Юношеский артрит

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M08.0, M08.1, M08.3, M08.4 · Ассоциация детских ревматологов

Юношеский артрит — артрит неустановленной причины у детей не старше 16 лет, сохраняющийся более 6 недель после исключения другой патологии суставов. Рекомендация охватывает подтверждение диагноза, дифференциальную диагностику, лечение разных вариантов заболевания, увеита и вторичного гемофагоцитарного синдрома, а также контроль эффективности и безопасности терапии.

Главное

- Диагноз ЮА устанавливают при артрите одного или нескольких суставов длительностью более 6 недель.
- Олигоартрит означает поражение 1–4 суставов в первые 6 месяцев, РФ-негативный полиартрит — 5 и более суставов при отрицательном РФ, РФ-позитивный полиартрит — 5 и более суставов при положительном РФ в двух тестах за 3 месяца или положительном анти-ЦЦП.
- При артрите и энтезите ЮАС устанавливают при сочетании как минимум с двумя признаками: болезненностью илеосакральных сочленений или воспалительной болью в спине, наличием HLA-B27, началом артрита у мальчика старше 6 лет, наличием у родственников первой линии анкилозирующего спондилита, артрита, ассоциированного с энтезитом, сакроилеита в сочетании с воспалительными заболеваниями кишечника, реактивного артрита или острого переднего увеита.
- Цель лечения — клиническая ремиссия; при длительно текущем заболевании допустимой промежуточной целью может быть минимальная или низкая активность. Снижение активности на 50% должно быть достигнуто не позднее 3 месяцев, неактивная болезнь или ремиссия — через 6 месяцев; терапию корректируют до достижения цели.
- Эффективность лечения контролируют через 3 и 6 месяцев, затем каждые 6 месяцев; критерии эффективности включают 50% улучшение по АКРпеди через 3 месяца, неактивную болезнь через 6 месяцев или ремиссию через 12 месяцев.
- При лихорадке у пациента с ЮА нужно исключать вторичный гемофагоцитарный синдром: ферритин >684 нг/мл в сочетании с фебрильной лихорадкой и минимум двумя признаками — тромбоцитами ≤180×10⁹/л, АСТ >48 Ед/л, триглицеридами >1,75 ммоль/л или фибриногеном ≤3,60 г/л.

Диагностика

1. У пациентов с подозрением на ЮА собирают жалобы, анамнез болезни, жизни, наследственный, а также гинекологический и акушерский анамнез матери (УДД 5, УУР С).
2. Осматривают все суставы, оценивают припухлость, объем активных и пассивных движений, походку, энтезисы, мышечную систему и осевой скелет; измеряют температуру и оценивают общее состояние, кожу, лимфоузлы, сердце, легкие и органы брюшной полости.
3. Выполняют общий анализ крови с формулой и СОЭ, СРБ, биохимический профиль с показателями печени, почек, ферритином и триглицеридами, общий анализ мочи и мочу по Нечипоренко; для верификации варианта ЮА исследуют РФ, анти-ЦЦП, АНФ и другие иммунологические маркеры (УДД 5/3, УУР С).
4. Исключают туберкулез, сепсис и инфекции, способные имитировать ЮА: выполняют туберкулиновую пробу или тест с аллергеном и исследование интерферона-гамма, при показаниях — микробиологические, серологические и ПЦР-исследования; при лихорадке исследуют прокальцитонин и посевы крови и мочи (УДД 3–5, УУР С).
5. Проводят УЗИ суставов для оценки выпота, синовиальной оболочки, хряща, теносиновита и энтезита; рентгенографию или КТ пораженных суставов — для выявления деструкции. МРТ сустава с контрастированием имеет УДД 1 и УУР А и позволяет выявить раннее поражение синовиальной оболочки и хряща.
6. Всем пациентам нужен осмотр офтальмолога с обязательной биомикроскопией глаза для выявления увеита (УДД 5, УУР С). При боли в спине, энтезопатиях, положительном HLA-B27 или подозрении на ЮАС выполняют МРТ/КТ позвоночника и костей таза.

7. При фебрильной лихорадке у пациента с ЮА оценивают сыпь, гепатоспленомегалию, лимфаденопатию, цитопении, ферритин, триглицериды, фибриноген, АСТ, коагулограмму, функцию органов, результаты посевов и обследования на герпесвирусы, затем применяют критерии A. Ravelli; ранними маркерами вГФС считаются лимфаденопатия, эритроциты < 4,34 млн/мкл, тромбоциты < 208 тыс./мкл, хлориды < 101,9 ммоль/л и ЛДГ > 412 Ед/л.

Лечение

- Патогенетическое лечение начинают после завершения диагностики и подтверждения ЮА в ревматологическом стационаре (УДД 5, УУР С). До полного обследования нельзя назначать системные или внутрисуставные ГК, метотрексат, другие иммунодепрессанты и ГИБП.
- НПВП используют для боли и лихорадки; на этапе неустановленного диагноза монотерапия допустима не более 1 месяца. В тексте перечислены диклофенак, нимесулид, мелоксикам и ибупрофен; для ибупрофена указаны интервалы между приемами 6–8 часов. Монотерапию НПВП длительностью более 1 месяца не применяют.
- При активном полиартрите метотрексат назначают сразу после верификации диагноза при высокой или средней активности с неблагоприятными факторами, а при низкой активности с неблагоприятными факторами либо средней активности без них — после 1 месяца НПВП: 15 мг/м² подкожно или перорально 1 раз в неделю. Дозу не увеличивают более 15 мг/м² в неделю и не более 25 мг в неделю; подкожный путь предпочтителен (УДД 2, УУР В).
- При активном олигоартрите метотрексат назначают в дозе 10–15 мг/м² 1 раз в неделю подкожно или перорально: сразу после верификации при высокой активности или средней активности с неблагоприятными факторами, либо после неэффективности НПВП в течение 1–2 месяцев и частой необходимости внутрисуставных ГК (УДД 5, УУР С).
- Фолиевую кислоту на фоне метотрексата назначают по 1 мг ежедневно, кроме дня приема метотрексата, либо 2,5–7,5 мг 1 раз в неделю (УДД 5, УУР С). При активном моно- или олигоартрите внутрисуставно вводят бетаметазон детям старше 3 лет либо триамцинолон детям старше 12 лет; триамцинолон — 1–2 мг/кг в коленный сустав, 0,5–1 мг/кг в голеностопный или локтевой и 0,3–0,5 мг/кг в лучезапястный или мелкие суставы, не чаще 1 раза в 4 месяца.
- При неэффективности или непереносимости базисной терапии переходят на ГИБП или селективные иммунодепрессанты; среди вариантов указаны ингибиторы ФНО-α, тоцилизумаб, тофацитиниб, упадацитиниб, барицитиниб и абатацепт. Например, тоцилизумаб вводят внутривенно 1 раз в 4 недели: 10 мг/кг при массе < 30 кг и 8 мг/кг при массе ≥ 30 кг; подкожно — 162 мг 1 раз в 3 недели при массе < 30 кг или 1 раз в 2 недели при массе ≥ 30 кг.
- При увеите сначала назначают местную терапию под контролем офтальмолога. При остром течении используют дексаметазон по 1 капле 6 раз в день в сочетании с НПВП-каплями по 1–2 капли 4–6 раз в день; при подостром или вялотекущем течении — дексаметазон и НПВП-капли по 1 капле 2–3 раза в день, со снижением по 1 капле каждые 2 недели (УДД 5, УУР С).
- При вГФС лечение проводят в ревматологическом стационаре: ГК сочетают с циклоспорином и нормальным иммуноглобулином человека. Используют пульс-терапию метилпреднизолоном 20–30 мг/кг внутривенно либо дексаметазон 10–20 мг/м²/сут внутривенно, циклоспорин 3–5 мг/кг/сут и иммуноглобулин 1–2 г/кг на курс за 2 дня; эффективность оценивают каждые 48 часов.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на ЮА диагностику проводят в ревматологическом стационаре (УДД 5, УУР С).
- При подозрении на онкологическое, онкогематологическое или лимфопролиферативное заболевание иммунодепрессант/ГИБП немедленно отменяют и госпитализируют пациента для обследования; при подтвержденном или подозреваемом таком процессе направляют к детскому онкологу.
- При подозрении на пневмонию показана экстренная госпитализация. Ориентиры — лихорадка, кашель, одышка или затруднение дыхания, крепитация либо ослабление дыхания.
- При фебрильной нейтропении с абсолютным числом нейтрофилов < $1{,}0\times10^9$/л необходима срочная госпитализация, внутривенные системные антибактериальные препараты и филграстим 5–10 мкг/кг/сут подкожно.

- После начала или коррекции терапии ревматолога посещают не реже 1 раза в месяц, после достижения ремиссии — не реже 1 раза в 3 месяца; плановую госпитализацию проводят через 3 и 6 месяцев, затем каждые 6 месяцев, а при обострении или осложнениях решают вопрос о внеплановой госпитализации.

Частые вопросы

Какой минимальный критерий диагноза юношеского артрита?

Артрит одного или нескольких суставов, сохраняющийся более 6 недель, у ребенка не старше 16 лет после исключения другой патологии суставов.

Когда при ЮА нужно подозревать вторичный гемофагоцитарный синдром?

По критериям A. Ravelli ферритин должен быть >684 нг/мл в сочетании с фебрильной лихорадкой и минимум двумя лабораторными признаками: тромбоцитами ≤180×10⁹/л, АСТ >48 Ед/л, триглицеридами >1,75 ммоль/л или фибриногеном ≤3,60 г/л.

Какую стартовую дозу метотрексата использовать при полиартрите?

15 мг/м² 1 раз в неделю подкожно или перорально; подкожный путь предпочтителен. Дозу не увеличивают выше 15 мг/м² в неделю и 25 мг в неделю.

Когда оценивать эффект противоревматической терапии?

Через 3 и 6 месяцев, затем каждые 6 месяцев. Ориентиры эффективности — 50% улучшение по АКРпеди через 3 месяца, неактивная болезнь через 6 месяцев или ремиссия через 12 месяцев.

Как лечить увеит при ЮА?

Всем пациентам назначают местную терапию после осмотра офтальмолога. При неэффективности местного лечения за 3 месяца или тяжелом увеите применяют метотрексат 10–15 мг/м² 1 раз в неделю; при тяжелом течении, панувеите или угрозе слепоты ингибитор ФНО-α назначают незамедлительно.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/477-yunosheskij-artrit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/477_2