Ревматоидный артрит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M05, M06 · Ассоциация ревматологов России

Ревматоидный артрит — системное аутоиммунное воспалительное заболевание с хроническим синовитом, прогрессирующей деструкцией суставов и возможным поражением внутренних органов. Рекомендация фокусируется на ранней диагностике, оценке активности и стратегии treat-to-target с ранним назначением БПВП, прежде всего метотрексата.

Главное

- Диагноз РА нужно стремиться установить в первые 1–3 месяца от появления симптомов; для диагноза нужны ≥1 припухший сустав, исключение других причин артрита и ≥6 из 10 баллов по ACR/EULAR.
- Активность по DAS28: ремиссия <2,6; низкая 2,6–3,2; умеренная >3,2–5,1; высокая >5,1.
- Клинически подозревать РА у пациента с припухлостью ≥1 сустава, утренней скованностью ≥30 минут, положительным симптомом сжатия кистей/стоп; дополнительные признаки — полиартралгии >6 недель, повышенные СОЭ/СРБ, РФ, АЦЦП.
- Всем пациентам с НДА или подозрением на РА нужны АЦЦП, IgM РФ и АНФ Hep-2; рекомендация УУР В, УДД 1.
- Цель лечения — ремиссия или низкая активность; контроль каждые 1–3 месяца до цели и каждые 6 месяцев после ремиссии, с изменением схемы при недостаточном эффекте; УУР С, УДД 3.
- сБПВП назначают всем пациентам с РА с момента диагноза; метотрексат — препарат первой линии; оба тезиса имеют УУР А, УДД 1.
- ГИБП или тсБПВП показаны при факторах неблагоприятного прогноза и/или сохранении умеренной/высокой активности ≥3 месяцев, и/или непереносимости/недостаточной эффективности метотрексата, включая подкожную форму; УУР А, УДД 1.

Диагностика

1. Собрать анамнез: длительность артрита, утренней скованности, суточный ритм боли, стойкость суставных симптомов; утренняя скованность при РА обычно ≥30–60 минут. УУР С, УДД 5.
2. Осмотреть суставы: припухлость, локальная гипертермия, болезненность при пальпации/движении, объем активных и пассивных движений, деформации. Типично симметричное поражение ПФС, ПМФС и лучезапястных суставов. УУР С, УДД 5.
3. Оценить внесуставные проявления у всех пациентов с подозрением или установленным РА; они встречаются почти у 50% и ухудшают прогноз. УУР С, УДД 5.
4. Назначить АЦЦП, IgM РФ и АНФ Hep-2 всем пациентам с НДА/подозрением на РА; высокие титры РФ и АЦЦП важны для прогноза эрозивного течения и системных проявлений. УУР В, УДД 1.
5. Выполнить развернутый ОАК и количественный СРБ для дифференциальной диагностики с невоспалительными болезнями суставов и оценки активности; СОЭ и СРБ входят в индексы активности. УУР С, УДД 5.
6. При моноартрите и подозрении на РА исследовать синовиальную жидкость для исключения микрокристаллического и септического артрита. УУР С, УДД 5.
7. Сделать рентгенографию кистей и стоп исходно и затем каждые 12 месяцев для оценки деструкции; при поздней стадии — по клиническим показаниям. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Лечить по принципу treat-to-target: цель — ремиссия или низкая активность, объективная оценка активности, пересмотр терапии при недостаточном эффекте; УУР С, УДД 3.
- Для боли использовать НПВП и парацетамол; они уменьшают боль и скованность, но не тормозят деструкцию суставов. Не комбинировать 2 и более НПВП из-за роста риска НЛР. УУР А, УДД 1.

- Метотрексат — первая линия терапии (УУР А, УДД 1). При отсутствии риска НЛР лечение начинают с 10–15 мг/нед, повышая дозу на 2,5–5 мг каждые 2–4 недели до 25 мг/нед в зависимости от эффективности и переносимости; препарат принимают 1 раз в неделю.
- На фоне метотрексата давать фолиевую кислоту не менее 5 мг/нед, не раньше чем через 24 часа после МТ; УУР А, УДД 1.
- Если таблетированный МТ неэффективен или плохо переносится, до смены сБПВП/назначения ГИБП или тсБПВП перевести на подкожный МТ; при высокой активности DAS28 ≥5,1 и планируемой дозе МТ ≥15 мг начинать с подкожной формы. УУР В, УДД 1–2.
- При противопоказаниях или непереносимости МТ назначать лефлуномид 20 мг/сут или сульфасалазин 2–3 г/сут; УУР А, УДД 1.
- ГК применять с МТ или другим сБПВП как bridge-терапию до эффекта БПВП либо коротко при обострении; отменять как можно быстрее, желательно за 3–4 месяца, а при необходимости длительного приема поддерживающая доза не должна превышать 5 мг/сут. УУР А, УДД 1.
- При РА-ИЗЛ с хроническим прогрессирующим фиброзирующим фенотипом показана антифибротическая терапия; нинтеданиб применяют по 150 мг 2 раза в день. УУР В, УДД 1.

Когда направить и как наблюдать

- Направить к ревматологу любого пациента с клиническим подозрением на РА: припухлость ≥1 сустава, скованность ≥30 минут, положительный тест сжатия кистей/стоп; УУР С, УДД 5.
- Госпитализация в ревматологическое отделение показана для диагностики/дифференциальной диагностики и подбора терапии, при высокой клинико-лабораторной активности с ВП или без них, при осложнениях РА или тяжелых НЛР терапии.
- Стационар также показан для подбора/коррекции доз сБПВП, решения вопроса о ГИБП/тсБПВП и инициации этих методов, а также для программной терапии ГИБП/тсБПВП.
- Дневной стационар используют для инициации ГИБП/тсБПВП, курсовой терапии этими препаратами, внутрисуставных инъекций и обследований, недоступных амбулаторно.
- Пациенты на ГИБП или тсБПВП должны наблюдаться ревматологом не реже 1 раза в 6 месяцев; вопросы инициации и изменения таких схем рекомендуется решать комиссионно. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какие критерии нужны для постановки диагноза РА?

Нужны три условия: ≥1 припухший сустав при осмотре, исключение других заболеваний с артритом и ≥6 из 10 баллов по ACR/EULAR. Баллы дают за число и тип пораженных суставов, РФ/АЦЦП, СОЭ/СРБ и длительность артрита ≥6 недель.

Какие суставы не учитываются в критериях ACR/EULAR?

Не учитывают дистальные межфаланговые суставы, первые запястно-пястные и первые плюснефаланговые суставы. Мелкими суставами считают ПФС, ПМФС, 2–5 плюснефаланговые, межфаланговые суставы больших пальцев кистей и лучезапястные.

Когда считать метотрексат недостаточно эффективным и менять тактику?

Если через 3 месяца на стандартных сБПВП есть умеренный эффект, терапию продолжают еще 3 месяца. Если сохраняется умеренная/высокая активность не менее 3 месяцев или есть плохая переносимость адекватного МТ, рассматривают ГИБП или тсБПВП при отсутствии противопоказаний.

Как мониторировать активность РА на терапии?

До ремиссии или низкой активности эффективность оценивают стандартизованными индексами DAS28, SDAI или CDAI каждые 1–3 месяца; затем каждые 3–6 месяцев. Функциональные нарушения оценивают HAQ каждые 6 месяцев. УУР С, УДД 5.

Что проверить перед ГИБП или тсБПВП?

Перед противоревматической терапией оценивают ОАК, ОАМ, биохимию, HBsAg, антитела к HCV, антитела к ВИЧ-1/2; перед ГИБП/тсБПВП также проводят тесты на туберкулез и далее повторяют их каждые 6 месяцев. УУР С, УДД 5.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/250-revmatoidnyj-artrit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/250_3