной отмены.

При выраженном синовите, энтезитах ГК внутрисуставно, периартикулярно в область энтезиса. При увеите проводят топическую терапию ГК.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499831>

### Базисные противовоспалительные препараты

Лекарственное средство (международное непатентованное название)	Фармакологическая группа	Форма выпуска	Способ введения	Дозировка	Кратность применения
Метотрексат	противоопухолевое средство, антиметаболит	таблетки 2,5 мг, 5 мг.	внутрь	10-15мг	1-2 раза в неделю
Метотрексат	противоопухолевое средство, антиметаболит	преднаполненные шприцы 7,5 мг-22,5 мг	подкожно	10-22,5мг	1 раз в неделю
Лефлуномид	иммунодепрессант	таблетки 20 мг	внутрь	10-20 мг	1 раз в день
Сульфасалазин	сульфаниламидный препарат	таблетки 500мг.	внутрь	500-1000мг	2-3 раза в день
Гидроксихлорохин	противомалярийный препарат	таблетки 200мг.	внутрь	200 мг	1-2 раза в день
Азатиоприн	иммунодепрессант	таблетки 50 мг	внутрь	50мг	1-2 раза в день
<b>Витамин</b>					

БПВП назначают при хроническом течении РеА, при высокой клинико-лабораторной активности и системных поражениях. Наиболее распространенными препаратами являются БПВП, изменяющие течение болезни: сульфасалазин, метотрексат, азатиоприн.

**Сульфасалазин** (конъюгат 5-аминосалициловой кислоты и сульфапиридина). Терапия начинается с приема препарата в дозе 0,5 г в сутки (для оценки переносимости), затем она увеличивается на 0,5 г в неделю до максимальной дозы 2-3 г в сутки. Ответ на сульфасалазин медленный. Ремиссия в ряде случаев достигается через 3–6 мес. При достижении ремиссии доза препарата снижается до поддерживающей. После достижения ремиссии лечение сульфасалазином продолжают 3–6 месяцев. При отсутствии эффекта через 2-3 мес. дальнейший прием ССЗ представляется нецелесообразным, назначается другой БПВП.

**Метотрексат** (антагонист фолиевой кислоты). Начальная доза в большинстве случаев составляет 10 мг в неделю. Рекомендуются назначать дробно, с 12 часовым интервалом, в утренние и вечерние часы. Клинический эффект оценивают через 4-8 нед, при нормальной переносимости увеличивают до 15-20 мг в неделю. Доказана высокая эффективность при кожно-слизистом поражении и иридоциклите.

**Фолиевая кислота** (таблетки, 1 мкг, витамин) рекомендована не менее 5 мг/неделю, не ранее, чем через 24 ч после приема МТ.

#### **4.3. Хирургическое вмешательство:**

Проводится только в условиях стационара.

<https://emedicine.medscape.com/article/331347-treatment?form=fpf#d9>

#### **4.4. Дальнейшее ведение:**

Рекомендуется обучение больных к здоровому образу жизни: проведение общегигиенических мероприятий по профилактике кишечных инфекций (мытьё рук, овощей и фруктов, термическая обработка продуктов, контроль за сроками годности пищевых продуктов); профилактика инфекций, передающихся половым путем – использование презервативов, выполнять ежедневную лечебную гимнастику.

Амбулаторное наблюдение и лечение: проводят семейные врачи, ревматолог, уролог, акушер-гинеколог, дерматовенеролог, офтальмолог, инфекционист, стоматолог и травматолог-ортопед. Продолжительность мониторинга осуществляется индивидуально указанными выше специалистами.

#### **4.5. Показатели безопасности и эффективности методов диагностики и лечения, представленные в отчете/протоколе:**

- уменьшение или полное исчезновение болевого синдрома (симптомов воспаления);
- улучшение или восстановление функциональной активности суставов;
- достижение клинико-лабораторной ремиссии.

#### **5. Показания к госпитализации в зависимости от вида медицинской помощи:**

##### **5.1. рекомендации к плановой госпитализации в стационар:**

- в случае болевого синдрома высокой интенсивности или усиления боли на фоне лечения;
- стабильный/рецидивирующий синовит;
- явно выраженные функциональные нарушения, влияющие на двигательную активность больного.

##### **5.2. рекомендации к экстренной госпитализации службой скорой медицинской помощи:** показаний нет.

#### **6. Тактика лечения больных в условиях стационара:**

**6.1. Карта наблюдения и маршрутизации больного:**

### семейный врач (СВ)

- Острое или хроническое воспаление, боль и припухлость суставов в виде асимметричного артрита.
  - в большинстве случаев поражение суставов ног
  - «лестничные» поражения
  - наличие хронологической связи с урогенной или энтерогенной инфекцией
- СУВтренняя скованность продолжительностью менее 30 минут.

- -ОАК;
- -ОАМ;
- Анализ кала;
- Бактериологическое исследование кала (энтероколитический вариант);
- Бактериологическое исследование мочи (при урогенитальном варианте);
- HLA-B27;
- ПЦР и ИФА-тесты для выявления хламидийной инфекции;
- - рентгенологическое исследование;
- - Осмотр ревматолога.

### СВ+Ревматолог

- Если:
- Повышено СОЭ при ОАК;
- -повышен СРБ
- Обнаружение бактерий в анализе мочи и кала
- HLA-B27-положительный результат
- выявление хламидийной инфекции и энтероколитической инфекции при ПЦР и ИФА исследованиях
- Если РФ отрицательный;
- -При наличии на рентгенограмме одностороннего сакроилеита

### СВ+Ревматолог

- Диагноз: РеА;
- Немедикаментозное амбулаторное лечение;
- Амбулаторное лечение.

### Ревматолог+Терапевт

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

### Терапевт+Ревматолог+дерматовенеролог (или инфекционист)+Физиотерапевт

- Стационарное: немедикаментозное и медикаментозное лечение по рекомендациям ревматолога, дерматовенеролога (или инфекциониста), физиотерапевта.

### Ревматолог+дерматовенеролог (или инфекционист)+Физиотерапевт+СВ

- Качественная реабилитация в амбулаторных условиях после стационара;
- Профилактика в амбулаторных условиях;
- Диспансеризация

## 6.2. Немедикаментозная (без лекарственных средств) терапия:

Профилактика факторов риска, отягощающих течение заболевания (интеркуррентные инфекции, избыточная масса тела, курение, употребление алкоголя и стрессы);

употребление продуктов, богатых ненасыщенными жирными кислотами, фруктов и овощей;

выполнение лечебной гимнастики;

физиотерапевтические процедуры рекомендуются при легкой активности заболевания (после консультации со специалистом);

санаторно-курортное лечение (в период ремиссии заболевания).

Пациентам предоставляется информация о течении заболевания, его последствиях, положительном и отрицательном влиянии лекарств, значении физических упражнений.

<https://diseases.medelement.com/disease/>

## 6.3. Медикаментозная (лекарственная) терапия:

Лечение больного реактивным артритом должно основываться на совместном решении больного и специалиста.

Антибактериальное лечение урогенитального хламидиоза РеА рекомендуется в течение 28-30 дней, а при постэнтероколитическом РеА - до 10 дней.

При лечении больного урогенитальным хламидиозом РеА одновременно следует лечить его полового партнера.

Комплексная медикаментозная терапия включает следующие лекарственные препараты:

**Антибактериальное лечение**

**НПВП**

**Глюкокортикостероиды**

**БПВП**

**Антибиотики, применяемы для эрадикации *Chlamydia trachomatis***

Лекарственное средство (международное непатентованное название)	Фармокологическая группа	Форма выпуска	Способ введения	дозировка	Кратность применения
<i>Тетрациклин</i>	<i>тетрациклины</i>	<i>Таблетки 100мг</i>	Внутрь	100мг	2 таб 4 раза в сутки

Доксициклин	тетрациклины	Таблетки 100мг	Внутрь	100мг	2 раза в сутки
Азитромицин	макролид	Таблетки 500 мг	Внутрь	500мг	1 раза в сутки
Рокситромицин	макролид	Таблетки 150мг	Внутрь	150мг	2 раза в сутки
Кларитромицин	макролид	Таблетки 500мг	Внутрь	500мг	2 раза в сутки
Офлоксацин	фторхинолон	Таблетки 400 мг	Внутрь	400мг	2 раза в сутки
Ципрофлоксацин	фторхинолон	Таблетки 400 мг	Внутрь	400мг	2 раза в сутки
Фуразолидон	производные нитрофурана	Таблетки 50 мг	Внутрь	100-150мг	до 4 раз в сутки

Антибактериальные препараты широкого спектра действия являются основой лечения РеА.

Антибиотиками выбора являются макролиды или тетрациклины. При непереносимости или неэффективности этих препаратов применяют фторхинолоны. Эффективны 6-месячные курсы комбинированной антибактериальной терапии (доксициклин + рифампицин или азитромицин + рифампицин). Повторный контроль хламидиоза проводится через 3-4 недели после курса антибактериальной терапии.

Обязателен осмотр и лечение полового партнера у гинеколога или уролога. Рекомендуется воздержание (использовать презервативы) до завершения лечения и проведения контрольного обследования. Устранение урогенитальной инфекции предотвращает рецидивы и переход заболевания в хроническое течение.

Применение антибиотиков группы пенициллинов противопоказано при реактивных артритах хламидийной этиологии, поскольку они переводят хламидии в L-формы, обладающие высокой резистентностью к антибактериальной терапии. В результате длительного лечения могут развиваться побочные эффекты, сопутствующие заболевания: фотосенсибилизация, тяжелый дисбактериоз, токсический гепатит, агранулоцитоз, тромбоцитопения, гемолитическая анемия.

Курс антибактериальной терапии при постэнтероколитическом РеА кратковременный и не всегда эффективный.

#### Нестероидные противовоспалительные препараты (ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2)

Лекарственное средство (международное непатентованное название)	Фармокологическая группа	Форма выпуска	Способ введения	Разовая доза	Кратность применения
---	--------------------------	---------------	-----------------	--------------	----------------------

### Неселективные ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2

Диклофенак	производные фенилуксусной кислоты	таблетки 25мг, 50 мг	внутри	25мг, 50мг	2-3 раза в день
		таблетки, капсулы 100 мг	внутри	100мг	1 раз в день
		ампулы 3мл 25мг/мл	в/м	75мг	1-2 раза в день
Ацеклофенак	производные фенилуксусной кислоты	таблетки 100 мг	внутри	100мг	2 раза в день
Индометацин	производные индолуксусной кислоты	таблетки 25мг	внутри	25-50мг	2-3 раза в день
Кеторолак	производные арилуксусной кислоты	таблетки 10мг	внутри	10мг	1-4 раза в день
		ампулы 30мг/мл	в/в, в/м	30мг	1-3 раза в день
Ибупрофен	производные пропионовой кислоты	таблетки 200 мг	внутри	200-400мг	3-4 раза в день
		таблетки 400 мг	внутри,	400мг	2-3 раза в сут
		таблетки 800 мг	внутри,	800мг	2 раза в сут
Напроксен	производные пропионовой кислоты	таблетки 250мг, 500мг	внутри	500-1000мг	2 раза в сут
		таблетки 275мг, 550мг	внутри	550мг	1-2 раза в день
Кетопрофен	производные пропионовой кислоты	капсулы 50 мг	внутри	50 мг	3-4 раза в день
		таблетки 100мг	внутри	100мг	1-2 раза в день
		таблетки и капсулы 150 мг	внутри	150мг	1 раз в день

		ампулы 2 мл 50мг/мл	в/м, в/в	100 мг	1-2 раза в день
Декскетопрофен	производные пропионовой кислоты	таблетки 12,5 мг, 25мг.  Пакетики 25 мг. Гранулы для приготовления раствора внутрь	внутри	25мг	1-3 раза в день
		ампулы 2 мл 25мг/мл	в/м или в/в	50мг	1-2 раза в день
Теноксикам	оксикамы	таблетки 20мг	внутри	20мг	1 раз в день
		флаконы 20мг лиофилизированный порошок и растворитель	в/м, в/в	20мг	1 раз в день
Лорноксикам	оксикамы	таблетки 4мг	внутри	4 мг	2-3 раза в день
		таблетка 8мг	внутри	8 мг	1-2 раза в день
		флаконы 8 мг. Лиофилизат для приготовления раствора для в/в и в/м введения	в/в, в/м	8 мг.	1–2 раза в день
Пироксикам	оксикамы	капсулы, таблетки 10мг, 20мг	внутри	20мг	1 раз в день
		ампулы 20мг/мл		20-40мг	1 раз в день

### Селективные ингибиторы ЦОГ-2

Мелоксикам	оксикамы	таблетки 7,5–15мг	внутри	7,5мг	2 раза в день
		ампулы 15мг/1,5мл	в/м	15мг	1 раз в день
Нимесулид	производные сульфонили дов	таблетки 100мг, гранулы д/пригот. Сусп. д/приема внутри 100 мг/2 г:	внутри	<b>100 мг</b>	2 раза в день

Этодолак	производные индолуксусно й кислоты	таблетки 400мг, 600 мг	внутри	400мг- 600мг	2 раза в день
----------	--	---------------------------	--------	-----------------	------------------

### Высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2

Эторикоксиб		таблетки 60мг, 90мг, 120мг	внутри	60-120 мг	1 раз в день
Целекоксиб	коксибы	таблетки 200мг	внутри	40мг	1-2 раза в день

### Витамины

<b>Фолиевая кислота</b>	витамин	таблетки 1 мг и 5 мг	внутри	не менее 5 мг/неде лю	2-3 раза в день
-------------------------	---------	----------------------	--------	--------------------------------	--------------------

<https://diseases.medelement.com/disease/>

НПВП применяют в качестве анальгетической и противовоспалительной терапии при активности заболевания. НПВП применяют при остром синовите, артрите и энтезите. При достижении ремиссии НПВП отменяют. При выборе НПВП больше внимания уделяется их безопасности с точки зрения побочных эффектов, чем их эффективности. Продолжительность приема суточной дозы рекомендуется до 2 недель.

<https://crp.tums.ac.ir/index.php/crcp/article/download/357/373>

### Глюкокортикоидная терапия

Лекарственное средство (международное непатентованное название)	Форма выпуска	Способ введения	Дозировка	Кратность применения
преднизолон	таблетки 5 мг	внутри	5 мг	по схеме
преднизолон	ампулы, 1мл /30мг	в/в, капельно	30мг-120мг	1 раз в день
метилпреднизолон	таблетки 4 мг	внутри	4 мг	по схеме

бетаметазон дипропионат/нат рия фосфат	суспензия для инъекций 7мг/мл-1,0мл	внутрисуставно	до 1,0 мл	по схеме
триамцинолон ацетонид	суспензия для инъекций 40 мг/мл-1,0мл	внутрисуставно	до 1,0 мл	по схеме

<https://diseases.medelement.com/disease/>

При развитии прогностически неблагоприятных системных проявлений (нефрит, кардит и др.) с высокой активностью РеА можно назначать преднизолон внутрь в средних дозах. Доза преднизолона зависит от активности заболевания, после достижения терапевтического эффекта дозу препарата постепенно снижают и полностью отменяют.

При выраженном синовите ГКС вводят внутрисуставно, в участки околосуставного энтезита. Местную терапию ГК проводят при увеитах.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499831>

### Базисные противовоспалительные препараты

Лекарственное средство (международное непатентованное название)	Фармакологическая группа	Форма выпуска	Способ введения	Дозировка	Кратность применения
Метотрексат	противоопухолевое средство, антиметаболит	таблетки 2,5 мг, 5 мг.	внутрь	10-15мг	1-2 раза в неделю
Метотрексат	противоопухолевое средство, антиметаболит	преднаполненные шприцы 7,5 мг-22,5 мг	подкожно	10-22,5мг	1 раз в неделю
Лефлуномид	иммунодепрессант	таблетки 20 мг	внутрь	10-20 мг	1 раз в день
Сульфасалазин	сульфаниламидный препарат	таблетки 500мг.	внутрь	500-1000мг	2-3 раза в день
Гидроксихлорохин	противомаларийный препарат	таблетки 200мг.	внутрь	200 мг	1-2 раза в день

Азатиоприн	иммунодепрессант	таблетки 50 мг	внутри	50мг	1-2 раза в день
<b>Витамин</b>					
<b>Фолиевая кислота</b>	Витамин	таблетки 1 мг и 5 мг	внутри	не менее 5 мг/нед елю	2-3 раза в день
<a href="https://diseases.medelemes.com/diseases/">https://diseases.medelemes.com/diseases/</a>					

БПВП назначают при хроническом течении РеА, при высокой клинико-лабораторной активности и системных поражениях. Наиболее распространенными препаратами являются БПВП, изменяющие течение болезни: сульфасалазин, метотрексат, азатиоприн.

**Сульфасалазин** (конъюгат 5-аминосалициловой кислоты и сульфапиридина). Терапия начинается с приема препарата в дозе 0,5 г в сутки (для оценки переносимости), затем она увеличивается на 0,5 г в неделю до максимальной дозы 2-3 г в сутки. Ответ на сульфасалазин медленный. Ремиссия в ряде случаев достигается через 3–6 мес. При достижении ремиссии доза препарата снижается до поддерживающей. После достижения ремиссии лечение сульфасалазином продолжают 3–6 месяцев. При отсутствии эффекта через 2-3 мес. дальнейший прием ССЗ представляется нецелесообразным, назначается другой БПВП.

**Метотрексат** (антагонист фолиевой кислоты). Начальная доза в большинстве случаев составляет 10 мг в неделю. Рекомендуется назначать дробно, с 12 часовым интервалом, в утренние и вечерние часы. Клинический эффект оценивают через 4-8 нед, при нормальной переносимости увеличивают до 15-20 мг в неделю. Доказана высокая эффективность при кожно-слизистом поражении и иридоциклите.

**Фолиевая кислота** (таблетки, 1 мкг, витамин) рекомендована не менее 5 мг/неделю, не ранее, чем через 24 ч после приема МТ.

#### 6.4. Дальнейшее ведение:

Рекомендуется обучение больных к здоровому образу жизни: проведение общегигиенических мероприятий по профилактике кишечных инфекций (мытьё рук, овощей и фруктов, термическая обработка продуктов, контроль за сроками годности

пищевых продуктов); профилактика инфекций, передающихся половым путем – использование презервативов, выполнять ежедневную лечебную гимнастику.

Амбулаторное наблюдение и лечение: проводят семейные врачи, ревматолог, уролог, акушер-гинеколог, дерматовенеролог, офтальмолог, инфекционист, стоматолог и травматолог-ортопед. Продолжительность мониторинга осуществляется индивидуально указанными выше специалистами.

#### **6.5. Показатели безопасности и эффективности методов диагностики и лечения, представленные в отчете/протоколе**

- уменьшение или полное исчезновение болевого синдрома (симптомов воспаления);
- улучшение или нормализация функциональной активности суставов;
- достижение клинико-лабораторной ремиссии.
- 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.Сабилова;

*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  
«РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ»**

**Ташкент – 2025**

## **2. Основная часть.**

### **2.1. Ведение:**

Развитие деструкций в суставах больных реактивным артритом (РеА), что в свою очередь оказывает негативное влияние на качество жизни больных, особенно при заболевании людей среднего и молодого возраста, снижение их работоспособности и повышение в уровне инвалидности, представляют собой актуальную проблему в ревматологии. В связи с этим разработка новых методов диагностики, лечения и профилактики РеА имеет большое значение в улучшении здоровья пациентов и снижении социально-экономического ущерба системе здравоохранения.

### **2.2. Общее определение:**

Реактивный артрит (РеА) — негнойное воспалительное заболевание суставов, развивающееся хронологически (обычно в течение 1 мес) после острой кишечной или урогенитальной инфекции.

[<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>]

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32458153/>] [<https://rheumatology.org/patients/reactive-arthritis>]

## **3. Методы, подходы, процедуры диагностики и лечения:**

### **3.1. Цель лечения или вмешательства:**

При лечении РеА наряду с антибактериальной терапией при выраженном синовите вводят ГК в сустав, в участки околосуставного энтезита. Местную терапию ГК проводят при увеитах.

Внутрисуставное введение глюкокортикоидов рекомендуется на основании строгих рекомендаций. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов оказывает сильное противовоспалительное действие, но может привести к более высокому риску вторичного остеонекроза и усилению деградации суставов. Поэтому их можно использовать в тех случаях, когда синовит невозможно устранить достаточными дозами НПВС. Не рекомендуется выполнять внутрисуставное введение ГКС чаще одного раза в 3 мес.

### **3.1. цель проведения процедуры или вмешательства:**

Рекомендуется внутрисуставное введение протеза синовиальной жидкости на основе гиалуроната натрия для уменьшения боли и улучшения функции сустава, при хроническом течении РеА с вторичным артрозом, при наличии инициативы со стороны пациента.

*Внутрисуставное применение растворов гиалуроната натрия может приводить к положительному клиническому эффекту различной степени выраженности, средняя продолжительность которого составляет 4-6 и более месяцев, сильно варьируя в зависимости от физико-химических характеристик конкретного изделия медицинского назначения и клинических особенностей пациента.* **Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 2).

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 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 /натрия 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
Гибридный комплекс высокомолекулярной и низкомолекулярной гиалуроновой кислоты	гиалуроновая кислота	преднаполненный шприц 64 мг/2 мл,	внутрисуставно	2 мл	по схеме при вторичном ОА

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22821199/>

Глюкокортикоиды для инъекций-депо форма назначают пациентам РеА 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.

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>

### **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. Как правило, одной лекарственной инъекции недостаточно для достижения терапевтического эффекта. Поэтому лекарства вводятся курсом, который предусматривает от 2-3 до 10 инъекций с интервалами от 3 дней до 2 недель. Инъекции можно делать в коленный, плечевой и тазобедренный сустав.

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22821199/>

### **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 «РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ»**

**Ташкент – 2025**

## 2. Основная часть.

### 2.1. Введение:

Реактивный артрит (РеА) — негнойное воспалительное заболевание суставов, развивающееся хронологически (обычно в течение 1 мес) после острой кишечной или урогенитальной инфекции. Развитие деструкций в суставах больных реактивным артритом (РеА), что в свою очередь оказывает негативное влияние на качество жизни больных, особенно при заболевании людей трудоспособного возраста, снижение их работоспособности и повышение в уровне инвалидности, представляют собой актуальную проблему в ревматологии. В связи с этим разработка новых методов диагностики, лечения и профилактики РеА имеет большое значение в улучшении здоровья пациентов и снижении социально-экономического ущерба системе здравоохранения.

[https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946\]](https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946)

<https://cyberleninka.ru/article/n/reaktivnyy-artrit-1>

<https://cyberleninka.ru/article/n/reaktivnye-artrity-sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya>

### 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.

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/reaktivnye-artrity-sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya>

### 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 вызовут 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://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>].

#### **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.

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://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>]

### ***3.1. Методы и процедуры профилактики:***

#### **Первичная профилактика:**

Общие гигиенические меры профилактики кишечных инфекций (мытьё рук, овощей и фруктов, термическая обработка продуктов, следить за сроком годности пищевых продуктов) и др.

Предупреждение заражения ИППП – использование презервативов. Обследование на ИППП и лечение половых партнёров.

#### **Вторичная профилактика:**

Своевременная антибактериальная терапия с контролем эрадикации возбудителя

Индивидуальный подбор с учетом клинического эффекта и переносимости препарата

Локальная терапия при высокой активности

Применение базисных препаратов при затяжном и хроническом течении артрита

#### **Диспансерное наблюдение**

Наблюдение на амбулаторном этапе, диспансерный учет у ВОП (терапевта):

частота посещений не реже, чем 1 раз в 3 месяца в течение первого года, далее возможно 2 раза в год (при благоприятном течении),

динамическое наблюдение у ревматолога (при применении базисной терапии – не реже, чем 1 раз в 3 месяца).

Контроль ОАК, ОАМ, БАК: креатинина, билирубина, АЛат, АСаТ для оценки динамики и безопасности лечения.

Консультации узких специалистов - по показаниям.

При стойкой клинико-лабораторной ремиссии в течение 5 лет - снятие с диспансерного учета

**третичная профилактика** – Реабилитация осложнений больных РеА (*Проводится СВ в СП, ревматологом в МПЦП и в стационарных условиях и реабилитационных центрах*);

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>

<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### ***3.2. Методы и процедуры реабилитации:***

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:***

Поддержание нормальной массы тела (приведение ИМТ к значениям, не больше 25 кг/м<sup>2</sup>). Уменьшение веса на 2 единицы приводит к 50% снижению риска развития ОА на фоне хронического течения РеА с поражением коленных суставов.

Ограничение подъёма тяжестей и движений, связанных с частым сгибанием коленных суставов, уменьшает риск развития вторичного ОА коленных суставов при хронических формах РеА, а подъёмов по лестнице - уменьшает риск развития ОА тазобедренных суставов.

Тренировка четырёхглавой мышцы бедра снижает риск рентгенологических и клинических проявлений хронического течения РеА с развитием вторичного ОА, поскольку при слабости четырёхглавой мышцы бедра уменьшается её способность распределять нагрузку в суставе и поддерживать его стабильность.

#### ***6. Этапы и объемы реабилитации:***

Рекомендовано применение физиотерапевтического лечения в рамках реабилитации 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 при умеренной и средней активности заболевания, вне острого периода. С этой целью при клинической необходимости можно использовать широкий арсенал современных методов физиотерапии, с учётом факторов коморбидности пациента (лазеротерапия, ультразвук, электрофорез и тд.).

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>

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

### **Лабораторная диагностика:**

- ✓ Общий анализ крови
- ✓ Общий анализ мочи
- ✓ Общий анализ кала
- ✓ СРБ, АСЛО, ревматоидный фактор (IgM РФ)
- ✓ БАК: АСТ и АЛТ, креатинин, глюкоза, общий белок
- ✓ ПЦР или ИФА: антитела классов IgM, IgA к хламидиям, иерсиниям, шигеллам, сальмонеллам и кампилобактеру
- ✓ Серологическое исследование (РНГА) определение антител к иерсиниям, сальмонеллам, шигеллам и кампилобактеру
- ✓ Бактериологический анализ мочи, испражнений, синовиальной жидкости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам
- ✓ Микробиологическое исследование соскоба из уретры у мужчин и уретры и/или цервикального канала у женщин
- ✓ Маркеры вирусов гепатита В, С, ВИЧ
- ✓ антигены системы гистосовместимости HLA-B27
- ✓ АЦЦП
- ✓ кровь на бруцеллез
- ✓ мочевая кислота

### **Инструментальная диагностика**

- ✓ Обзорная рентгенография кистей, стоп и костей таза
- ✓ Ультразвуковое исследование суставов
- ✓ МРТ

- ✓ ЭКГ
- ✓ Эхокардиография
- ✓ ЭГФДС

**Рентгенография** костей таза – характерен односторонний сакроилеит.

Рентгенография суставов: отек околосуставных тканей, околосуставной остеопороз, периостит- незначительная периостальная неровность в области прикрепления связок к костям, «рыхлые пяточные шпоры», редко при хроническом течении эрозии суставных поверхностей

**УЗИ суставов:** утолщение синовиальной оболочки и связок, накопление синовиальной жидкости в полости сустава и в суставной сумке

**КТ или МРТ**–суставов и крестцово-подвздошных сочленении проводят по показаниям.

Выявляются воспалительный отек кости и синовиальной мембраны; остеопения в костях стопы; эрозии и выраженная пролиферация кости – формирование «шпор» в области прикрепления связок к костям (бугор пяточной кости, ладьевидная кость, большой вертел бедренной кости, седалищная кость); острые и хронические воспалительные изменения в крестцово-подвздошных сочленениях

**ЭКГ** проводится всем пациентам с РеА не реже 1 раза в год, для диагностики сердечно сосудистой патологии.

**Эхо КГ** проводится всем пациентам с РеА при подозрении на сердечно-сосудистую патологию

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

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>

#### **8. Тактика медицинской профилактики или реабилитации с указанием уровня:**

**Диспансерное наблюдение** направлено на профилактику обострения заболевания постоянную коррекцию терапии; профилактику осложнений лекарственной терапии.

*Рекомендовано осуществлять врачу первичного звена. При посещениях рекомендовано отмечать: изменения количества поражённых суставов, интенсивность боли (по визуальной аналоговой шкале, ВАШ), объём движений в суставах, появление побочных эффектов ЛС. При необходимости изменяют режим приема ЛС, отменяют или заменяют их. Выясняют, следует ли больной рекомендациям, соблюдает ли диету и режим нагрузок. Для коррекции нарушенной биомеханики сустава - использование ортезов.*

### **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. 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.

### **Снижение массы тела**

Нормализация веса рекомендуется для пациентов с РеА коленного и/или тазобедренного суставов, которые имеют избыточный вес или страдают ожирением.

Пациентам с избыточным весом (ИМТ более 25 кг/м<sup>2</sup>) рекомендовано снижение массы тела не менее чем на 5% за 6 месяцев или 10% за год,

Больным с РеА рекомендовано: регулярный самоконтроль, запись месячного веса, ограничение потребления жира и соли, употребление не менее пяти порций фруктов и овощей в день, физическая активность не менее 30 минут в день. С пациентом обсуждают достигнутый прогресс

### **Физические упражнения.**

Рекомендует упражнения: аэробные, силовые или с сопротивлением, на гибкость и растяжку лучше в воде. В качестве аэробных упражнений может использоваться ходьба.

При РеА коленных суставов необходимы регулярные физические упражнения для укрепления силы четырехглавой мышцы бедра и увеличение объема движений, а также аэробные нагрузки.

Упражнения должны быть персонализированными и адаптированными к потребностям и предпочтениям каждого пациента, чтобы они стали частью образа жизни, а не дополнительными событиями.

Необходимо учитывать противопоказания для занятий лечебной физкультурой.

### **Ортопедические рекомендации.**

Подбирать удобную обувь с хорошими амортизирующими свойствами и поддержкой стопы, ношение достаточно большого размера обуви, чтобы обеспечить удобное пространство для пальцев ног, исключить высокие каблуки.

## **Физиотерапевтические рекомендации.**

При стихании активности артрита в лечебный план включают реабилитационные мероприятия: физиотерапию (микроволновая терапия, фонофорез с гидрокортизоном, электрофорез, аппликации озокерита, парафин и лечебные грязи). ЛФК сначала назначают статические упражнения затем назначают в полном объеме одновременно проводится массаж. Санаторно-курортное лечение показано в стадии ремиссии. Одним из наиболее активных бальнеологических факторов являются радоновые и сероводородные ванны. В Узбекистане радоновые источники: Санатории «Узбекистан» (Нагорный, Самаркандская область), «Алтынсай» (Навоинская область). Сероводородные источники в санатории «Чимьён» (Ферганская область), «Джейран-хана» (Сурхандаринская область), йодобромистый источник в санатории «Чартак, (Наманганская область), минеральный, йодобромистый источник в санатории «М. Топволдиев» (Ферганская область, Риштан)

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

### **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. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndosí, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
2. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
3. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
4. Kvien TK , Gaston JS , Bardin T , Butrimiene I , Dijkmans BA , Leirisalo-Repo M , Solakov P , Altwegg M , Mowinckel P , Plan PA , Vischer T and EULAR. Three month treatment of reactive arthritis with azithromycin : a EULAR double blind, placebo controlled study. *Annals of the rheumatic diseases*, 2004, 63(9), 1113
5. Carter JD , Espinoza LR , Inman RD , Sneed KB , Ricca LR , Vasey FB , Valeriano J , Stanich JA , Oszust C , Gerard HC and Hudson AP. Combination antibiotics as a treatment for chronic Chlamydia-induced reactive arthritis : a double-blind, placebo-controlled, prospective trial. *Arthritis and rheumatism*, 2010, 62(5), 1298
6. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndosí, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: [http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-](http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html)

7. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
8. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. Int J STD AIDS November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
9. Carter JD , Valeriano J and Vasey FB. Doxycycline versus doxycycline and rifampin in undifferentiated spondyloarthropathy, with special reference to chlamydia-induced arthritis . A prospective, randomized 9-month comparison. The Journal of rheumatology, 2004, 31(10), 1973
10. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndosu, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
11. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
12. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. Int J STD AIDS November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
13. Moskowitz RW, Lesko M, Hooper M. Open-label study of clarithromycin in patients with undifferentiated connective tissue disease. Semin Arthritis Rheum. 2006 Oct;36(2):82-7.

14. Sieper J , Fendler C , Laitko S , Sörensen H , Gripenberg-Lerche C , Hiepe F , Alten R , Keitel W , Groh A , Uksila J , Eggens U , Granfors K and Braun J. No benefit of long-term ciprofloxacin treatment in patients with reactive arthritis and undifferentiated oligoarthritis: a three-month, multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Arthritis and rheumatism*, 1999, 42(7), 1386
  
15. Yli-Kerttula T , Luukkainen R , Yli-Kerttula U , Möttönen T , Hakola M , Korpela M , Sanila M, Uksila J and Toivanen A. Effect of a three month course of ciprofloxacin on the late prognosis of reactive arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 2003, 62(9), 880
  
16. Liu J, Sun D, He J, Yang C, Hu T. et al. Gastroprotective effects of several H2RAs on ibuprofen-induced gastric ulcer in rats. *Life Sci.* 2016 Mar 15;149:65-71. doi: 10.1016/j.lfs.2016.02.045. Epub 2016 Feb 13.
  
17. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
  
18. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
  
19. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
  
20. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>

21. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
22. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
23. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
24. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
25. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
26. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
27. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available

from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>

28. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
29. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
30. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
31. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
32. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
33. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
34. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi:

35. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndosí, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
36. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
37. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
38. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndosí, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
39. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
40. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
41. Clegg DO , Reda DJ , Weisman MH , Cush JJ , Vasey FB , Schumacher HR , et al. Comparison of sulfasalazine and placebo in the treatment of reactive arthritis (Reiter's

syndrome). A Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Arthritis and rheumatism*, 1996, 39(12), 2021

42. Ramiro S, Radner H, van der Heijde D, van Tubergen A, Buchbinder R, Aletaha D, Landewé RBM. Combination therapy for pain management in inflammatory arthritis (rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, other spondyloarthritis). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 10. Art. No.: CD008886. DOI: 10.1002/14651858.CD008886.pub2.
43. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
44. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
45. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
46. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
47. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available

from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>

48. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
49. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
50. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
51. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
52. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
53. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
54. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi:

55. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
56. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
57. Lanas A , Goldstein JL , Chan FKL , Wilcox CM , Peura DA , Li C , Sands GH and Scheiman JM. Risk factors associated with a decrease  $>2$  g/dL in haemoglobin and/or  $>10\%$  haematocrit in osteoarthritis patients taking celecoxib or a nonselective NSAID plus a PPI in a large randomised controlled trial (CONDOR). *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2012, 36(5), 485
58. Lanas A , Goldstein JL , Chan FKL , Wilcox CM , Peura DA , Li C , Sands GH and Scheiman JM. Risk factors associated with a decrease  $>2$  g/dL in haemoglobin and/or  $>10\%$  haematocrit in osteoarthritis patients taking celecoxib or a nonselective NSAID plus a PPI in a large randomised controlled trial (CONDOR). *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2012, 36(5), 485
59. Liu J, Sun D, He J, Yang C, Hu T. et al. Gastroprotective effects of several H2RAs on ibuprofen-induced gastric ulcer in rats. *Life Sci*. 2016 Mar 15;149:65-71. doi: 10.1016/j.lfs.2016.02.045. Epub 2016 Feb 13.
60. Gamaletsou MN, Rammaert B, Bueno MA, Sipsas NV, Moriyama B, Kontoyiannis DP, Roilides E, Zeller V, Taj-Aldeen SJ, Miller AO, Petraitiene R, Lortholary O, Walsh TJ. Candida Arthritis: Analysis of 112 Pediatric and Adult Cases. *Open Forum Infect Dis*. 2015 Dec 23;3(1):ofv207. doi: 10.1093/ofid/ofv207. eCollection 2016 Jan.
61. Bekiarova P , Gerginova V and Sheitanov I. Clinical evaluation of the drug Mydocalm ("gedeon richter") in patients with ankylosing spondylitis and spondyloarthritis. [Bulgarian]. *Revmatologiya (Moscow, Russia)*, 2000, 8(4), 41
- Usha PR , Naidu MUR and Datla R. Clinical efficacy and tolerability evaluation of pentoxifylline in rheumatoid arthritis : A double-blind, randomised, placebo-controlled

study. *Clinical drug investigation*, 2002, 22(5), 329. Available from: <http://link.springer.com/article/10.2165/00044011-200222050-00007>

62. Beverley Shea , Michael V Swinden , Elizabeth Tanjong Ghogomu , Zulma Ortiz , Wanruchada Katchamart, Tamara Rader , Claire Bombardier , George A Wells and Peter Tugwell. Folic acid and folinic acid for reducing side effects in patients receiving methotrexate for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Online Publication Date: May 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD000951.pub2. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000951.pub2/full>
63. Huang SC , Wei JC , Wu DJ and Huang YC. Vitamin B(6) supplementation improves pro-inflammatory responses in patients with rheumatoid arthritis. *European journal of clinical nutrition*, 2010, 64(9), 1007. Available from: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v64/n9/full/ejcn2010107a.html>
64. Syngle A, Vohra K, Garg N, Kaur L, Chand P. Advanced glycation end-products inhibition improves endothelial dysfunction in rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis*. 2012 Feb;15(1):45-55. doi: 10.1111/j.1756-185X.2011.01679.x. Epub 2011 Oct 10. Syngle A, Vohra K, Garg N, Kaur L, Chand P. Advanced glycation end-products inhibition improves endothelial dysfunction in rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis*. 2012 Feb;15(1):45-55. doi: 10.1111/j.1756-185X.2011.01679.x. Epub 2011 Oct 10.