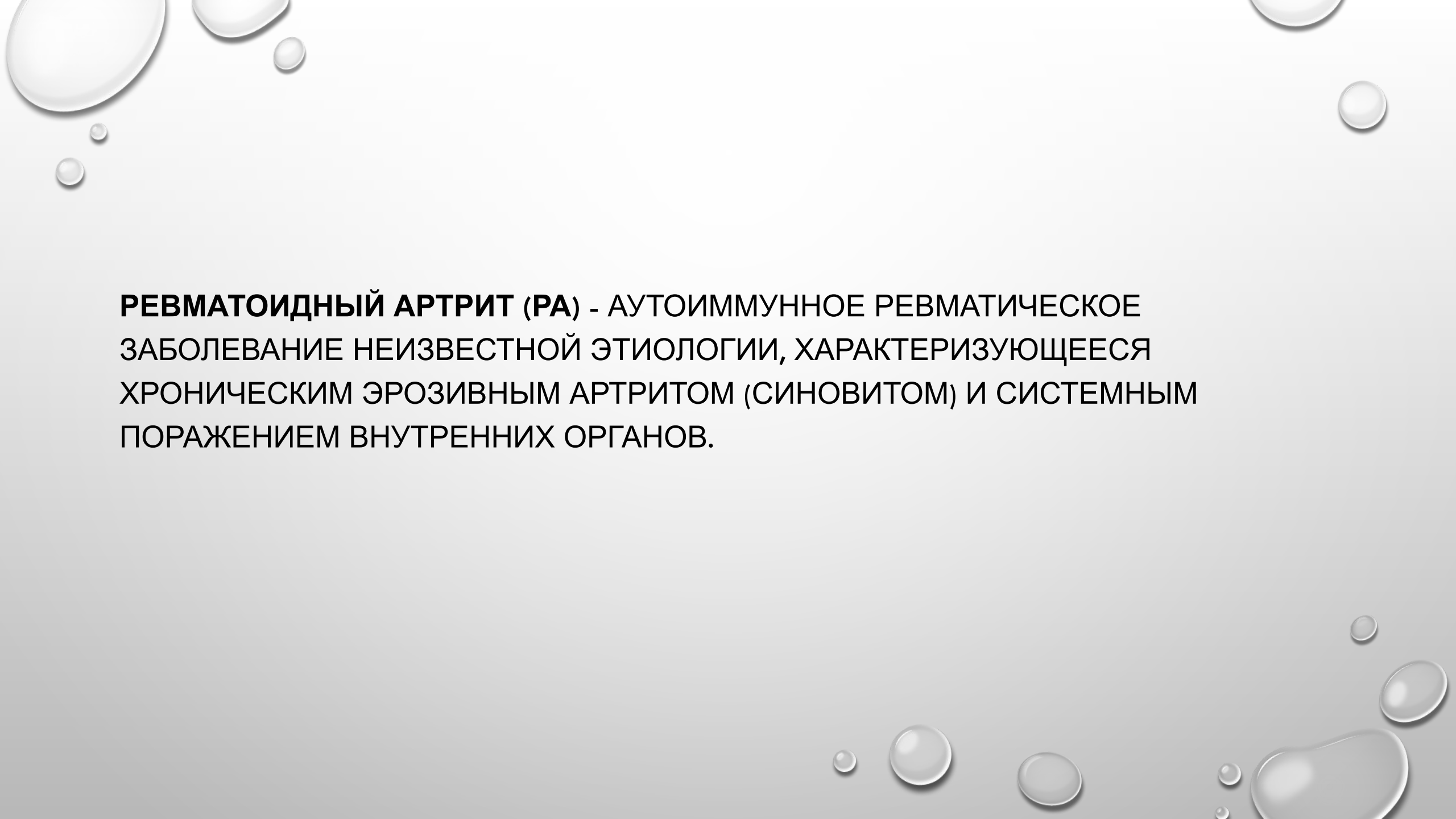


АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №1

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

ВЫПОЛНИЛА: АЛТЫНБЕКОВА М.
СТУДЕНТКА 454 ГР ОМ
ПРОВЕРИЛ: ЖАКУПОВ М.К.

АСТАНА -2018



РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ (РА) - АУТОИММУННОЕ РЕВМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕИЗВЕСТНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ХРОНИЧЕСКИМ ЭРОЗИВНЫМ АРТРИТОМ (СИНОВИТОМ) И СИСТЕМНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.

Этиология

Генетическая предрасположенность

- ❖ Наследственная склонность к аутоиммунным реакциям.
- ❖ Чаще встречается у носителей определенного антигена класса МНС II: HLA — DR1, DR4

Инфекционный фактор

- ❖ парамиксовирусы — вирусы паротита, кори, респираторно-синцитиальной инфекции
- ❖ гепаовирусы — вирус гепатита В
- ❖ герпесвирусы — вирусы простого герпеса, опоясывающего лишая, Цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр (значительно выше в синовиальной жидкости * больных РА)
- ❖ ретровирусы — Т-лимфотропный вирус

Пусковой фактор

- ❖ Переохлаждение
- ❖ Гиперинсоляция
- ❖ Интоксикации
- ❖ Мутагенные медикаменты
- ❖ Эндокринопатии
- ❖ Стрессы
- ❖ Для женщин длительность кормления грудью снижает вероятность развития РА. Кормление грудью в течение 24 месяцев и дольше понижает риск развития РА вдвое.

ПАТОГЕНЕЗ Р.А.



КЛАССИФИКАЦИЯ

- **КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ НА:**

- ОЛИГОАРТРИТ КРУПНЫХ СУСТАВОВ;
- АСИММЕТРИЧНЫЙ АРТРИТ СУСТАВОВ КИСТЕЙ;
- СЕРОНЕГАТИВНЫЙ ОЛИГОАРТРИТ СУСТАВОВ КИСТЕЙ;
- МИГРИРУЮЩИЙ НЕСТОЙКИЙ ПОЛИАРТРИТ.

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:

ОСНОВНОЙ ДИАГНОЗ:

- РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ СЕРОПОЗИТИВНЫЙ (M05.8);
- РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ СЕРОНЕГАТИВНЫЙ (M06.0);
- ОСОБЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА;
 - СИНДРОМ ФЕЛТИ (M05.0);
 - БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ (M06.1).
- РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ВЕРОЯТНЫЙ (M05.9, M06.4, M06.9).

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:

- **КЛИНИЧЕСКАЯ СТАДИЯ:**

- ОЧЕНЬ РАННЯЯ СТАДИЯ: ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ МЕНЕЕ 6 МЕС.;
- РАННЯЯ СТАДИЯ: ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ 6 МЕС - 1 ГОД;
- РАЗВЕРНУТАЯ СТАДИЯ: ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ БОЛЕЕ 1 ГОДА ПРИ НАЛИЧИИ ТИПИЧНОЙ СИМПТОМАТИКИ;
- ПОЗДНЯЯ СТАДИЯ: ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ 2 ГОДА И БОЛЕЕ + ВЫРАЖЕННАЯ ДЕСТРУКЦИЯ МЕЛКИХ (III—IV РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ) И КРУПНЫХ СУСТАВОВ, НАЛИЧИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ.

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:

- **СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ:**

- 0 - РЕМИССИЯ ($DAS28 < 2,6$);
- I - НИЗКАЯ ($DAS28 = 2,6-3,2$);
- II - СРЕДНЯЯ ($DAS28 = 3,3-5,1$);
- III - ВЫСОКАЯ ($DAS28 > 5,1$).

ВНЕСУСТАВНЫЕ (СИСТЕМНЫЕ) ПРИЗНАКИ:

- РЕВМАТОИДНЫЕ УЗЕЛКИ;
- КОЖНЫЙ ВАСКУЛИТ (ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ, ИНФАРКТЫ НОГТЕВОГО ЛОЖА, ДИГИТАЛЬНЫЙ АРТЕРИИТ, ЛИВЕДО-АНГИИТ);
- НЕЙРОПАТИЯ (МОНОНЕВРИТ, ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ);
- ПЛЕВРИТ (СУХОЙ, ВЫПОТНОЙ), ПЕРИКАРДИТ (СУХОЙ, ВЫПОТНОЙ);
- СИНДРОМ ШЕГРЕНА;
- ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ (СКЛЕРИТ, ЭПИСКЛЕРИТ, ВАСКУЛИТ СЕТЧАТКИ).

- **ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

НАЛИЧИЕ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ ЭРОЗИЙ: НЕЭРОЗИВНЫЙ; ЭРОЗИВНЫЙ (ДАННЫЕ РЕНТГЕНОГРАФИИ, МРТ, УЗИ)

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ (ПО ШТЕЙНБРОКЕРУ):

I - ОКОЛОСУСТАВНОЙ ОСТЕОПОРОЗ;

II - ОКОЛОСУСТАВНОЙ ОСТЕОПОРОЗ + СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ, МОГУТ БЫТЬ ЕДИНИЧНЫЕ ЭРОЗИИ

III - ПРИЗНАКИ ПРЕДЫДУЩЕЙ СТАДИИ + МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЭРОЗИИ+ ПОДВЫВИХИ В СУСТАВАХ;

IV - ПРИЗНАКИ ПРЕДЫДУЩИХ СТАДИИ + КОСТНЫЙ АНКИЛОЗ.

- **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА** - АНТИТЕЛА К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ (АЦЦП):

АЦЦП - ПРИСУТСТВУЮТ (+).

АЦЦП - ОТСУТСТВУЮТ (-).

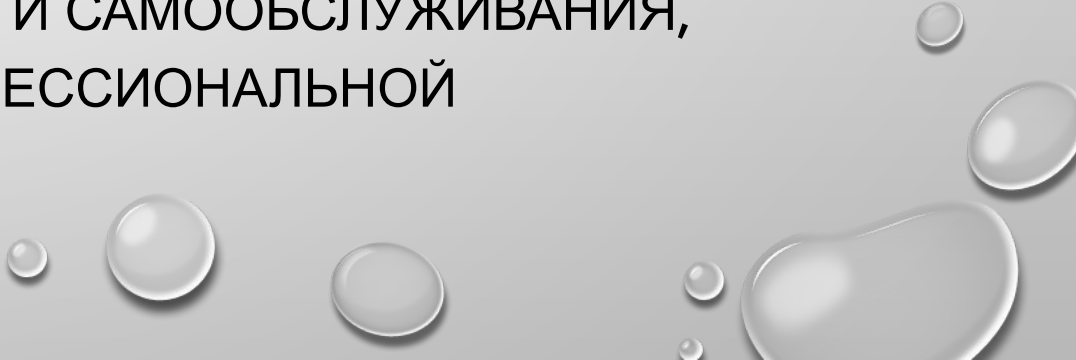
- **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (ФК):**

- • 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.



- **ОСЛОЖНЕНИЯ:**

- ВТОРИЧНЫЙ СИСТЕМНЫЙ АМИЛОИДОЗ.
 - ВТОРИЧНЫЙ ОСТЕОАРТРОЗ
 - ОСТЕОПОРОЗ (СИСТЕМНЫЙ)
 - ОСТЕОНЕКРОЗ
 - ТУННЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ (СИНДРОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА, СИНДРОМЫ СДАВЛЕНИЯ ЛОКТЕВОГО, БОЛЬШЕБЕРЦОВОГО НЕРВОВ).
 - ПОДВЫВИХ В АТЛАНТО-АКСИАЛЬНОМ СУСТАВЕ, В Т.Ч. С МИЕЛОПАТИЕЙ, НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
 - АТЕРОСКЛЕРОЗ
- 

ДИАГНОСТИКА

- **ЖАЛОБЫ:**

- БОЛЬ, ОТЕЧНОСТЬ, УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В МЕЛКИХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ;
- ЗАТРУДНЕНИЕ СЖАТИЯ КИСТИ В КУЛАК И БОЛЬ У ОСНОВАНИЯ ПАЛЬЦЕВ СТОП ПРИ ХОДЬБЕ;
- БЫСТРАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ;
- ОБЩЕЕ НЕДОМОГАНИЕ;
- ПОТЕРЯ В ВЕСЕ;
- ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ;
- УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ПРИЕМЕ НПВП.

- **АНАМНЕЗ:**

В АНАМНЕЗЕ НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ:

- ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СИМПТОМОВ АРТРИТА;
- НАЛИЧИЕ И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ УТРЕННЕЙ СКОВАННОСТИ;
- НАЛИЧИЕ «СУТОЧНОГО РИТМА» БОЛИ В СУСТАВАХ С ХАРАКТЕРНЫМ УСИЛЕНИЕМ БОЛИ В РАННИЕ УТРЕННИЕ ЧАСЫ;
- СТОЙКОСТЬ ПРИЗНАКОВ СИММЕТРИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ;
- СВЕДЕНИЯ О СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ, ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧКАХ, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ОЦЕНКУ БЛИЖАЙШЕГО И ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА.

- **ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:**

- ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ:**

- НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- БОЛЬ (ПРИ ПАЛЬПАЦИИ И ДВИЖЕНИИ) И СИММЕТРИЧНАЯ ПРИПУХЛОСТЬ (СВЯЗАНА С ВЫПОТОМ В ПОЛОСТЬ СУСТАВА) ПОРАЖЁННЫХ СУСТАВОВ.
 - СНИЖЕНИЕ СИЛЫ СЖАТИЯ КИСТИ.
 - УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ В СУСТАВАХ (ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНОВИТА).
 - РЕВМАТОИДНЫЕ УЗЕЛКИ (РЕДКО, ПРОЯВЛЕНИЕ СИСТЕМНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ). НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ - В РАЗВЁРНУТОЙ И ФИНАЛЬНОЙ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

- **КИСТИ:** УЛЬНАРНАЯ ДЕВИАЦИЯ, ОБЫЧНО РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ЧЕРЕЗ 1-5 ЛЕТ ОТ НАЧАЛА БОЛЕЗНИ; ПОРАЖЕНИЕ ПАЛЬЦЕВ КИСТЕЙ ПО ТИПУ «БУТОНЬЕРКИ» (СГИБАНИЕ В ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВАХ) ИЛИ «ШЕИ ЛЕБЕДЯ» (ПЕРЕРАЗГИБАНИЕ В ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВАХ); ДЕФОРМАЦИЯ КИСТИ ПО ТИПУ «ЛОРНЕТКИ».
- **КОЛЕННЫЕ СУСТАВЫ:** СГИБАТЕЛЬНАЯ И ВАЛЬГУСНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ, КИСТА БЕЙКЕРА.
- **СТОПЫ:** ПОДВЫВИХИ ГОЛОВОК ПЛЮСНЕФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ, ТИБИАЛЬНАЯ ДЕВИАЦИЯ, ДЕФОРМАЦИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА.
- **ШЕЙНЫЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА:** ПОДВЫВИХИ В ОБЛАСТИ АТЛАНТОАКСИАЛЬНОГО СУСТАВА, ИЗРЕДКА ОСЛОЖНЯЮЩИЕСЯ КОМПРЕССИЕЙ СПИННОГО МОЗГА ИЛИ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ.
- **СВЯЗОЧНЫЙ АППАРАТ И СИНОВИАЛЬНЫЕ СУМКИ:** ТЕНДОСИНОВИТ В ОБЛАСТИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА И КИСТИ; БУРСИТ, ЧАЩЕ В ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА;

- **ВНЕСУСТАВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ:**

ИНОГДА МОГУТ ПРЕВАЛИРОВАТЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ. КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ И ТЯЖЕЛЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ФАКТОРАМИ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА.

- **КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ:** ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ СЛАБОСТЬ, НЕДОМОГАНИЕ, ПОХУДАНИЕ, СУБФЕБРИЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА.
- **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА:** ПЕРИКАРДИТ, ВАСКУЛИТ, РАННЕЕ РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА.
- **ЛЁГКИЕ:** ПЛЕВРИТ, ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЁГКИХ, РЕВМАТОИДНЫЕ УЗЕЛКИ В ЛЁГКИХ (СИНДРОМ КАПЛАНА).
- **КОЖА:** РЕВМАТОИДНЫЕ УЗЕЛКИ, УТОЛЩЕНИЕ И ГИПОТРОФИЯ КОЖИ; ДИГИТАЛЬНЫЙ АРТЕРИИТ, МИКРОИНФАРКТЫ В ОБЛАСТИ НОГТЕВОГО ЛОЖА, СЕТЧАТОЕ ЛИВЕДО.
- **НЕРВНАЯ СИСТЕМА:** КОМПРЕССИОННАЯ НЕЙРОПАТИЯ, СИММЕТРИЧНАЯ СЕНСОРНО - МОТОРНАЯ НЕЙРОПАТИЯ, МНОЖЕСТВЕННЫЙ МОНОНЕВРИТ, ШЕЙНЫЙ МИЕЛИТ.
- **МЫШЦЫ:** ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ АМИОТРОФИЯ.
- **ГЛАЗА:** СУХОЙ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ, ЭПИСКЛЕРИТ, СКЛЕРИТ, ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ЯЗВЕННАЯ КЕРАТОПАТИЯ.

- **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

- ОАК;
- БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (АЛТ, АСТ, ОБЩИЙ БЕЛОК И ФРАКЦИИ, ГЛЮКОЗА, КРЕАТИНИН, ХОЛЕСТЕРИН):
- СРБ;
- РФ;
- АЦЦП.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СУСТАВОВ;
- УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СУСТАВОВ;
- МРТ КИСТЕЙ;
- ЭКГ;
- ЭХОКАРДИОГРАФИЯ;
- РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЛЕГКИХ В ДВУХ ПРОЕКЦИЯХ.

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И НАПРАВЛЕНИЯ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ВРАЧУ-РЕВМАТОЛОГУ НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ КРИТЕРИЕВ:

- ОПРЕДЕЛЯЕМАЯ ПРИ ОСМОТРЕ ПРИПУХЛОСТЬ ХОТЯ БЫ ОДНОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СУСТАВА;
- ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ «СЖАТИЯ» КИСТЕЙ И/ИЛИ СТОП;
- УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ 30 МИНУТ И БОЛЕЕ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Остеоартроз	Незначительная припухлость мягких тканей, вовлечение дистальных межфаланговых суставов.	ОАК, АЦЦП, рентген суставов	Отсутствие выраженной утренней скованности, боли в суставах механического и стартового характера, отрицательный АЦЦП, РФ. На рентгенограмме кистей картина остеосклероза, остеофитоза.
Системная красная волчанка.	Суставной синдром: артрит мелких суставов кистей.	ОАК, Ревматоидный фактор, АЦЦП, АНФ, АНА рентген суставов.	Артрит неэрозивный Высокие титры АНФ, АНА. Имеются системное поражение внутренних органов и выраженный конституциональный синдром.

Подагра	При хронической форме может быть симметричное поражение мелких суставов кистей и стоп, субкортикальные эрозии на рентгенограммах.	ОАК, ОАМ, Ревматоидный фактор, АЦЦП, Мочевая кислота, рентген суставов, пункция суставов	Отсутствует РФ и АЦЦП, часто наблюдается гиперурикемия, наличие тофусов
Спондилоартриты (Псориатический артрит, Анкилозирующий спондилит, реактивный артрит).	Асимметричный моноартрит, олигоартрит, иногда симметричный полиартрит,	ОАК, ОАМ, Ревматоидный фактор, АЦЦП, HLA-B27, тесты на хламидии, рентген суставов	Мутилирующий артрит, «сосискообразный» артрит (дактилит), поражения осевого скелета, часты энтезиты. Частое поражение дистальных межфаланговых суставов, осевое поражение, веретенообразная припухлость пальцев. Отсутствует РФ и АЦЦП; одно-или двухсторонний сакроилеит. Частая серопозитивность по HLA-B27.
Системная склеродермия		ОАК, Иммунологические тесты	Феномен Рейно и уплотнение кожи, поражение пищевода, легких; редко может выявляться артрит, обычно артралгии; ограничение объема движений, связанное с прикреплением кожи к подлежащей фасции. Нет эрозивного артрита.

Ревматическая полимиалгия	Суставной синдром	ОАК, РФ, АЦЦП, рентгенография суставов	Диффузная боль и утренняя скованность в осевых суставах и проксимальных группах мышц. Выраженный ответ на глюкокортикоидную терапию. Выраженное повышение СОЭ; редко возникает в возрасте моложе 50 лет
Вирусные артриты	Характерна утренняя скованность с симметричным поражением суставов кистей и лучезапястных суставов, может выявляться РФ	ОАК, ОАМ, Ревматоидный фактор, рентген суставов	Может выявляться вирусная экзантема. В большинстве случаев спонтанно проходит в течение 4-6 нед.
Фибромиалгия	Распространённая мышечно-скелетная боль и скованность, парестезии, непродуктивный сон, усталость	ОАК, ОАМ, Ревматоидный фактор, рентген суставов	Множественные симметричные «триггерные» точки (для диагноза достаточно наличие 11 из 18); лабораторные исследования и исследование суставов - без патологии (нет артрита)

ЛЕЧЕНИЕ

- **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:**

- ИЗБЕГАТЬ ФАКТОРОВ, КОТОРЫЕ ПОТЕНЦИАЛЬНО МОГУТ ПРОВОЦИРОВАТЬ ОБОСТРЕНИЕ БОЛЕЗНИ (ИНТЕРКУРРЕНТНЫЕ ИНФЕКЦИИ, СТРЕСС И ДР.);
 - ОТКАЗ ОТ КУРЕНИЯ И ПРИЁМА АЛКОГОЛЯ;
 - КУРЕНИЕ МОЖЕТ ИГРАТЬ РОЛЬ В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ РА. ВЫЯВЛЕНА АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ КОЛИЧЕСТВОМ ВЫКУРИВАЕМЫХ СИГАРЕТ И ПОЗИТИВНОСТЬЮ ПО РФ, ЭРОЗИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В СУСТАВАХ И ПОЯВЛЕНИЕМ РЕВМАТОИДНЫХ УЗЕЛКОВ, А ТАКЖЕ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЁГКИХ (У МУЖЧИН);
 - ПОДДЕРЖАНИЕ ИДЕАЛЬНОЙ МАССЫ ТЕЛА;
 - СБАЛАНСИРОВАННАЯ ДИЕТА, ВКЛЮЧАЮЩАЯ ПРОДУКТЫ С ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ (РЫБИЙ ЖИР, ОЛИВКОВОЕ МАСЛО И ДР.), ФРУКТЫ, ОВОЩИ ПОТЕНЦИАЛЬНО ПОДАВЛЯЕТ ВОСПАЛЕНИЕ, СНИЖАЕТ РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ;
 - ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ (ИЗМЕНЕНИЕ СТЕРЕОТИПА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И ДР.);
 - ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА (1 -2 РАЗА В НЕДЕЛЮ);
 - ФИЗИОТЕРАПИЯ: ТЕПЛОВЫЕ ИЛИ ХОЛОДОВЫЕ ПРОЦЕДУРЫ, УЛЬТРАЗВУК, ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ, ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ;
 - ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ (ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ТИПИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СУСТАВОВ И НЕСТАБИЛЬНОСТИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, ОРТЕЗЫ, СТЕЛКИ, ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ОБУВЬ);
 - САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ТОЛЬКО БОЛЬНЫМ В СТАДИИ РЕМИССИИ;
- НА ПРОТЯЖЕНИИ БОЛЕЗНИ НЕОБХОДИМЫ АКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ВКЛЮЧАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ И СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ.
- ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СТРАТЕГИИ «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ» (TREAT TO TARGET, T2T):
 - ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫМ;
 - ЛЕЧЕНИЕ БПВП, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ МТ, ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ КАК МОЖНО РАНЬШЕ, ЖЕЛАТЕЛЬНО В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 1-6 МЕСЯЦЕВ ОТ НАЧАЛА БОЛЕЗНИ («ОКНО ВОЗМОЖНОСТИ»);
 - ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ МАКСИМАЛЬНО АКТИВНЫМ С БЫСТРОЙ ЭСКАЛАЦИЕЙ ДОЗЫ МТ ДО 25-30 МГ/НЕД И ПОСЛЕДУЮЩИМ ИЗМЕНЕНИЕМ (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ) СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ (В ТОМ ЧИСЛЕ КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ) В ТЕЧЕНИЕ 3-6 МЕСЯЦЕВ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ МАКСИМАЛЬНО ВОЗМОЖНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА;
 - В СЛУЧАЕ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПОКАЗАНО РАЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ГИБП.

ОСНОВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ :

Лекарственное
средство
(международн
ое
непатентованн
ое название)

Фармакологическ
ие группы

Способ введения и ед.
измерения (таблетки,
ампулы, капсула)

Разовая доза

Кратность
применения
(кол-во раз в
день)**

Длительность
применения
(кол-во дней)

Уровень
доказательнос
ти

Цитостатическая терапия

Метотрексат	антиметаболит	внутри	7,5-25 мг	1 раз в неделю	длительно	УД- А [17 – 21]
Метотрексат	антиметаболит	п/к	7,5-25 мг	1 раз в неделю	длительно	УД- А [22, 23]
Лефлуномид	иммунодепрессант	таблетки	20 мг	1	7	УД- А [24, 25]
Сульфасалазин	сульфаниламиды	внутри	500-2000 мг	2-3 раза в сутки	длительно	УД- А [19,27]

Глюкокортикостероидная терапия

метилпреднизолон	Синтетический глюкокортикостеро идный гормональный препарат	внутри	4-16мг	1-2 раза в сутки	курсами	УД- А [17, 18, 19, 28, 29]
преднизолон	Синтетический глюкокортикостеро идный гормональный	внутри	5-15мг	1-2 раза в сутки	курсами	УД- А [17, 18, 19, 28, 29]

Нестероидные противовоспалительные препараты

Диклофенак	Производный уксусной кислоты	внутри	75-200 мг	1-3 раз в сутки	курсами	УД – В [18,19, 30]
мелоксикам	производное оксикама, селективный ингибитор ЦОГ-2	внутри	7,5-15 мг	1-2 раз в сутки	длительно	УД – В [18,19, 31]
нимесулид	НПВП из класса сульфонамидов	внутри	100-200 мг	1-2 раз в сутки	длительно	УД – В [18,19, 32]
лорноксикам	производное оксикама, селективный ингибитор ЦОГ-2	внутри	8-32мг в сутки	1-2 раз в сутки	курсами	УД – В [18,19, 33]
ацеклофенак	Производное фенилуксусной кислоты	внутри	100 мг в сутки	1 раз в сутки	длительно	УД – В [18,19, 34]
эторикоксиб	Коксибы	внутри	по 60-120 мг в сутки	1-2 раза в сутки	длительно	УД – В [18,19, 35–36]
кетопрофен	Производное пропионовой кислоты	внутри	50-150 мг	1-3 раза в сутки	5 дней	УД – В [18,19, 37]

Генно-инженерные-биологические препараты

Тоцилизумаб	Иммунодепрессант, блокатор рецепторов интерлейкина 6	в/в	флакон 80-400 мг	1раз в месяц	длительно	УД – А [17, 20, 38, 39]
Тоцилизумаб	Иммунодепрессант, блокатор рецепторов интерлейкина 6	Подкожно	162 мг/0,9 мл	1раз в месяц	длительно	УД – А [17, 20, 38, 39]
Ритуксимаб	Иммунодепрессант, моноклональное антитело, анти- В клеточный препарат	в/в	1000-2000 мг	По схеме	длительно	УД – А [17, 20, 40]
инфликсимаб	Иммунодепрессант, химерное моноклональное антитело к ФНО-а	в/в	5 мг/кг в/в	0,2,6 недели, затем каждые 6 недель	длительно	УД – А [17, 20, 41, 42]
Бiosимиляр инфликсимаба	Иммунодепрессант, химерное моноклональное антитело к ФНО-а	в/в	3-5 мг/кг в/в	0,2,6 недели, затем каждые 6 недель	длительно	УД – А [69,70]
этанерцепт	Рекомбинантный химерный белок к ФНО-а и лимфотоксину	п/к	50 мг	1 раз в неделю	длительно	УД – А [17, 20, 43]
адалимумаб	Иммунодепрессант, рекомбинантные человеческие моноклональные антитела к ФНО	п/к	40 мг п/к	1 раз в 2 недели	длительно	УД – А [17, 20, 44]
голимумаб	Иммунодепрессант, рекомбинантные человеческие моноклональные	п/к	50 мг п/к	1 раз в месяц	длительно	УД – А [17, 20, 45]

Препараты кальция и витамина D

Кальция
карбонат 2500
мг,
(эквивалентно
элементарному
кальцию 1000
мг),
холекальцифе
рол 22 мкг (800
МЕ витамина
Д3)

внутри

1 таблетка

1 раз в сутки

На все
время
проведения
глюкокортик
оидной
терапии

УД – А

- **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ :**

- ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СУСТАВОВ;
- СИНОВЭКТОМИЯ;
- АРТРОДЕЗ.

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ:

- СДАВЛЕНИЕ НЕРВА ВСЛЕДСТВИЕ СИНОВИТА ИЛИ ТЕНДОСИНОВИТА;
- УГРОЖАЮЩИЙ ИЛИ СОВЕРШИВШИЙСЯ РАЗРЫВ СУХОЖИЛИЯ;
- АТЛАНТООСЕВОЙ ПОДВЫВИХ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ;
- ДЕФОРМАЦИИ, ЗАТРУДНЯЮЩИЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОСТЕЙШИХ ПОВСЕДНЕВНЫХ ДЕЙСТВИЙ;
- ТЯЖЁЛЫЕ АНКИЛОЗЫ ИЛИ ДИСЛОКАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ;
- НАЛИЧИЕ БУРСИТОВ, НАРУШАЮЩИХ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНОГО, А ТАКЖЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ УЗЕЛКОВ, ИМЕЮЩИХ ТЕНДЕНЦИЮ К ИЗЪЯЗВЛЕНИЮ;
- РЕЗИСТЕНТНЫЕ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ СИНОВИТЫ, ТЕНДОСИНОВИТЫ ИЛИ БУРСИТЫ;
- ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ В СУСТАВЕ;
- ТЯЖЁЛАЯ ДЕФОРМАЦИЯ СУСТАВОВ.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ:

- СВЕЖИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА (МЕНЕЕ 3 МЕСЯЦЕВ);
- ОНМК (МЕНЕЕ 3 МЕСЯЦЕВ);
- ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СТАДИИ СЕРДЕЧНОЙ И ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

- **ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:**

- **ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА:** ОТСУТСТВУЕТ.

- ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА:**

- ОТКАЗ ОТ КУРЕНИЯ, ОСОБЕННО ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ РОДСТВА БОЛЬНЫХ АЦЦП ПОЗИТИВНЫМ РА;
 - СВОЕВРЕМЕННО РАСПОЗНАВАТЬ НАЧАВШЕЕСЯ ОБОСТРЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КОРРЕКЦИЯ ТЕРАПИИ;
 - РАСПОЗНАВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ;
 - ПРОФИЛАКТИКА ПОБОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ.
- 

