АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ:
Мазуров В.И.,Трофимов Е.А., Башкинов Р.А., Беляева И.Б., Жугрова Е.С., Загребнева А.И., Лейнеман Я.А., Петрова М.С., Самигуллина Р.Р., Трофимова А.С., Чудинов А.Л.

АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

подготовлены под редакцией
академика РАН В.И. Мазурова и профессора Е.А. Трофимова

Санкт-Петербург
2026

Алгоритмы лечения ревматических заболеваний / Мазуров В.И., Трофимов Е.А., Башкинов Р.А., Беляева И.Б., Жугрова Е.С., Загребнева А.И., Лейнеман Я.А., Петрова М.С., Самигуллина Р.Р., Трофимова А.С., Чудинов А.Л., СПб.: 2026. – 20 с.

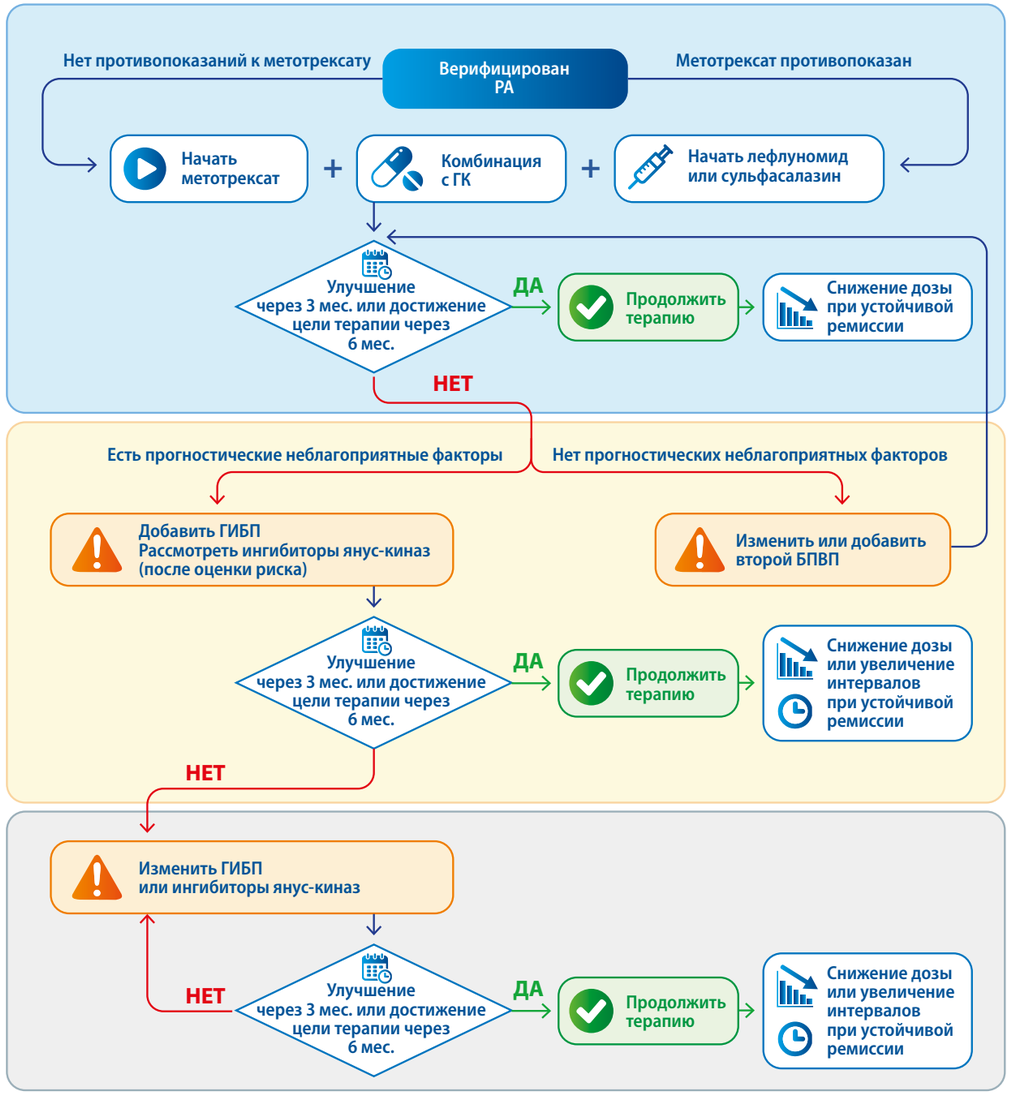
подготовлены под редакцией
академика РАН В.И. Мазурова и профессора Е.А. Трофимова

Технический редактор:
Бобровник Е.А.
Дизайн, верстка:
Куделин С.А.

Подписано в печать 05.10.2026
Гарнитура “Мириад”
Бумага мелованная
Печать офсетная. Тираж 2000 экз.

© «Человек и его здоровье», составление, оформление, 2026

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ



Примечание:
ГК – глюкокортикоиды,
ГИБП – генно-инженерные биологические препараты,
БПВП – базисные противовоспалительные препараты

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРУДНЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РА (D2T-RA)

1

Соответствие критериям

1. Лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, но неэффективность ≥ 2 ГИБП/тсБПВП с различными механизмами действия после неудачной терапии синтетическими противоревматическими препаратами (csDMARD), если не противопоказано
2. Признаки указывающие на активное заболевание ≥ 1
   - 2.1. Умеренная/высокая активность заболевания (DAS28-СОЭ > 3,2)
   - 2.2. Признаки и/или симптомы, указывающие на активное заболевание
   - 2.3. Невозможность снижения дозы преднизолона менее 7,5 мг/сут. или его эквивалента
   - 2.4. Быстрое рентгенологическое прогрессирование (по Sharp/van der Heijde ≥ 5 баллов за год)
3. «Лечение признаков и/или симптомов воспринимается ревматологом и/или пациентом как проблематичное»

→ Подтверждение или пересмотр диагноза

2

Комплексное обследование

- Оценка активности РА
- Оценка коморбидных состояний
- Оценка психоэмоционального состояния
- Оценка суставного синдрома, системных проявлений
- Индекс Чарльсона
- Инфекционные риски
- Опросники HADS, GAD7, PHQ9, консультация психиатра
- Инструментальная диагностика

3

Выбор стратегии лечения

Объективные признаки воспаления есть?

НЕТ

- NIRRA – невоспалительный рефрактерный РА
- Цель: коррекция боли
  Терапия ГИБП/тсБПВП:
  не требует эскалации
  Нефармакологические методы терапии
  Обучение, повышение комплаентности
  Мультидисциплинарный подход (кардиолог, пульмонолог, психиатр, невролог, травматолог)
- → 1 ШАГ

ДА

- PIRRA – персистирующий воспалительный рефрактерный РА
- НЯ на БПВП

НЕТ

1. Возобновить БПВП, предпочтительнее метотрексат
2. Коррекция коморбидных состояний
3. Эскалация терапии ГИБП/тсБПВП

ДА

- Моно-терапия ГИБП/тс БПВП, не применимы ингибиторы ФНО-а

Ритуксимаб	Ингибиторы ИЛ-6	Ингибиторы JAK	Абатацепт
1000 мг 2 раза с интервалом 14 дней, повторное введение через 6 мес. По достижению клинического ответа доза может быть модифицирована: 500-1000 мг 1 раз в 6 мес.	Тоцилизумаб: 4-8 мг/кг каждые 4 нед., в/в или 162 мг/нед., п/к Олокизумаб: 64 мг/2-4 нед. Левилимаб: 162 мг/2 нед.	Барицитиниб 4 мг/день Тофицитиниб 10 мг/день Упадацитиниб 15 мг/день	500-1000 мг, каждые 4 нед., внутривенно, или 125 мг/нед., подкожно высокие инфекционные риски, умеренная активность РА

4

Достижение цели

- Ремиссия: DAS28-Срб < 2,6
  Низкая активность: DAS28-Срб < 3,2
- Системные проявления: достигнут контроль
- Доза ГКС < 7,5 мг/сут.
- Коморбидные состояния: достигнут контроль

→ Оценка эффективности терапии каждые 3 мес. → 1 ШАГ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО АРТРИТА БЕРЕМЕННЫХ (НДАБ)

1 КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ

- Дебют артрита во время беременности
- Отсутствие признаков инфекционного воспаления

2 ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ

КАТЕГОРИИ	БАЛЛЫ
Олигоартрит	0,5
Асимметричный артрит	2
Поражение коленного сустава	1,5
Утренняя скованность > 45 минут	1,5
15 < гестационная неделя начала артрита < 30	2
25 мг/л > СРБ ≥ 4,25 мг/л	1

3 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ

- Отрицательные РФ и АЦЦП
- УЗ-признаки НДАБ (наличие умеренного синовита, отсутствие теносиновита, костных и/или хрящевых эрозий)

Примечание:
для постановки диагноза НДАБ необходимо получить 5 баллов и должен быть представлен как минимум один дополнительный критерий

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

1. Модификация образа жизни:
   устранение вредных привычек (курение, алкоголь и др.), здоровое питание, физическая активность, контроль массы тела
2. Достижение целевых показателей при коморбидных состояниях, вакцинация
3. Защита от инсоляции
4. Гидроксихлорохин 5 мг/кг/сут. реальной массы тела всем (без противопоказаний)
5. Нефропротективные препараты: блокаторы РААС, иНГКТ-2 и др.
6. Дезагреганты/антикоагулянты
7. Контроль и коррекция минеральной плотности костей

ИНДУКЦИЯ РЕМИССИИ

Низкая активность (SLEDAI ≤ 6)	Умеренная активность (SLEDAI = 7-12)	Высокая активность (SLEDAI > 12)
НПВП, локальная терапия или глюкокортикоиды ≤ 7,5 мг/сут. внутрь	**Глюкокортикоиды** Метилпреднизолон в/в 0,25-0,5 г/сут. 1-3 дня если требуется, затем 0,15-0,5 мг/кг/сут.	**Глюкокортикоиды** Метилпреднизолон в/в 0,25-1 г/сут. 1-3 дня если требуется, затем 0,35-1,0 мг/кг/сут. (не более 80 мг/сут.)

Азатиоприн 1-3 мг/кг/сут., Метотрексат 7,5-25 мг 1 раз в нед.
Микофенолата мофетил 1-3 г/сут., Циклоспорин 3-5 мг/кг/сут., Такролимус 0,05-0,1 мг/кг/сут. в 2 приема
Кожа+суставы: метотрексат или азатиоприн, микофенолата мофетил
Поражение системы крови: азатиоприн, такролимус, микофенолата мофетил
ЦНС, легкие, сердце, серозиты, васкулит: микофенолата мофетил, азатиоприн

Анифролумаб – в/в 300 мг 1 раз в 4 нед., либо подкожно 120 мг 1 раз в нед.
активное поражение кожи, слизистых, суставов, гемолитическая анемия, тромбоцитопения, лейкопения с аутоантителами, но без поражения ЦНС и без ВН, с обострениями, неэффективностью и/или непереносимостью стандартной терапии, невозможностью снизить дозу ГК ≤ 5 мг/сут.

Белимумаб – в/в 10 мг/кг первые 3 дозы каждые 2 нед., затем каждые 4 нед.
активное поражение кожи, слизистых, суставов, гемолитическая анемия, тромбоцитопения, лейкопения, иммунологические нарушения, ВН III и IV класса, но без поражения ЦНС, с развитием обострений и зависимостью от приема средних и высоких доз ГК, а также высоким риском развития осложнений терапии (повреждение органов)

Циклофосфамид – в/в 500 мг каждые 2 нед. или 0,5-1,0 г/м² ежемесячно х 6;
или внутрь 1,0-1,5 мг/кг/сут. на 3 мес.

Ритуксимаб – в/в 500 мг 1 раз в 1-2 нед. макс. 2000 мг на цикл
(гемолитическая анемия, тромбоцитопения тяжелой степени, ВН, поражения ЦНС и отсутствии эффекта от высоких доз ГКС и 1-2 схем индукционной терапии с применением цитостатиков)

ЦЕЛЬ		
	Ремиссия (Клинический SLEDAI = 0)	Низкая степень активности (SLEDAI ≤ 4)
Поддерживающая терапия	Постепенное снижение ГКС до 5 мг/сут. к 6 мес. При сохранении ремиссии в течение не менее года – попытка отмены ГКС	Снижение до минимальной дозы ГКС, но не полная отмена
	Постепенное снижение дозы иммуносупрессантов и их отмена, остается только ГХХ	Снижение дозы, но не полная отмена иммуносупрессантов

Примечание:
ВН – волчаночный нефрит, иНГКТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа,
ГХХ – гидроксихлорохин, РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ

1. Модификация образа жизни: устранение вредных привычек (курение, алкоголь и др.),
   здоровое питание, физическая активность, контроль массы тела
2. Достижение целевых показателей при коморбидных состояниях, вакцинация
3. Защита от инсоляции
4. Гидроксихлорохин 5 мг/кг/сут. реальной массы тела всем (без противопоказаний)
5. Нефропротективные препараты: блокаторы РААС, иНГКТ-2 и др.
6. Дезагреганты/антикоагулянты

ИНДУКЦИЯ РЕМИССИИ

Класс I/II	Класс III/IV ± V	Класс V
Низкие дозы ГКС Иммуносупрессивное лечение и терапия внепочечных проявлений СКВ	**Глюкокортикоиды** Метилпреднизолон в/в 0,25-1 г/сут. 1-3 дня, если требуется, затем 0,35-1,0 мг/кг/сут. (не более 80 мг/сут.)	Протеинурия до 3 г/сут. – терапия внепочечных проявлений СКВ Более 3 г/сут. – ГКС средние дозы+АМФК (1,0-1,5 х 2 р/сут.), либо Циклоспорин (3-5 мг/кг/сут.), либо Такролимус 0,05-0,1 мг/кг/сут. в 2 приема

Циклофосфамид до 6 мес.	**АМФК +/_ ИКН (такролимус) не менее чем на 6 мес.**	**Белимумаб + АМФК или низкие дозы циклофосфамида**	**АМФК + Обинутузумаб**
в/в 500 мг каждые 2 нед. или 0,5-1,0 г/м² ежемесячно х 6; или внутрь 1,0-1,5 мг/кг/сут. на 3 мес.	ММФ внутрь 1,0-1,5 х 2 р/сут. или микофенолат натрия 0,72-1,08 х 2 р/сут. Такролимус 0,05-0,1 мг/кг/сут. в 2 приема (остаточный уровень примерно 5,5 нг/мл [6,8 нмоль/л]	Белимумаб (в/в 10 мг/кг, первые 3 дозы каждые 2 нед., затем каждые 4 нед.) и АМФК (1,0-1,5 х 2 р/сут.) или циклофосфамид в/в 500 мг каждые 2 нед. х 6. Длительность применения белимумаба до 2,5 лет	ММФ внутрь 1,0-1,5 х 2 р/сут. или микофенолат натрия 0,72-1,08 х 2 р/сут. Обинутузумаб 1000 мг в/в по схеме: 0, 2, 24, 26 нед. и далее каждые 6 мес.

ЦЕЛЬ			
	Полный почечный ответ Снижение протеинурии до < 0,5 г/г и/или улучшение функции почек (± 10-15% от исходного уровня) за 6-12 мес.	**Частичный почечный ответ** Снижение протеинурии как минимум на 50% и до < 3,0 г/г	**Отсутствие полного или частичного ответа** в течение 6-12 мес. от начала терапии

Поддерживающая терапия ≥ 36 месяцев

Глюкокортикоиды
Постепенное снижение дозы с целью достижения 5-7,5 мг/сут. по преднизолону к 6 мес. терапии
Далее только после достижения ремиссии и сохранении ее не менее 3 лет

АМФК
Снизить дозу до 1-2 г/сут.

При неблагоприятном прогнозе ВН (наличие в биоптате почки полулуний, фибриноидного некроза, а также выявление АФС, низких уровней С3 и С4, высоких титров антител к дсДНК и к С1q) продолжить лечение
АМФК + Белимумаб или низкодозовый ЦФ + Белимумаб или АМФК + Обинутузумаб

В отдельных случаях показан азатиоприн 1-2 мг/кг/сут. (особенно при беременности)
Можно оставить такролимус или циклоспорин

Неэффективность 1 этапа

- Провести коррекцию терапии (например, увеличить дозу АМФК до 3 г/сут.)
- Добавить к АМФК такролимус
- Добавить к АМФК белимумаб
- Добавить к АМФК обинутузумаб
- Перевести пациента с АМФК на циклофосфамид или на циклоспорин или на такролимус

При рефрактерном течении ВН назначить ритуксимаб в/в по 500-1000 мг 1 раз в 1-2 нед. (максимально 2 г)

Неактивный ВН или VI Класс по биопсии

- Лечение внепочечных проявлений СКВ
- Мониторирование показателей функции почек
- Подготовка к гемодиализу

Примечание:
ВН – волчаночный нефрит, иНГКТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа,
РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система, АМФК – аналоги микофеноловой кислоты (майфортик, феломика, никвесел, микофеноловая кислота), ММФ – микофенолата мофетил

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

ДИАГНОЗ: СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ

↓

Общие принципы лечения
Отказ от курения, избегать переохлаждения, избегать контакт с пылью, химическими агентами.
Избегать высоких доз ГКС – фактор риска почечного криза. Контроль АД, вакцинация, реабилитация

ТЕРАПИЯ ПО ОРГАННЫМ ДОМЕНАМ

Феномен Рейно
1-я линия – блокаторы Са-каналов (нифедипин)
2-я линия – иФДЭ5 (силденафил, тадалафил);
в/в введение илопроста при тяжелом течении

Фиброз кожи
Метотрексат, ММФ и/или ритуксимаб;
Назначение тоцилизумаба при ранней активной дССД

Дигитальные язвы
Рассмотреть иФДЭ5 и/или в/в илопрост для заживления;
Рассмотреть бозентан и/или иФДЭ5
для профилактики новых язв

ИЗЛ
ММФ, циклофосфамид или ритуксимаб;
Нинтеданиб в монотерапии или с ММФ; тоцилизумаб

ЛАГ
1-я линия – комбинация АРЭ + иФДЭ5 и/или риоцигуат;
При прогрессирующем течении ЛАГ – в/в
аналоги простациклина (эпопростенол);
другие аналоги простациклина – селексипаг

Артрит
Метотрексат и/или ГКС в низких дозах коротким курсом

СПК
иАПФ, постоянный контроль АД, функции почек

Поражение ЖКТ
ИПП – лечение и профилактика язв и стриктур пищевода;
прокинетики – при нарушении моторики;
антибиотики – при СИБР

Тяжелая ранняя дССД и/или плохой прогноз
Рассмотреть ВИСТ АТГСК с циклофосфамидом при отсутствии тяжелого прогрессирующего кардиореспираторного поражения

Примечание:
ГКС – глюкокортикостероиды, АД – артериальное давление, иФДЭ5 – ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа,
АРЭ – антагонисты рецепторов эндотелина, ЛАГ – легочная артериальная гипертензия,
иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ММФ – микофенолата мофетил,
дССД – диффузная системная склеродермия, СПК – склеродермический почечный криз,
ИЗЛ – интерстициальное заболевание легких, ЖКТ – желудочно-кишечный тракт,
ИПП – ингибиторы протонной помпы, СИБР – синдром избыточного бактериального роста,
ВИСТ АТГСК – высокодозная иммуносупрессивная терапия с аутотрансплантацией
гемопоэтических стволовых клеток

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

1 Верификация диагноза по критериям ASAS:
Рентгенологический СпА
Нерентгенологический СпА
Периферический СпА

Немедикаментозные методы
Образование пациентов, здоровый образ жизни,
ЛФК, физиотерапия, отказ от курения

↓

Медикаментозное лечение (базисная терапия на весь период терапии)

Аксиальный спондилоартрит
НПВП в полной дозе
≥ 2 препаратов НПВП последовательно по 2-4 нед.
Высокий ЖКТ-риск – селективные ингибиторы ЦОГ-2 + ИПП.
Высокий СС-риск – избегать;
при крайней необходимости – ибупрофен/напроксен

Периферический спондилоартрит (артриты, энтезиты)
- При моно-/олигоартрите – локальные инъекции ГКС*
- Сульфасалазин, метотрексат**

Оценка эффективности проводимой терапии через 12 нед. (BASDAI, ASDAS CRP, суставной счет, MASES, СОЭ/СРб)

Эффект недостаточный (ASDAS > 2.1),
перейти к ЭТАПу 2

Ответ достигнут.
Продолжить терапию

↓

2 Рассмотреть подключение ГИБП/тсБПВП
(учитывая клинические проявления СпА, коморбидные состояния)

Без внесуставных проявлений иФНО-α, иИЛ17 либо и-JAK-киназ равнозначны

Рецидивирующий увеит/ВЗК
Преимущество иФНО-α (не-этанерцепт),
Альтернатива - и-JAK-киназ

При наличии рисков сердечно-сосудистых событий – избегать и-JAK-киназ
Метаболический синдром – рассмотреть иИЛ17

Онкология в анамнезе – оценка риск/польза – отдать предпочтение БПВП, при невозможности ГИБП возможны к назначению***

Ответ достигнут (ΔASDAS > 1.1).
Продолжить терапию

3 При недостаточном эффекте от проводимой терапии,
переоценить диагноз и приверженность, рассмотреть смену на др. ГИБП/тсБПВП

Примечание:
* внутрисуставные/периартикулярные инъекции ГК (глюкокортикоиды) –
с осторожностью в область ахиллова сухожилия (риск разрыва)
** метотрексат – эффективность не изучалась в РКИ
*** по решению междисциплинарного консилиума. СпА – спондилоартрит, ГКС – глюкокортикостероиды,
ИПП – ингибиторы протонной помпы, ASDAS CRP – шкала активности анкилозирующего спондилита
с включением С-реактивного белка, BASDAI – батский индекс активности анкилозирующего спондилита,
MASES – маастрихтский индекс энтезита у пациентов с анкилозирующим спондилитом,
ГИБП – генно-инженерные биологические препараты,
тсБПВП – таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

1 Верификация диагноза по критериям CASPAR (≥ 3 баллов) + ASAS при боли в спине

Немедикаментозные методы
Образование пациентов, ЛФК, физиотерапия, отказ от курения, коррекция питания/ИМТ

Медикаментозное лечение в зависимости от клинических проявлений
(базисная терапия на весь период терапии)

Аксиальное поражение:
- НПВП в полной дозе
- Локальные ГКС

Периферические проявления (артриты, энтезиты, дактилиты)
- При моно-/олигоартрите – локальные инъекции ГКС
- Всем БПВП: МТ (препарат выбора), СС, ЛФ

При доминирующем спондилите/энтезите – при неэффективности НПВП в течение 4-12 нед., не дожидаясь ответа на терапию БПВП перейти к ЭТАПу 2

Оценка эффективности проводимой терапии через 3-6 мес. (DAPSA, BASDAI, ASDAS CRP, СОЭ/СРб)

Ответ достигнут. Продолжить терапию

Эффект недостаточный перейти к ЭТАПу 2

При выборе терапии учитывать предикторы сниженного ответа на терапию: ожирение, курение, жировой гепатоз, депрессия

2 **Смена БПВП**
Рассмотреть подключение ГИБП/тсБПВП
(учитывая клинические проявления ПсА, коморбидные состояния)

- иФНО-α, иИЛ17, иИЛ12/23, иИЛ23 либо и-JAK-киназ, и-PDE4
- Спондилит – препараты выбора иФНО-α, иИЛ17

- Рецидивирующий увеит - иФНО-α (не-этанерцепт),
- ВЗК - иФНО-α (не-этанерцепт), иИЛ12/23 (избегать иИЛ17)
- Альтернатива - и-JAK-киназ

- При наличии рисков сердечно-сосудистых событий – избегать и-JAK-киназ
- Метаболический синдром – рассмотреть иИЛ17, иИЛ23

Тяжелый псориаз
- иИЛ17, иИЛ12/23

Через 3-6 мес. - ответ достигнут. Продолжить терапию

3 При недостаточном эффекте от проводимой терапии, переоценить диагноз и приверженность, рассмотреть смену на др. ГИБП/тсБПВП → Через 3-6 мес. повторная оценка эффективности. Продолжить терапию

Примечание:
ГКС – глюкокортикоиды, МТ – метотрексат, СС – сульфасалазин, ЛФ – лефлуномид, ИМТ – индекс массы тела, CASPAR – классификационные критерии псориатического артрита, ASAS – классификационные критерии аксиального спондилоартрита, DAPSA – индекс активности псориатического артрита, ASDAS CRP – шкала активности анкилозирующего спондилита с включением С-реактивного белка, BASDAI – батский индекс активности анкилозирующего спондилита, БПВП – базисные противовоспалительные препараты, МТ – метотрексат, ЛФ – лефлуномид, СС – сульфасалазин, тсБПВП – таргетные синтетические препараты

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМИ СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ*

1 ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДИАГНОЗА

2 ИНДУКЦИЯ РЕМИССИИ

Тяжелое течение АНЦА-СВ
(быстропрогрессирующий гломерулонефрит, креатинин > 500 мкмоль/л, альвеолярное кровотечение, поражение ЦНС, сердца, ЖКТ)
1. Глюкокортикоиды: метилпреднизолон 500–1000 мг в/в 3 дня, затем преднизолон 1 мг/кг в сут. (максимально до 75 мг)
По показаниям в сочетании с:
(2а) циклофосфамидом: в/в 15 мг/кг (максимально 1.2 г) по схеме CYCLOPS (нед. 0, 2, 4, далее каждые 3 нед.). Длительность 3-6 мес.
(2б) или ритуксимабом: 375 мг/м^2 в/в 1 раз в нед. в течение 4 нед. или 1000 мг в/в дважды с интервалом 2 нед.

Нетяжелое течение АНЦА-СВ
1. Глюкокортикоиды: преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут. (максимум 75 мг)
По показаниям в сочетании с:
(2а) мофетила микофенолатом: 2 г в сут. per os, или (2б) метотрексатом : 20-25 мг в нед. подкожно/внутримышечно, или
(2в) ритуксимабом: 375 мг/м^2 в/в 1 раз в нед. в течение 4 нед. или 1000 мг в/в дважды с интервалом 2 нед.

Нетяжелый эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (FFS = 0)
(в т.ч. с наличием бронхиальной астмы, полипозного риносинусита, эозинофильного гастроэнтерита, поражения сердца, эозинофилии > 10%)
1. Глюкокортикоиды: преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут. (максимум 75 мг)
При необходимости добавить ингибиторы ИЛ-5:
(2а) меполизумаб: 300 мг 1 раз в 4 нед. подкожно или (2б) Бенрализумаб: 30 мг 1 раз в 4 нед. подкожно
При наличии признаков активного васкулита:
микофенолата мофетил, или метотрексат, или азатиоприн. При тяжелом течении – ритуксимаб

Рефрактерное течение АНЦА-СВ (терапевтические опции)
При рефрактерном течении АНЦА-СВ обязательно исключить инфекции или альтернативный диагноз
1. Временное увеличение дозы глюкокортикоидов
2. Плазмаферез при быстропрогрессирующей почечной недостаточности (креатинином > 300 мкмоль/л) или альвеолярном кровотечении
3. Внутривенный иммуноглобулин человека нормальный: 0,5 – 2 г/кг массы тела в течение 2-5 дней
4. Комбинация циклофосфамида и ритуксимаба (только по жизненным показаниям)

3 ПОДДЕРЖАНИЕ РЕМИССИИ

Гранулематоз с полиангиитом, микроскопический полиангиит
1. Глюкокортикоиды: постепенное снижение дозы. При стойкой ремиссии возможно рассмотреть вопрос об их отмене
По показаниям в сочетании с:
(2а) ритуксимабом: 500 мг в/в 1 раз в 6 мес., или (2б) метотрексатом: 20-25 мг в нед. подкожно/внутримышечно,
или (2в) азатиоприном: 2 мг/кг массы тела

Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
1.Глюкокортикоиды: постепенное снижение дозы. При стойкой ремиссии возможно рассмотреть вопрос об их отмене
По показаниям в сочетании с:
(2а) меполизумабом: 300 мг 1 раз в 4 нед. подкожно или (2б) бенрализумабом: 30 мг 1 раз в 4 нед. подкожно
Если ранее были назначены: метотрексат, или азатиоприн, или ритуксимаб, то их применение может быть продолжено (по показаниям)

Сопутствующая терапия
1. Профилактика пневмоцистной пневмонии: триметоприм/сульфаметоксазол 960 мг 3 раза в нед. или 480 мг/сут. на время индукции (циклофосфамид, ритуксимаб, высокие дозы ГК)
2. Гастропротекция: ингибиторы протонной помпы при высоких дозах ГК
3. Профилактика остеопороза: кальций, витамин D, при необходимости бисфосфонаты
4. Вакцинация: по возможности до начала иммуносупрессивной терапии (избегать живых вакцин)

4 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕННИЕ

Примечание:
* на основании международных рекомендаций (EULAR 2022, ACR 2021, KDIGO 2024)
FFS – пятифакторная шкала. АНЦА-СВ – АНЦА-ассоциированные системные васкулиты

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫМ АРТЕРИИТОМ И АРТЕРИИТОМ ТАКАЯСУ*

1 ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДИАГНОЗА ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО АРТЕРИИТА И АРТЕРИИТА ТАКАЯСУ

2 ИНДУКЦИЯ РЕМИССИИ

Гигантоклеточный артериит
1. Глюкокортикоиды: преднизолон 40-60 мг/сут. в течение 2-4 нед., затем в течение 2-3 мес. редуцировать дозу до 15-20 мг/сут.
При тяжелом течении, неэффективности монотерапии ГК и/или наличии противопоказаний к высоким дозам ГК добавить:
(2а.) **метотрексат:** 15-25 мг в нед. подкожно/внутримышечно, **или** (2б) **тоцилизумаб:** 162 мг подкожно 1 раз в нед., **или** (2в) **упадацитиниб:** 15 мг 1 раз в сут. перорально
! При угрозе потери зрения рассмотреть проведение пульс-терапии метилпреднизолоном 250-1000 мг №3 с последующим переходом на прием преднизолона per os. Краниальные симптомы требуют ускоренного назначения ГК

Рецидив гигантоклеточного артериита
А. При выраженном обострении:
- Увеличить дозу преднизолона до 40-60 мг/сут.
- Добавить к терапии метотрексат, или тоцилизумаб, или упадацитиниб (если ранее не назначались)

Б. При умеренном обострении:
- Увеличивать дозу преднизолона до достижения клинического эффекта
- Добавить к терапии метотрексат, или тоцилизумаб, или упадацитиниб (если ранее не назначались)

Артериит Такаясу
1.Глюкокортикоиды: преднизолон 40-60 мг/сут. в течение 2-4 нед., затем в течение 2-3 мес. редуцировать дозу до 15-20 мг/сут.
По показаниям в сочетании с:
(2а) **метотрексатом:** 15-25 мг в нед. подкожно/внутримышечно (препарат выбора)
или (2б) **мофетила микофенолатом:** 2-3 мг/сут. перорально, **или** (2в) **азатиоприном:** 1,5-2 мг/кг в сут. перорально
или (2г) **лефлуномидом:** 20 мг 1 раз в сут. перорально
! У пациентов с локализованной формой артериита Такаясу (поражение одного артериального сегмента) рассмотреть возможность индукции ремиссии с дозы преднизолона 25-30 мг/сут.

Рецидив артериита Такаясу
А. При выраженном обострении:
- Увеличить дозу преднизолона до 40-60 мг/сут.
- Подключение ГИБТ: Тоцилизумаб или ингибиторы ФНО

Б. При умеренном обострении:
- Увеличить дозу преднизолона до клинически эффективной
- Подключение ГИБТ: Тоцилизумаб или ингибиторы ФНО

3 ПОДДЕРЖАНИЕ РЕМИССИИ

Гигантоклеточный артериит, артериит Такаясу
1. Глюкокортикоиды: постепенное снижение дозы до минимальной
При стойкой ремиссии рассмотреть вопрос отмены ГК через 12-18 мес.
2. Цитостатическая терапия, селективные иммунодепрессанты, ГИБТ: продолжить терапию
Рассмотреть вопрос редукции терапии при наличии стойкой ремиссии
3. Хирургическое и эндоваскулярное лечение: при наличии критических стенозов артериальных сегментов в период ремиссии

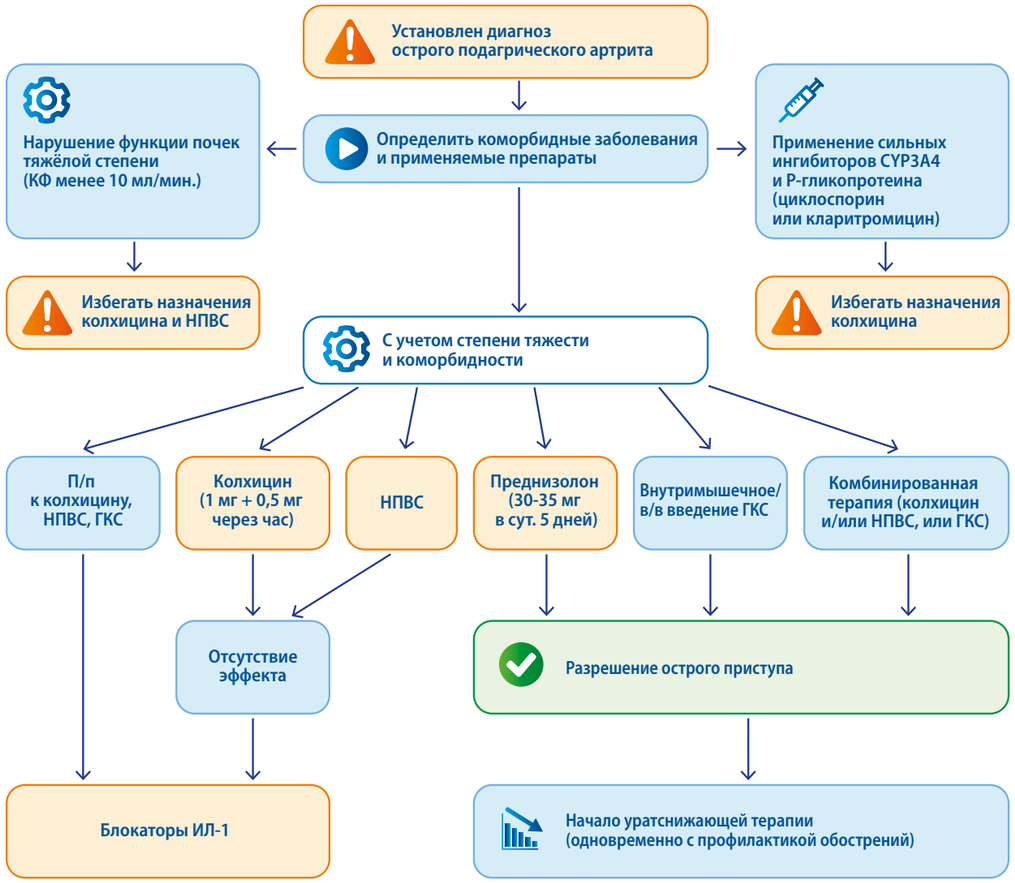
При рецидиве переход к фазе индукции ремиссии (см. этап 2)

4 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕННИЕ

Примечание:
* на основании международных рекомендаций по лечению (EULAR 2025, ACR 2021) и визуализации (EULAR 2023) васкулитов сосудов крупного калибра.

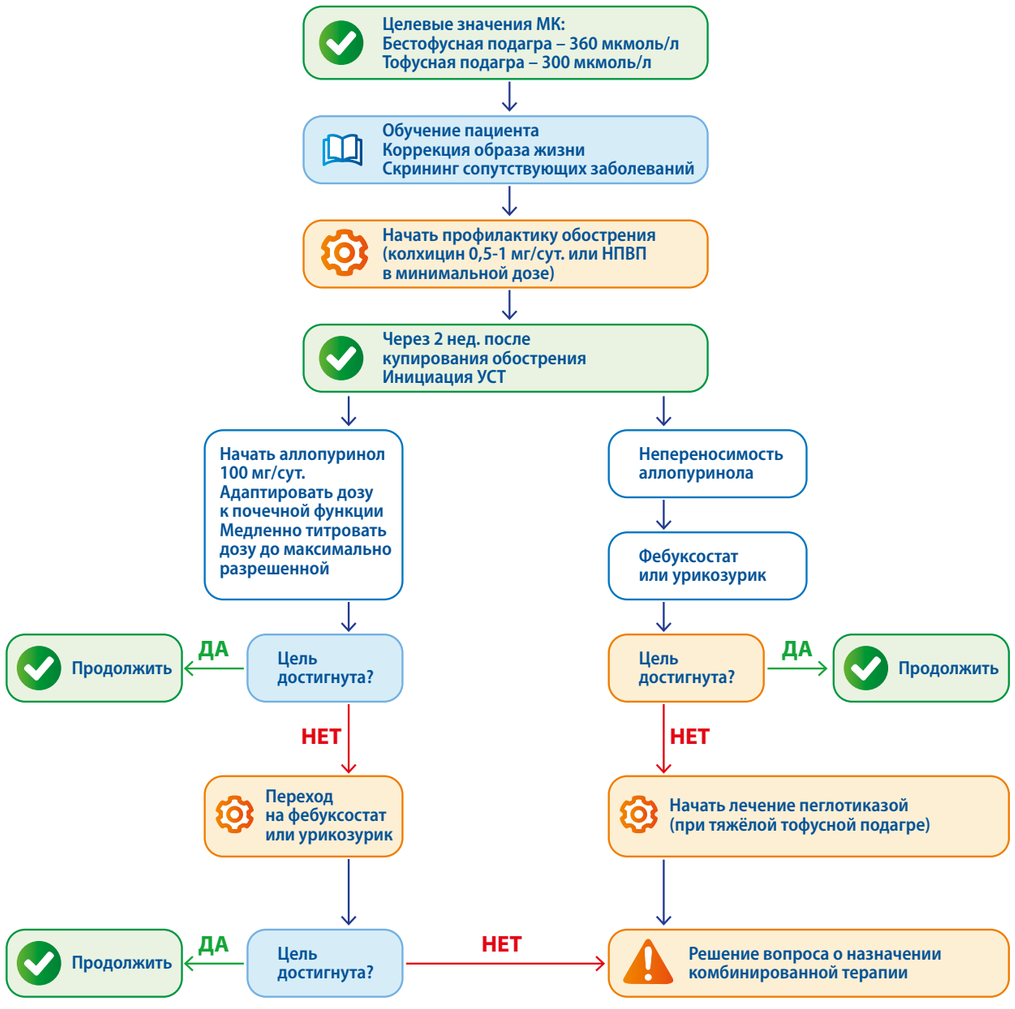
ГК – Глюкокортикоиды. Ингибиторы ФНО-а – ингибиторы фактора некроза опухоли-а

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

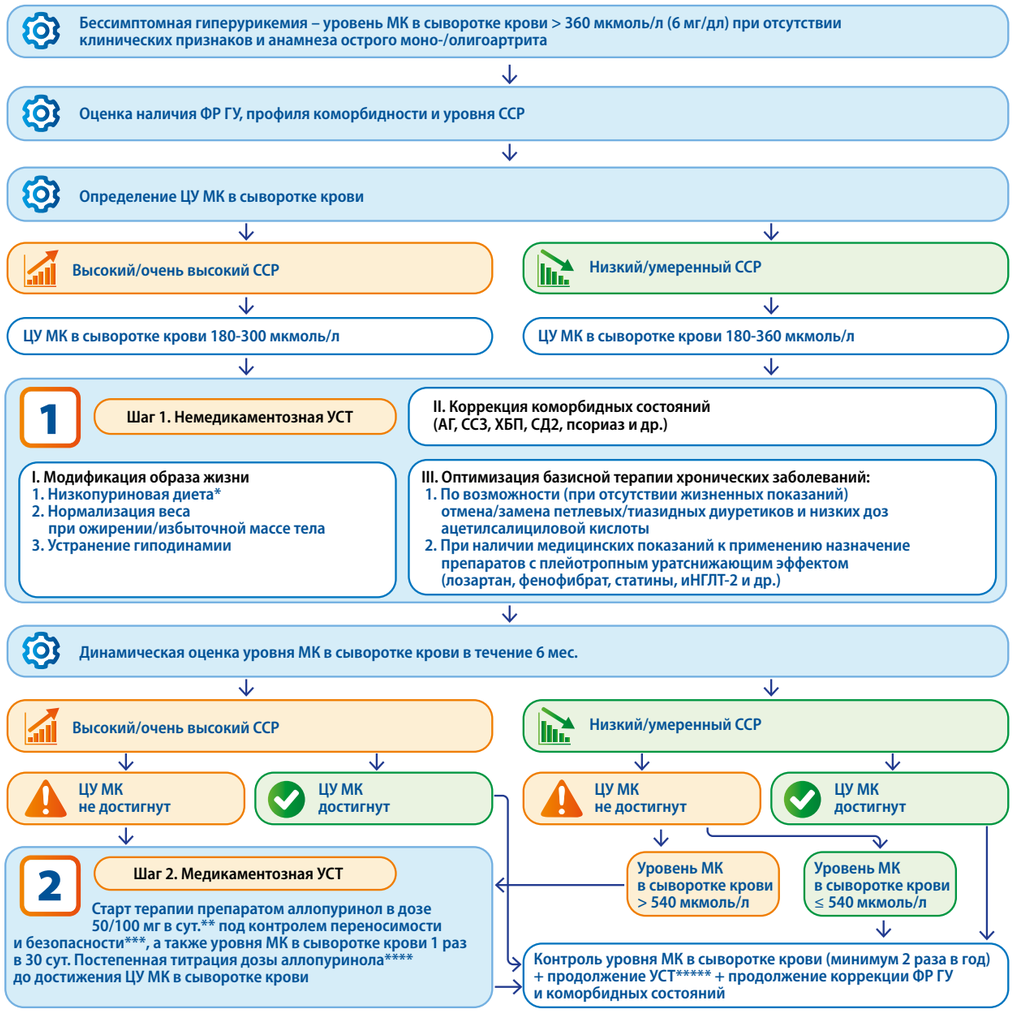


Примечание:
П/п – противопоказание, CYP3A4 – изофермент цитохрома 450

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ



АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ



Примечание:
АГ – артериальная гипертензия, ГУ – гиперурикемия, иНГЛТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа, МК – мочевая кислота, СД2 – сахарный диабет 2 типа, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, ССР – сердечно-сосудистый риск, УСТ – уратснижающая терапия, ФР ГУ – фактор риска гиперурикемии, ХБП – хроническая болезнь почек, ЦУ – целевой уровень

* рекомендуется ограничение потребления красного мяса, морепродуктов, фруктозосодержащих безалкогольных напитков, сиропов и продуктов, а также алкоголя. Рекомендуется добавлять в рацион молочные продукты с низкой жирностью, вишню, кофе (при отсутствии противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы)

** стартовая доза аллопуринола 100 мг в сут. для пациентов с расчетной скоростью клубочковой фильтрации ≥ 60 мл/мин./1,73м^2, стартовая доза аллопуринола 50 мг в сут. для пациентов с расчетной скоростью клубочковой фильтрации < 60 мл/мин./1,73м^2

*** на фоне применения аллопуринола необходимы регулярный скрининг на потенциальные нежелательные реакции (особенно кожные аллергические реакции), а также контроль клинического анализа крови, уровней креатинина, аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы в крови.

**** постепенное пошаговое увеличение дозы аллопуринола на 100 мг в сут. у пациентов с расчетной скоростью клубочковой фильтрации ≥ 60 мл/мин./1,73м^2; постепенное пошаговое увеличение дозы аллопуринола на 50 мг в сут. у пациентов с расчетной скоростью клубочковой фильтрации < 60 мл/мин./1,73м^2

***** продолжение немедикаментозной уратснижающей терапии при ее эффективности на протяжении всей жизни пациента, либо продолжение приема аллопуринола в минимально эффективной дозе на протяжении всей жизни пациента

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ*

1 КОМБИНАЦИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Немедикаментозные методы
Образование пациентов (школа ОА); при ИМТ ≥ 25 – снижение массы тела на 5–10%; ЛФК (аэробные и силовые упражнения); физиотерапия; гидротерапия; мануальная терапия; ударно-волновая терапия; когнитивно-поведенческая терапия

Биомеханическая коррекция
Ортезы, стельки, ходьба с опорой

↓

Медикаментозное лечение

Болезнь-модифицирующие препараты (DMOADs), 2 раза в год
В/м: Алфлутоп, Румалон, Мукосат, Хондрогард, Дона. Per os: Дона, Терафлекс, Терафлекс Адванс, Терафлекс Ультра, Артра, Артра МСМ, Артра МСМ Гиалуроник, Ревокка, Артнео, диацереин, Диафлекс Хондро, неомыляемые соединения авокадо и сои

Топические НПВП
2–3 раза в день, до 14 дней

↓

Коррекция сопутствующей патологии

↓

Оценка интенсивности болевого синдрома

Слабая боль
ВАШ < 40 мм или ЧРШ < 4 баллов
Парацетамол: 3–4 раза в день, до 3 г/сут., курс до 5 дней

Если боль сохраняется →

Умеренная/сильная боль
ВАШ ≥ 40 мм или ЧРШ ≥ 4 баллов
Системные НПВП с учетом рисков
Высокий ЖКТ-риск – селективные ингибиторы ЦОГ-2 + ИПП.
Высокий СС-риск – избегать; при крайней необходимости – ибупрофен/напроксен до 5–7 дней.
СКФ < 60 мл/мин. – только топические НПВП + парацетамол

↓

Повторная оценка через 4–8 нед. При ВАШ ≥ 40 мм или ЧРШ ≥ 4 баллов – перейти к этапу 2

2 ЛОКАЛЬНАЯ ИНЪЕКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

Препараты гиалуроновой кислоты в «сухой сустав»:
курс из 1–3 инъекций с интервалом 1–2 нед, не чаще 1 раза в 6–12 мес.
Глюкокортикоиды: при наличии синовита, только в коленный сустав, не более 2 инъекций в год

↓

Повторная оценка через 2–4 нед. При ВАШ ≥ 40 мм или ЧРШ ≥ 4 баллов – перейти к этапу 3

3 ТЕРАПИЯ СОХРАНЯЮЩЕГОСЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Дулоксетин; антиконвульсанты при невропатической боли (прегабалин, габапентин и др.); **трамадол** при сильной боли, если НПВП и парацетамол неэффективны или противопоказаны – курс до 5–7 дней

↓

Повторная оценка через 4–8 нед. При ВАШ ≥ 40 мм или ЧРШ ≥ 4 баллов – перейти к этапу 4

4 КОНСУЛЬТАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА

При необходимости – хирургическое лечение: эндопротезирование, остеотомия, артродез

Примечание:
ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли, ЧРШ – числовая рейтинговая шкала боли
* Клинические рекомендации «Полиартроз (генерализованный остеоартрит)», Ассоциация ревматологов России, 2025.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ

- FRAX (шкала 10-летнего риска остеопоротических переломов) у женщин в постменопаузе и мужчин ≥ 50 лет при наличии клинических факторов риска перелома
- DXA (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия): шейка бедра предпочтительна для оценки риска, поясничный отдел – для мониторинга терапии
- Рентгенография позвоночника при потере роста ≥ 4 см, кифозе, приёме ГК внутрь, Т-критерии ≤ –2,5
- Исключение вторичных причин остеопороза: кальций, фосфор, СКФ, 25 (OH) D, ПТГ, ТТГ, тестостерон у мужчин, электрофорез белков
- Промежуточный риск (FRAX между порогами оценки) → DXA → пересчёт FRAX с МПК шейки бедра

Низкий риск
- FRAX ниже порога вмешательства
- Нет переломов в анамнезе
- Т-критерий > –2,5

→ Корректировать уровень витамина D и кальция, повторная оценка риска

Высокий риск
- FRAX выше порога вмешательства
- Т-критерий ≤ –2,5
- Переломы остеопоротические в анамнезе

→ **Антирезорбтивная терапия:**
- Алендроновая кислота (алендронат) 70 мг внутрь 1 раз в нед.
- Золедроновая кислота (золедронат) 5 мг в/в 1 раз в год – первая линия после перелома бедра
- Ибандроновая кислота (ибандронат) 150 мг внутрь 1 раз в мес. или 3 мг в/в каждые 3 мес.
- Деносумаб 60 мг п/к 1 раз в 6 мес.

Ограничения по СКФ:
золедронат > 35 мл/мин., ибандронат и ризедронат > 30 мл/мин.

Очень высокий риск
- Перелом позвонка в течение 2 лет или ≥ 2 переломов позвонков
- Т-критерий ≤ –3,5
- ГК ≥ 7,5 мг/сут ≥ 3 мес.
- FRAX превышает порог вмешательства на ≥ 60%

→ **Анаболический препарат первой линией:**
- Терипаратид 20 мкг п/к ежедневно, до 24 мес.; полный курс однократно за жизнь, ПТГ контролировать до начала
- Ромосозумаб 210 мг п/к 1 раз в мес., 12 мес.; противопоказан после инфаркта миокарда или инсульта (в РФ отсутствует)
- Абалопаратид 80 мкг п/к ежедневно, 18 мес.; до начала – АД, ЭКГ, оценка кардиального статуса (в РФ отсутствует)

При задержке направления к специалисту временно начать пероральный бисфосфонат

Последовательная терапия – планировать до начала лечения:
- После завершения курса анаболического препарата без перерыва начать алендронат, золедронат или деносумаб
- После прекращения курса деносумаба необходимо продолжить курс: золедроновая кислота 5 мг в/в через 6 мес. после последней инъекции, далее по уровню СТХ (контроль через 3 и 6 мес.)
- При очень высоком риске переломов ромосозумаб или терипаратид превосходят антирезорбтивную монотерапию бисфосфонатами по прибавке МПК и снижению риска перелома

Длительность и пересмотр терапии:
- Пероральные бисфосфонаты – не менее 5 лет, золедроновая кислота – не менее 3 лет, затем повторная оценка риска
- Продление до 10 лет (перорально) или 6 лет (золедронат): возраст ≥ 70 лет на момент начала, перелом бедра или позвонка в анамнезе, ГК ≥ 7,5 мг/сут., новый перелом на продолжающейся терапии
- Повторная оценка FRAX после отмены: ризедронат и ибандронат – через 18 мес., алендронат – через 2 года, золедронат – через 3 года

Перерыв 18–36 мес. возможен только у пациентов с более низким риском; рутинные лекарственные каникулы не рекомендованы

Мониторинг и безопасность:
- DXA поясничного отдела для мониторинга ответа; при выраженных дегенеративных изменениях – МПК бедра. FRAX для оценки ответа на лечение не применять!
- Маркеры костного обмена: СТХ-С-концевой телопептид коллагена I-типа (резорбция) и P1NP-P1NP-N- терминальный пропептид проколлагена I-типа (костеобразование)
- Кальций общий сыворотки крови перед каждой дозой деносумаба; при клиренсе креатинина < 35 мл/мин. дополнительно через 2 нед. после первой дозы
- Расчёт СКФ до введения золедроната; у пациентов > 75 лет и при ИМТ < 18 или > 40 кг/м² использовать клиренс креатинина.

Санация полости рта до начала терапии, регулярные стоматологические осмотры; при боли в бедре, паху или тазобедренной области – рентгенография бедренной кости на всю длину (для исключения атипичного перелома)

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛЮКОКОРТИКОИД-ИНДУЦИРОВАННЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

Основные положения:
- Взрослые, начинающие или продолжающие ГК в дозе ≥ 2,5 мг/сут. преднизолон более 3 мес.
- Необходимо выполнить оценку показателей: DXA, рентгенографии позвоночника, FRAX при возрасте ≥ 40 лет
- Поправка при дозе > 7,5 мг/сут. - вероятность основных остеопоротических переломов повышается на 15%, перелома бедра – на 20%
- Переломы при ГК возникают при более высокой МПК, чем при постменопаузальном остеопорозе (изолированное определение Т-критерия недооценивает риск)
- Рекомендации ACR не распространяются на ингаляционные ГК и ХБП 4–5 стадии

Низкий риск
- Кальций 1000-1200 мг/сут.
- Витамин D 600-800 МЕ/сут., цель 25(OH)D 30-50 нг/мл
- Здоровый образ жизни, минимальная эффективная доза ГК (по показаниям)

→ Антиостеопоротическая терапия не требуется

Умеренный риск
- Бисфосфонат внутрь или внутривенно
- Деносумаб 60 мг п/к 1 раз в 6 мес.
  Аналог ПТГ (терипаратид)

→ Выбор в рамках совместного решения с пациентом

Высокий и очень высокий риск
Пероральный бисфосфонат (сильная рекомендация)
- Альтернатива: внутривенный бисфосфонат, ромосозумаб, ралоксифен (только при непереносимости других препаратов)

→ При высоких дозах ГК: аналог ПТГ предпочтительнее антирезорбтивной терапии независимо от FRAX и МПК

Начинать костнопротективную терапию одновременно с ГК, не дожидаясь DXA:
- Доза ≥ 7,5 мг/сут. преднизолона или его эквивалента в течение 3 мес. и более
- Любой остеопоротический перелом в анамнезе; женщины в возрасте ≥ 70 лет
- FRAX для основных переломов или перелома бедра выше порога вмешательства
- При очень высоких дозах ГК – срочное направление к специалисту; при задержке консультации начать пероральный бисфосфонат

Переоценка риска и правила отмены:
- Переоценка риска каждые 1-2 года при продолжении ГК; при очень высоком риске – DXA ежегодно до стабилизации показателей
- ГК отменены, но риск остаётся умеренным и выше – терапию остеопороза продолжить
- ГК отменены, новых переломов нет и Т-критерий ≥ –2,5 – терапию остеопороза прекратить, оставив кальций и витамин D
- Деносумаб не отменять без замены на бисфосфонат; новый перелом после ≥ 12 мес. терапии – смена препарата или пути введения

Для записей

СОДЕРЖАНИЕ

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ **3**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРУДНЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РА (D2T-RA) **4**

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ
НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО АРТРИТА БЕРЕМЕННЫХ (НДАБ) **5**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ **6**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ **7**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ **8**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ **9**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ **10**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМИ СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ **11**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫМ АРТЕРИИТОМ И АРТЕРИИТОМ ТАКАЯСУ **12**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ **13**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ **14**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ **15**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ **16**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ **17**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ГЛЮКОКОРТИКОИД-ИНДУЦИРОВАННЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ **18**