

Клиническое руководство по лечению раннего ревматоидного артрита (краткая версия)	
Основой для создания данной версии служит клиническое руководство «Management of early rheumatoid arthritis», разработанное Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Шотландия) в 2011 году. Список разработчиков руководства: Группа разработчиков руководства была создана Шотландской межинститутской сетью по разработке клинических руководств и включала следующих специалистов: Dr Rajan Madhok, Ms Jayne Argyle, Mrs Mhairi Brandon, Ms Carole Callaghan, Ms Angela Donaldson, Professor Tracey Howe, Miss Jennifer Layden, Ms Jan Manson, Dr Alan MacDonald, Ms Joan Mackintosh, Dr Gayle McKellar, Dr Duncan Porter, Mr Duncan Service, Ms Ailsa Stein, Miss Ann Tierney, Dr Debbie Turner, Ms Mary Deas, Mrs Karen Graham, Mrs Lesley Forsyth, Mr Stuart Neville, Miss Gaynor Rattray.	
Цель клинического руководства:	Данное клиническое руководство описывает раннюю диагностику ревматоидного артрита, его фармакологическое лечение, включая снижение выраженности симптомов и воздействие на течение заболевания, а также роль мультидисциплинарной команды в улучшении качества лечения пациентов с ревматоидным артритом.
Список рабочей группы по адаптации клинического руководства:	1. Тогизбаев Г.А. – д.м.н., Генеральный директор ТОО «Институт болезней суставов» (г. Алматы), президент Лиги Евразийских ревматологов, ректор Алматинского государственного

Клиническое руководство по лечению раннего ревматоидного артрита (краткая версия)	
Основой для создания данной версии служит клиническое руководство «Management of early rheumatoid arthritis», разработанное Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Шотландия) в 2011 году. Список разработчиков руководства: Группа разработчиков руководства была создана Шотландской межинститутской сетью по разработке клинических руководств и включала следующих специалистов: Dr Rajan Madhok, Ms Jayne Argyle, Mrs Mhairi Brandon, Ms Carole Callaghan, Ms Angela Donaldson, Professor Tracey Howe, Miss Jennifer Layden, Ms Jan Manson, Dr Alan MacDonald, Ms Joan Mackintosh, Dr Gayle McKellar, Dr Duncan Porter, Mr Duncan Service, Ms Ailsa Stein, Miss Ann Tierney, Dr Debbie Turner, Ms Mary Deas, Mrs Karen Graham, Mrs Lesley Forsyth, Mr Stuart Neville, Miss Gaynor Rattray.	
Цель клинического руководства:	Данное клиническое руководство описывает раннюю диагностику ревматоидного артрита, его фармакологическое лечение, включая снижение выраженности симптомов и воздействие на течение заболевания, а также роль мультидисциплинарной команды в улучшении качества лечения пациентов с ревматоидным артритом.
Список рабочей группы по адаптации клинического руководства:	1. Тогизбаев Г.А. – д.м.н., Генеральный директор ТОО «Институт болезней суставов» (г. Алматы), президент Лиги Евразийских ревматологов, ректор Алматинского государственного

	института усовершенствования врачей (АГИУВ) Министерства здравоохранения Республики Казахстан, директор Общественного объединения врачей-ревматологов, главный внештатный ревматолог Республики Казахстан. 2. Жусупова А.А. – к.м.н., доцент кафедры постдипломного образования НИИ кардиологии и внутренних болезней. 3. Аубакирова Б.А. – главный ревматолог г. Астаны, руководитель ревматологического центра.
Рецензенты:	1. Сейсенбаев А.Ш. – д.м.н., профессор, заведующий модулем ревматологии КазНМУ им. С.Асфендиярова. 2. Абишева С.Т. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой Общей врачебной практики по интернатуре, АО «Медицинский университет Астана».
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета Министерства здравоохранения Республики Казахстан (протокол № 21 от «14» декабря 2013 г.).	
Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по ведению пациентов с подтверждённым диагнозом ревматоидного артрита, но не реже чем 1 раз в 3 года.	
Пользователи руководства:	Данное клиническое руководство предназначено для ревматологов, врачей общей практики, медсестер, физиотерапевтов, специалистов по

	института усовершенствования врачей (АГИУВ) Министерства здравоохранения Республики Казахстан, директор Общественного объединения врачей-ревматологов, главный внештатный ревматолог Республики Казахстан. 2. Жусупова А.А. – к.м.н., доцент кафедры постдипломного образования НИИ кардиологии и внутренних болезней. 3. Аубакирова Б.А. – главный ревматолог г. Астаны, руководитель ревматологического центра.
Рецензенты:	1. Сейсенбаев А.Ш. – д.м.н., профессор, заведующий модулем ревматологии КазНМУ им. С.Асфендиярова. 2. Абишева С.Т. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой Общей врачебной практики по интернатуре, АО «Медицинский университет Астана».
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета Министерства здравоохранения Республики Казахстан (протокол № 21 от «14» декабря 2013 г.).	
Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по ведению пациентов с подтверждённым диагнозом ревматоидного артрита, но не реже чем 1 раз в 3 года.	
Пользователи руководства:	Данное клиническое руководство предназначено для ревматологов, врачей общей практики, медсестер, физиотерапевтов, специалистов по

Формула: (количество пациентов с ревматоидным артритом, которым было рекомендовано выполнение физических упражнений) / (все пациенты с ревматоидным артритом). Источник данных: амбулаторная карта. Частота определения: раз в полгода. Показатель должен стремиться к 100%.	6.3.1
Методология В Республике Казахстан данная тема руководства была приоритизирована и утверждена приказом Министра здравоохранения № 935 от 30.12.2011.года. При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.	
Ссылки www.rcrz.kz www.sign.ac.uk	

	трудотерапии, диетологов, фармацевтов и педиатров.
Категория пациентов:	Взрослые пациенты с ревматоидным артритом
Ключевые слова:	Ревматоидный артрит
Уровень рекомендации	Доказательство
1++	Мета-анализ высокого качества, систематический анализ рандомизированных клинических испытаний (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематической ошибки.
1+	Хорошо проведенный мета-анализ, систематические анализы, или РКИ с очень низким риском систематической ошибки.
1 -	Мета-анализ, систематические анализы, или РКИ с высоким риском систематической ошибки.
2++	Высококачественные систематические анализы сходных и групповых исследований. Высококачественные сходные и групповые исследования с очень низким риском смешивания или систематической ошибки и высокой вероятностью того, что взаимосвязь является причинно-следственной.

Формула: (количество пациентов с ревматоидным артритом, которым было рекомендовано выполнение физических упражнений) / (все пациенты с ревматоидным артритом). Источник данных: амбулаторная карта. Частота определения: раз в полгода. Показатель должен стремиться к 100%.	6.3.1
Методология В Республике Казахстан данная тема руководства была приоритизирована и утверждена приказом Министра здравоохранения № 935 от 30.12.2011.года. При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.	
Ссылки www.rcrz.kz www.sign.ac.uk	

	трудотерапии, диетологов, фармацевтов и педиатров.
Категория пациентов:	Взрослые пациенты с ревматоидным артритом
Ключевые слова:	Ревматоидный артрит
Уровень рекомендации	Доказательство
1++	Мета-анализ высокого качества, систематический анализ рандомизированных клинических испытаний (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематической ошибки.
1+	Хорошо проведенный мета-анализ, систематические анализы, или РКИ с очень низким риском систематической ошибки.
1 -	Мета-анализ, систематические анализы, или РКИ с высоким риском систематической ошибки.
2++	Высококачественные систематические анализы сходных и групповых исследований. Высококачественные сходные и групповые исследования с очень низким риском смешивания или систематической ошибки и высокой вероятностью того, что взаимосвязь является причинно-следственной.

2+	Хорошо проведенные сходные и групповые исследования с очень низким риском смешивания или систематической ошибки и средней вероятностью того, что взаимосвязь является причинно-следственной.
2 -	Сходные и групповые исследования с высоким риском смешивания или систематической ошибки и значительным риском того, что взаимосвязь не является причинно-следственной.
3	Неаналитические исследования, например, описание случаев, исследования серии случаев.
4	Мнение эксперта
Градация рекомендации	Доказательство
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический анализ или РКИ классифицированный как 1++, и напрямую применимый к целевой группе населения; или совокупность доказательств, состоящая в основном из исследований классифицированных как 1+, и напрямую применимые к целевой группе населения, и демонстрирующие всеобщую согласованность результатов.
B	Совокупность доказательств, состоящая из исследований квалифицированных как 2++,

Индикаторы мониторинга/ аудита		Ссылки на определенные рекомендации
1. % пациентов с подозрением на наличие раннего воспалительного полиартрита, которым был проведен анализ на наличие антител к цитрулиновому пептиду. Формула: (количество пациентов с подозрением на наличие раннего воспалительного полиартрита, которым был проведен анализ на наличие антител к цитрулиновому пептиду) / (все пациенты с подозрением на наличие раннего воспалительного полиартрита). Источник данных: амбулаторная карта. Частота определения: раз в полгода. Показатель должен стремиться к 100%.		Рекомендация 2.1.1
2. % пациентов с ревматоидным артритом, которым был назначен метотрексат. Формула: (количество пациентов с ревматоидным артритом, которым был назначен метотрексат) / (все пациенты с ревматоидным артритом). Источник данных: амбулаторная карта. Частота определения: раз в полгода. Показатель должен стремиться к 100%.		Рекомендация 5.2.1
3. % пациентов с ревматоидным артритом, которым было рекомендовано выполнение физических упражнений.		Рекомендация

2+	Хорошо проведенные сходные и групповые исследования с очень низким риском смешивания или систематической ошибки и средней вероятностью того, что взаимосвязь является причинно-следственной.
2 -	Сходные и групповые исследования с высоким риском смешивания или систематической ошибки и значительным риском того, что взаимосвязь не является причинно-следственной.
3	Неаналитические исследования, например, описание случаев, исследования серии случаев.
4	Мнение эксперта
Градация рекомендации	Доказательство
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический анализ или РКИ классифицированный как 1++, и напрямую применимый к целевой группе населения; или совокупность доказательств, состоящая в основном из исследований классифицированных как 1+, и напрямую применимые к целевой группе населения, и демонстрирующие всеобщую согласованность результатов.
B	Совокупность доказательств, состоящая из исследований квалифицированных как 2++,

Индикаторы мониторинга/ аудита		Ссылки на определенные рекомендации
1. % пациентов с подозрением на наличие раннего воспалительного полиартрита, которым был проведен анализ на наличие антител к цитрулиновому пептиду. Формула: (количество пациентов с подозрением на наличие раннего воспалительного полиартрита, которым был проведен анализ на наличие антител к цитрулиновому пептиду) / (все пациенты с подозрением на наличие раннего воспалительного полиартрита). Источник данных: амбулаторная карта. Частота определения: раз в полгода. Показатель должен стремиться к 100%.		Рекомендация 2.1.1
2. % пациентов с ревматоидным артритом, которым был назначен метотрексат. Формула: (количество пациентов с ревматоидным артритом, которым был назначен метотрексат) / (все пациенты с ревматоидным артритом). Источник данных: амбулаторная карта. Частота определения: раз в полгода. Показатель должен стремиться к 100%.		Рекомендация 5.2.1
3. % пациентов с ревматоидным артритом, которым было рекомендовано выполнение физических упражнений.		Рекомендация

6.1 Общие положения	
6.1.1 Все пациенты должны иметь доступ следующим специалистам: врач общей практики, ревматолог, медсестра, физиотерапевт, специалист по трудотерапии, диетолог, ортопед, фармацевт, социальный работник.	GPP
6.2 Трудотерапия	
6.2.1 Сеансы трудотерапии должны быть доступны пациентам, которые испытывают функциональные ограничения.	C
6.3 Физиотерапия	
6.3.1 Пациентам должно быть предложено выполнение простых физических упражнений.	B
6.3.2 Физические упражнения должны назначаться квалифицированным врачом, начиная с упражнений низкой интенсивности. Необходимо проводить соответствующее наблюдение для контроля активности заболевания с целью предотвращения обострений симптомов.	GPP
6.4 Наложение шин (шинирование)	
6.4.1 Шины могут быть использованы для облегчения боли.	C
6.5 Подиатрия (лечение заболевания стоп)	
6.5.1 Все пациенты должны быть направлены на консультацию подиатра.	GPP

6.1 Общие положения	
6.1.1 Все пациенты должны иметь доступ следующим специалистам: врач общей практики, ревматолог, медсестра, физиотерапевт, специалист по трудотерапии, диетолог, ортопед, фармацевт, социальный работник.	GPP
6.2 Трудотерапия	
6.2.1 Сеансы трудотерапии должны быть доступны пациентам, которые испытывают функциональные ограничения.	C
6.3 Физиотерапия	
6.3.1 Пациентам должно быть предложено выполнение простых физических упражнений.	B
6.3.2 Физические упражнения должны назначаться квалифицированным врачом, начиная с упражнений низкой интенсивности. Необходимо проводить соответствующее наблюдение для контроля активности заболевания с целью предотвращения обострений симптомов.	GPP
6.4 Наложение шин (шинирование)	
6.4.1 Шины могут быть использованы для облегчения боли.	C
6.5 Подиатрия (лечение заболевания стоп)	
6.5.1 Все пациенты должны быть направлены на консультацию подиатра.	GPP

	и напрямую применимые к целевой группе населения, демонстрирующие всеобщую согласованность результатов; или экстраполированное доказательство исследований квалифицированных как 1++ или 1+.
C	Совокупность доказательств, состоящая из исследований квалифицированных как 2+, напрямую применимые к целевой группе населения, и демонстрирующие всеобщую согласованность результатов; или экстраполированное доказательство исследований квалифицированных как 2++.
D	Уровень доказательств 3 или 4; или экстраполированное доказательство исследований квалифицированных как 2+.
GPP	Рекомендация, основанная на положительном клиническом опыте группы разработчиков клинического руководства.
1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	
1.1 Принципы лечения	
1.1.1 Все пациенты с подозрением на воспалительные заболевания суставов должны быть направлены к специалисту, как можно скорее для подтверждения диагноза и оценки активности заболевания.	GPP
1.1.2 Крайне высокой является роль	GPP

	и напрямую применимые к целевой группе населения, демонстрирующие всеобщую согласованность результатов; или экстраполированное доказательство исследований квалифицированных как 1++ или 1+.
C	Совокупность доказательств, состоящая из исследований квалифицированных как 2+, напрямую применимые к целевой группе населения, и демонстрирующие всеобщую согласованность результатов; или экстраполированное доказательство исследований квалифицированных как 2++.
D	Уровень доказательств 3 или 4; или экстраполированное доказательство исследований квалифицированных как 2+.
GPP	Рекомендация, основанная на положительном клиническом опыте группы разработчиков клинического руководства.
1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	
1.1 Принципы лечения	
1.1.1 Все пациенты с подозрением на воспалительные заболевания суставов должны быть направлены к специалисту, как можно скорее для подтверждения диагноза и оценки активности заболевания.	GPP
1.1.2 Крайне высокой является роль	GPP

мультидисциплинарной команды в оптимизации лечения пациентов с ревматоидным артритом. Все пациенты должны иметь доступ к следующим специалистам: врач общей практики, ревматолог, медсестра, физиотерапевт, специалист по трудотерапии, диетолог, ортопед, фармацевт и социальный работник.	
1.1.3 Раннее начало лечения с помощью базисных болезнь-модифицирующих препаратов (ББМП) рекомендуется для контроля симптомов и признаков ревматоидного артрита, а также для ограничения рентгенологических признаков поражения.	B
1.1.4 Пациенты с умеренной и тяжелой степенью активности заболевания должны: 1. Быть обследованы на предмет активности заболевания с использованием стандартизированной системы оценки, такой, как DAS/DAS28; 2. Наблюдаться ежемесячно до достижения ремиссии или низкого уровня активности заболевания; 3. Получать лечение с помощью базисных болезнь-модифицирующих препаратов, скорректированное для достижения ремиссии или низкого уровня DAS/DAS28.	B
1.2 Базисные болезнь-модифицирующие препараты (ББМП)	
1.2.1 Метотрексат и сульфасалазин являются ББМП выбора из-за их высокой эффективности и низкой токсичности.	A

5.2.1 Метотрексат и сульфасалазин являются ББМП выбора из-за их высокой эффективности и низкой токсичности.	A
5.2.2 Терапия ББМП должна проводиться пациентам с ревматоидным артритом на ранней стадии для контроля признаков и симптомов заболевания.	B
5.2.3 Комбинационная стратегия назначения ББМП должна быть использована для лечения пациентов с неадекватным ответом на первоначальную терапию ББМП, в противовес последовательной монотерапии.	A
5.2.4 Необходимо проводить постепенное снижение дозировок ББМП пациентам, находящимся в ремиссии.	GPP
5.2.5 При выборе начального ББМП необходимо учитывать предпочтения пациента, а также настоящий статус пациента и анамнез заболевания.	GPP
5.2.6 Пациенты должны быть проинформированы о потенциальной пользе, риске и необходимости мониторинга приёма ББМП.	GPP
5.2.7 Эффективная взаимосвязь между врачами первичной и вторичной медицинской помощи является значимой. Медицинская сестра играет важную роль в этом аспекте оказания медицинской помощи.	GPP
6. РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ	

мультидисциплинарной команды в оптимизации лечения пациентов с ревматоидным артритом. Все пациенты должны иметь доступ к следующим специалистам: врач общей практики, ревматолог, медсестра, физиотерапевт, специалист по трудотерапии, диетолог, ортопед, фармацевт и социальный работник.	
1.1.3 Раннее начало лечения с помощью базисных болезнь-модифицирующих препаратов (ББМП) рекомендуется для контроля симптомов и признаков ревматоидного артрита, а также для ограничения рентгенологических признаков поражения.	B
1.1.4 Пациенты с умеренной и тяжелой степенью активности заболевания должны: 1. Быть обследованы на предмет активности заболевания с использованием стандартизированной системы оценки, такой, как DAS/DAS28; 2. Наблюдаться ежемесячно до достижения ремиссии или низкого уровня активности заболевания; 3. Получать лечение с помощью базисных болезнь-модифицирующих препаратов, скорректированное для достижения ремиссии или низкого уровня DAS/DAS28.	B
1.2 Базисные болезнь-модифицирующие препараты (ББМП)	
1.2.1 Метотрексат и сульфасалазин являются ББМП выбора из-за их высокой эффективности и низкой токсичности.	A

5.2.1 Метотрексат и сульфасалазин являются ББМП выбора из-за их высокой эффективности и низкой токсичности.	A
5.2.2 Терапия ББМП должна проводиться пациентам с ревматоидным артритом на ранней стадии для контроля признаков и симптомов заболевания.	B
5.2.3 Комбинационная стратегия назначения ББМП должна быть использована для лечения пациентов с неадекватным ответом на первоначальную терапию ББМП, в противовес последовательной монотерапии.	A
5.2.4 Необходимо проводить постепенное снижение дозировок ББМП пациентам, находящимся в ремиссии.	GPP
5.2.5 При выборе начального ББМП необходимо учитывать предпочтения пациента, а также настоящий статус пациента и анамнез заболевания.	GPP
5.2.6 Пациенты должны быть проинформированы о потенциальной пользе, риске и необходимости мониторинга приёма ББМП.	GPP
5.2.7 Эффективная взаимосвязь между врачами первичной и вторичной медицинской помощи является значимой. Медицинская сестра играет важную роль в этом аспекте оказания медицинской помощи.	GPP
6. РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ	

рентгенологических признаков поражения.	
5.1.2 Необходимо рассмотреть коэффициент риска и пользы назначения кортикостероидов, особенно долгосрочных побочных эффектов. Пациенты должны быть проинформированы о рисках до назначения препаратов.	GPP
5.1.3 Необходимо следовать клиническому руководству по лечению остеопороза при наблюдении пациентов, принимающих пероральные кортикостероиды.	GPP
5.1.4 Внутрисуставные инъекции могут быть назначены для быстрого, а иногда и устойчивого, симптоматического облегчения в «целевых» суставах.	GPP
5.1.5 Внутрисуставные инъекции любого одного сустава нельзя проводить больше, чем три-четыре раза в год.	GPP
5.1.6 При введении внутрисуставных инъекций необходимо: 1. Использовать стерильные лекарственные средства; 2. Консультировать пациентов, куда обратиться за помощью в случае, если болевой симптом сустава не облегчится после инъекции; 3. Всегда учитывать возможность развития септического артрита в дифференциальной диагностике обострений при ревматоидном артрите.	GPP
5.2 Базисные болезнь-модифицирующие препараты (ББМП)	

1.2.2 ББМП должны назначаться пациентам с ранним ревматоидным артритом для контроля признаков и симптомов заболевания.	B
1.2.3 Комбинационная стратегия назначения ББМП должна быть использована для лечения пациентов с неадекватным ответом на первоначальную терапию ББМП, в противовес последовательной монотерапии.	A
2. ДИАГНОСТИКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА РАННЕЙ СТАДИИ	
2.1 Клинические показатели	
2.1.1 Назначение исследования на наличие антител к цитрулиновому пептиду может быть использовано, как часть оценки состояния пациентов с подозрением на наличие раннего воспалительного полиартрита, такого как ревматоидный артрит.	B
3. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ	
3.1 Лечение на ранней стадии	
3.1.1 Начало лечения на ранней стадии с помощью базисных болезнь-модифицирующих препаратов рекомендуется для контроля симптомов и признаков ревматоидного артрита, а также для ограничения рентгенологических признаков поражения.	B
3.1.2 Все пациенты с подозрением на воспалительное заболевание суставов должны быть направлены к специалисту, как можно	GPP

рентгенологических признаков поражения.	
5.1.2 Необходимо рассмотреть коэффициент риска и пользы назначения кортикостероидов, особенно долгосрочных побочных эффектов. Пациенты должны быть проинформированы о рисках до назначения препаратов.	GPP
5.1.3 Необходимо следовать клиническому руководству по лечению остеопороза при наблюдении пациентов, принимающих пероральные кортикостероиды.	GPP
5.1.4 Внутрисуставные инъекции могут быть назначены для быстрого, а иногда и устойчивого, симптоматического облегчения в «целевых» суставах.	GPP
5.1.5 Внутрисуставные инъекции любого одного сустава нельзя проводить больше, чем три-четыре раза в год.	GPP
5.1.6 При введении внутрисуставных инъекций необходимо: 1. Использовать стерильные лекарственные средства; 2. Консультировать пациентов, куда обратиться за помощью в случае, если болевой симптом сустава не облегчится после инъекции; 3. Всегда учитывать возможность развития септического артрита в дифференциальной диагностике обострений при ревматоидном артрите.	GPP
5.2 Базисные болезнь-модифицирующие препараты (ББМП)	

1.2.2 ББМП должны назначаться пациентам с ранним ревматоидным артритом для контроля признаков и симптомов заболевания.	B
1.2.3 Комбинационная стратегия назначения ББМП должна быть использована для лечения пациентов с неадекватным ответом на первоначальную терапию ББМП, в противовес последовательной монотерапии.	A
2. ДИАГНОСТИКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА РАННЕЙ СТАДИИ	
2.1 Клинические показатели	
2.1.1 Назначение исследования на наличие антител к цитрулиновому пептиду может быть использовано, как часть оценки состояния пациентов с подозрением на наличие раннего воспалительного полиартрита, такого как ревматоидный артрит.	B
3. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ	
3.1 Лечение на ранней стадии	
3.1.1 Начало лечения на ранней стадии с помощью базисных болезнь-модифицирующих препаратов рекомендуется для контроля симптомов и признаков ревматоидного артрита, а также для ограничения рентгенологических признаков поражения.	B
3.1.2 Все пациенты с подозрением на воспалительное заболевание суставов должны быть направлены к специалисту, как можно	GPP

скорее для подтверждения диагноза и оценки активности заболевания.	
3.2 Оценка активности заболевания	
3.2.1 Пациентам с ранним ревматоидным артритом должен быть определён уровень активности их заболевания.	GPP
3.3 Стратегии лечения до целевой величины	
3.3.1 Пациенты с умеренной и высокой степенью активности заболевания должны: 1. Быть обследованы на предмет активности заболевания с использованием стандартизированной системы оценки, такой, как DAS/DAS28; 2. Наблюдаться ежемесячно до достижения ремиссии или низкого уровня активности заболевания; 3. Получать лечение с помощью базисных болезнь-модифицирующих препаратов, скорректированное для достижения ремиссии или низкого уровня DAS/DAS28.	B
4. АНАЛЬГЕТИКИ И НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	
4.1 Нестероидные противовоспалительные лекарственные препараты (НПВП)	
4.1.1 Необходимо назначать низкие дозы НПВП, которые соответствуют облегчению симптомов.	B

4.1.2 Дозировка НПВП должна быть снижена или, по возможности, НПВП должны быть отменены при достижении хорошего ответа на терапию БММП.	B
4.1.3 У пациентов с ревматоидным артритом, у которых имеется риск образования язвы желудка и 12-перстной кишки, связанный с использованием нестероидных противовоспалительных лекарственных препаратов необходимо предусмотреть способы защиты желудочно-кишечного тракта.	B
4.1.4 Необходимо назначать только один НПВП одновременно.	GPP
4.1.5 Долгосрочное применение НПВП должно периодически пересматриваться.	GPP
4.1.6 Необходимо назначать НПВП, которые с наименьшей вероятностью вызывают побочные эффекты, связанные с желудочно-кишечным трактом и сердечно-сосудистой системой.	GPP
5. БАЗИСНЫЕ БОЛЕЗНЬ-МОДИФИЦИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ	
5.1 Системные кортикостероиды – пероральные и парентеральные	
5.1.1 Низкие дозы пероральных кортикостероидов могут быть использованы в комбинации с терапией БММП в краткосрочной перспективе для облегчения симптомов и признаков заболевания, и в среднесрочной и долгосрочной перспективе для минимизирования	A

скорее для подтверждения диагноза и оценки активности заболевания.	
3.2 Оценка активности заболевания	
3.2.1 Пациентам с ранним ревматоидным артритом должен быть определён уровень активности их заболевания.	GPP
3.3 Стратегии лечения до целевой величины	
3.3.1 Пациенты с умеренной и высокой степенью активности заболевания должны: 1. Быть обследованы на предмет активности заболевания с использованием стандартизированной системы оценки, такой, как DAS/DAS28; 2. Наблюдаться ежемесячно до достижения ремиссии или низкого уровня активности заболевания; 3. Получать лечение с помощью базисных болезнь-модифицирующих препаратов, скорректированное для достижения ремиссии или низкого уровня DAS/DAS28.	B
4. АНАЛЬГЕТИКИ И НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	
4.1 Нестероидные противовоспалительные лекарственные препараты (НПВП)	
4.1.1 Необходимо назначать низкие дозы НПВП, которые соответствуют облегчению симптомов.	B

4.1.2 Дозировка НПВП должна быть снижена или, по возможности, НПВП должны быть отменены при достижении хорошего ответа на терапию БММП.	B
4.1.3 У пациентов с ревматоидным артритом, у которых имеется риск образования язвы желудка и 12-перстной кишки, связанный с использованием нестероидных противовоспалительных лекарственных препаратов необходимо предусмотреть способы защиты желудочно-кишечного тракта.	B
4.1.4 Необходимо назначать только один НПВП одновременно.	GPP
4.1.5 Долгосрочное применение НПВП должно периодически пересматриваться.	GPP
4.1.6 Необходимо назначать НПВП, которые с наименьшей вероятностью вызывают побочные эффекты, связанные с желудочно-кишечным трактом и сердечно-сосудистой системой.	GPP
5. БАЗИСНЫЕ БОЛЕЗНЬ-МОДИФИЦИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ	
5.1 Системные кортикостероиды – пероральные и парентеральные	
5.1.1 Низкие дозы пероральных кортикостероидов могут быть использованы в комбинации с терапией БММП в краткосрочной перспективе для облегчения симптомов и признаков заболевания, и в среднесрочной и долгосрочной перспективе для минимизирования	A