

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	10
Введение	14
Глава 1. Ревматоидный артрит	15
1.1. Основные факты	15
1.2. Шифры Международной классификации болезней 10-го пересмотра	16
1.3. Диагностика	17
1.4. Немедикаментозное лечение	19
1.4.1. Физическая активность и лечебная физкультура	19
1.4.2. Диета	19
1.4.3. Аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия	19
1.4.4. Ортезирование	20
1.4.5. Хирургическое лечение	20
1.5. Фармакотерапия	20
1.5.1. Синтетические базисные противовоспалительные препараты	20
1.5.2. Генно-инженерные биологические препараты	28
1.5.3. Таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты	40
1.5.4. Глюкокортикоидные препараты	46
1.5.5. Нестероидные противовоспалительные препараты	52
1.5.6. Дополнительная медикаментозная терапия	70
1.5.7. Принципы выбора медикаментозных препаратов и стратегия лечения	71
1.6. Профилактические мероприятия	76
Глава 2. Анкилозирующий спондилит	77
2.1. Основные факты	77
2.2. Шифры Международной классификации болезней 10-го пересмотра	78

2.3. Диагностика	78
2.4. Немедикаментозное лечение	79
2.4.1. Физическая активность и лечебная физкультура	79
2.4.2. Диета	80
2.4.3. Аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия	80
2.4.4. Ортезирование	80
2.4.5. Хирургическое лечение	80
2.5. Фармакотерапия	81
2.5.1. Синтетические базисные противовоспалительные препараты	81
2.5.2. Генно-инженерные биологические препараты	84
2.5.3. Таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты	90
2.5.4. Глюкокортикоидные препараты	92
2.5.5. Нестероидные противовоспалительные препараты	96
2.5.6. Дополнительная медикаментозная терапия	116
2.5.7. Принципы выбора медикаментозных препаратов и стратегия лечения	116
2.6. Профилактические мероприятия	117
Глава 3. Псориатический артрит	118
3.1. Основные факты	118
3.2. Шифры Международной классификации болезней 10-го пересмотра	119
3.3. Диагностика	120
3.4. Немедикаментозное лечение	121
3.4.1. Физическая активность и лечебная физкультура	121
3.4.2. Диета	122
3.4.3. Аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия	122
3.4.4. Ортезирование	122
3.4.5. Хирургическое лечение	122

3.5. Фармакотерапия	123
3.5.1. Синтетические базисные противовоспалительные препараты	123
3.5.2. Генно-инженерные биологические препараты	126
3.5.3. Таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты	134
3.5.4. Глюкокортикоидные препараты	138
3.5.5. Нестероидные противовоспалительные препараты	142
3.5.6. Дополнительная медикаментозная терапия	160
3.5.7. Принципы выбора медикаментозных препаратов и стратегия лечения	160
3.6. Профилактические мероприятия	162
Глава 4. Остеоартрит	164
4.1. Основные факты	164
4.2. Шифры Международной классификации болезней 10-го пересмотра	165
4.3. Диагностика	167
4.4. Немедикаментозное лечение	171
4.4.1. Физическая активность и лечебная физкультура	171
4.4.2. Диета	171
4.4.3. Аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия	172
4.4.4. Ортезирование	172
4.4.5. Хирургическое лечение	172
4.5. Фармакотерапия	173
4.5.1. Симптоматические медленно действующие препараты	173
4.5.2. Препараты гиалуроновой кислоты	178
4.5.3. Глюкокортикоидные препараты	182
4.5.4. Нестероидные противовоспалительные препараты и анальгетики	186
4.5.5. Дополнительная медикаментозная терапия	206
4.5.6. Принципы выбора медикаментозных препаратов и стратегия лечения	206
4.6. Профилактические мероприятия	207

Глава 5. Системная красная волчанка	208
5.1. Основные факты	208
5.2. Шифры Международной классификации болезней 10-го пересмотра	209
5.3. Диагностика	210
5.4. Немедикаментозное лечение	212
5.4.1. Физическая активность и лечебная физкультура	212
5.4.2. Диета	213
5.4.3. Аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия	213
5.4.4. Ортезирование	214
5.4.5. Хирургическое лечение	214
5.5. Фармакотерапия	214
5.5.1. Синтетические иммуносупрессивные препараты/синтетические базисные противовоспалительные препараты	214
5.5.2. Генно-инженерные биологические препараты	222
5.5.3. Глюкокортикоидные препараты	226
5.5.4. Нестероидные противовоспалительные препараты	230
5.5.5. Антикоагулянты и антиагреганты	240
5.5.6. Иммуноглобулины	252
5.5.7. Дополнительная медикаментозная терапия	254
5.5.8. Принципы выбора медикаментозных препаратов и стратегия лечения	254
5.6. Профилактические мероприятия	257
Глава 6. Системная склеродермия	258
6.1. Основные факты	258
6.2. Шифры Международной классификации болезней 10-го пересмотра	259
6.3. Диагностика	259

6.4. Немедикаментозное лечение	261
6.4.1. Физическая активность и лечебная физкультура	261
6.4.2. Диета	261
6.4.3. Аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия	261
6.4.4. Ортезирование	262
6.4.5. Хирургическое лечение	262
6.5. Фармакотерапия	262
6.5.1. Синтетические иммуносупрессивные препараты/синтетические базисные противовоспалительные препараты	262
6.5.2. Генно-инженерные биологические препараты	268
6.5.3. Глюкокортикоидные препараты	270
6.5.4. Нестероидные противовоспалительные препараты	272
6.5.5. Вазоактивные препараты и препараты для лечения легочной артериальной гипертензии	276
6.5.6. Антипролиферативные средства	292
6.5.7. Дополнительная медикаментозная терапия	294
6.5.8. Принципы выбора медикаментозных препаратов и стратегия лечения ..	294
6.6. Профилактические мероприятия	295
Глава 7. Дерматомиозит/полимиозит	296
7.1. Основные факты	296
7.2. Шифры Международной классификации болезней 10-го пересмотра	297
7.3. Диагностика	297
7.4. Немедикаментозное лечение	300
7.4.1. Физическая активность и лечебная физкультура	300
7.4.2. Диета	300
7.4.3. Аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия	301

7.4.4. Ортезирование	301
7.4.5. Хирургическое лечение	301
7.5. Фармакотерапия	301
7.5.1. Синтетические иммуносупрессивные препараты/синтетические базисные противовоспалительные препараты	301
7.5.2. Генно-инженерные биологические препараты	308
7.5.3. Глюкокортикоидные препараты	310
7.5.4. Иммуноглобулины	314
7.5.5. Дополнительная медикаментозная терапия	316
7.5.6. Принципы выбора медикаментозных препаратов и стратегия лечения	316
7.6. Профилактические мероприятия	317
Глава 8. Гигантоклеточный артериит и ревматическая полимиалгия	318
8.1. Основные факты	318
8.2. Шифры Международной классификации болезней 10-го пересмотра	318
8.3. Диагностика	319
8.4. Немедикаментозное лечение	320
8.4.1. Физическая активность и лечебная физкультура	320
8.4.2. Диета	320
8.4.3. Аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия	320
8.4.4. Ортезирование	321
8.4.5. Хирургическое лечение	321
8.5. Фармакотерапия	321
8.5.1. Синтетические иммуносупрессивные препараты/синтетические базисные противовоспалительные препараты	321
8.5.2. Генно-инженерные биологические препараты	326
8.5.3. Глюкокортикоидные препараты	328

8.5.4. Дополнительная медикаментозная терапия	330
8.5.5. Принципы выбора медикаментозных препаратов и стратегия лечения	330
8.6. Профилактические мероприятия	331
Глава 9. Подагра	332
9.1. Основные факты	332
9.2. Шифры Международной классификации болезней 10-го пересмотра	333
9.3. Диагностика	333
9.4. Немедикаментозное лечение	335
9.4.1. Физическая активность и лечебная физкультура	335
9.4.2. Диета	335
9.4.3. Аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия	336
9.4.4. Ортезирование	336
9.4.5. Хирургическое лечение	336
9.5. Фармакотерапия	337
9.5.1. Уратснижающие препараты	337
9.5.2. Генно-инженерные биологические препараты	340
9.5.3. Средство растительного происхождения для купирования острых приступов подагры	342
9.5.4. Глюкокортикоидные препараты	344
9.5.5. Нестероидные противовоспалительные препараты	348
9.5.6. Дополнительная медикаментозная терапия	364
9.5.7. Принципы выбора медикаментозных препаратов и стратегия лечения	364
9.6. Профилактические мероприятия	368
Литература	369

ВВЕДЕНИЕ

В Справочнике представлена последняя информация по диагностике и лечению ревматических заболеваний взрослых. Среди десятков ревматических заболеваний мы выбрали наиболее часто встречающиеся на поликлиническом приеме врача-ревматолога и врача общей практики, а также нозологии, представляющие группы болезней.

Поскольку для большинства лекарственных средств при одном международном непатентованном наименовании (МНН) существуют различные лекарственные формы и препараты различных производителей, сведения о противопоказаниях и предосторожностях при применении могут различаться в инструкциях к конкретным препаратам. В таблицах Справочника приведены суммарные данные по зарегистрированным в Российской Федерации препаратам с одним МНН в соответствии с последними версиями инструкций по применению, содержащимся в Государственном реестре лекарственных средств (электронный ресурс — <https://grls.rosminzdrav.ru/>; последняя дата обращения — 31.07.2024). В отношении мониторинга безопасности лекарственных препаратов информация в Справочнике основана на инструкциях по применению, клинических рекомендациях по ревматологии, а также на других литературных данных. Авторы оставили за собой право вносить определенные дополнения и коррективы (исходя из собственного клинического опыта) в случаях, когда применение лекарственных препаратов недостаточно детально описано в указанных выше источниках.

Глава 8

ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ И РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ

Гигантоклеточный артериит (ГКА, болезнь Хортона) — системный васкулит, относящийся к васкулитам крупных сосудов, характеризуется гранулематозным воспалением аорты и ее ветвей, а также височных артерий, развивается в возрасте после 50 лет и часто сочетается с ревматической полимиалгией.

Ревматическая полимиалгия (РП) — хроническое воспалительное заболевание, поражающее лиц пожилого возраста, характеризующееся вовлечением области плечевого и тазового пояса, высоким острофазовым ответом и частым сочетанием с ГКА.

8.1. ОСНОВНЫЕ ФАКТЫ

- РП — достаточно распространенная патология, частота в популяции лиц ≥ 50 лет составляет 10–50 случаев на 100 тыс. населения.
- ГКА сочетается с РП в 40–60% случаев.

8.2. ШИФРЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10-ГО ПЕРЕСМОТРА

- М31.5. Гигантоклеточный артериит с ревматической полимиалгией.
- М31.6. Другие гигантоклеточные артерииты.
- М35.3. Ревматическая полимиалгия.

8.3. ДИАГНОСТИКА

Для диагностики РП предлагается использовать классификационные критерии ACR/EULAR 2012 (табл. 8.1).

Таблица 8.1. Классификационные критерии ACR/EULAR 2012 для ревматической полимиалгии

Обязательные критерии: возраст 50 лет и старше, двусторонняя боль в плече и повышенные СРБ и/или СОЭ		
Симптомы	Баллы без УЗИ	Баллы с УЗИ
Утренняя скованность >45 мин	2	2
Боль в бедрах или ограничение подвижности	1	1
Отсутствие ревматоидного фактора или АЦЦП	2	2
Отсутствие вовлечения суставов	1	1
По меньшей мере одно плечо с субдельтовидным бурситом, и/или теносиновитом бицепса, и/или с синовитом плечевого сустава (задним или подмышечным) и по меньшей мере одно бедро с синовитом и/или бурситом в области большого вертела — ультразвуковое исследование (УЗИ)	–	1
Оба плеча с субдельтовидным бурситом, теносиновитом бицепса или синовитом плечевого сустава	–	1

Диагноз РП может считаться обоснованным при наличии обязательных критериев и значении суммы других критериев, либо 4 балла и более без применения УЗИ суставов, либо 5 баллов и более с применением УЗИ.

Для ГКА до сих пор повсеместно используются критерии ACR 1990. Для подтверждения диагноза у больного должны присутствовать не менее 3 из 5 критериев:

- возраст старше 50 лет;
- появления новых головных болей (включая изменение характера и/или локализации);
- изменения височной артерии (болезненность при пальпации или ослабление пульсации);
- повышение СОЭ (более 50 мм/ч по Вестергрену);
- изменения при биопсии височной артерии (картина васкулита с сужением просвета сосуда, повреждение интимы, диффузная, преимущественно мононуклеарная инфильтрация, многоядерные гигантские клетки).

В последние годы для подтверждения диагноза ГКА используются неинвазивные методики — УЗИ, МРТ, КТ височных артерий, аорты и ее ветвей.

8.4. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

8.4.1. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

Полезно применение индивидуальной программы упражнений для пациентов с РП, направленной на поддержание мышечной массы и функций, а также снижение риска падений, особенно у пожилых людей при длительном лечении ГК, а также у ослабленных пациентов.

8.4.2. ДИЕТА

В период высокой активности болезни подавляющее большинство пациентов получает высокие дозы ГК, для профилактики ряда НР есть специальные диетические рекомендации (см. раздел 5.4.2).

8.4.3. АППАРАТНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ, БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ

Не применяется.

8.4.4. ОРТЕЗИРОВАНИЕ

Может применяться хождение с тростью.

8.4.5. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

При гемодинамически значимых стенозах крупных артерий применяется сосудистая хирургия, уровень технического успеха реваскуляризации верхних конечностей колеблется: от 50% — в случае окклюзии до 100% — в случае стеноза. Также проводится хирургическое лечение связанных с ГКА аневризм аорты. Хирургическое лечение должно проводиться в период низкой воспалительной активности и на низких дозах стероидов.

8.5. ФАРМАКОТЕРАПИЯ

8.5.1. СИНТЕТИЧЕСКИЕ ИММУНОСУПРЕССИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ/СИНТЕТИЧЕСКИЕ БАЗИСНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Иммуносупрессивная терапия синтетическими препаратами занимает важное место в лечении ГКА и применяется при РП. Эти препараты применяются также при РА и других иммуновоспалительных заболеваниях, относясь к категории СБПВП (определение и характеристики — см. раздел 1.5.1, основная информация дана в **табл. 8.2**).

Основные особенности:

- Синтетические иммуносупрессоры назначаются при ГКА в сочетании с ГК в случае, когда нет достаточного ответа на ГК.
- При РП рекомендуется назначение метотрексата либо в резистентных к ГК случаях, либо в качестве стероид-сберегающего препарата.
- При ГКА основным иммуносупрессором также является метотрексат, в российских рекомендациях также присутствуют азатиоприн и циклофосфан для резистентных случаев.

Таблица 8.2. Синтетические иммуносупрессивные препараты

МНН	Дозировка	Лекарственные формы и путь введения	
Метотрексат	7,5–15 мг/нед	Внутрь: таблетки 2,5 и 5 мг. Подкожно: в виде готовых шприцев в дозировках от 7,5 до 30 мг. Внутримышечно и внутривенно: раствор для инъекций (ампулы и флаконы по 10 мг)	
Азатиоприн	50 мг 2–3 раза/день	Внутрь: таблетки по 50 мг	

для лечения ревматической полимиалгии и гигантоклеточного артериита

	Противопоказания	Мониторинг безопасности
	<p>Активные инфекции; выраженные изменения функции почек (КК <60 мл/мин) и печени; гематологические расстройства (гипоплазия костного мозга, лейкопения, тромбоцитопения, анемия); язвенное поражение ЖКТ в активной фазе; гиперчувствительность к метотрексату или другим компонентам препарата; вакцинация живыми вакцинами; беременность и кормление грудью. С осторожностью: при сахарном диабете, ожирении, заболеваниях легких, в детском и пожилом возрасте</p>	<p>Уровень гемоглобина, число эритроцитов, лейкоцитов (с лейкоцитарной формулой), тромбоцитов в периферической крови, АЛТ, АСТ — 1 раз в 1–2 нед в период повышения дозы, в дальнейшем — 1 раз/мес. При развитии острой инфекции лечение временно прерывается до клинического выздоровления. Для повышения безопасности лечения рекомендуется назначать фолиевую кислоту внутрь в дозе 1–5 мг/сут (в дни, когда пациент не получает метотрексат)</p>
	<p>Активные инфекции; выраженные изменения функции почек и печени; гематологические расстройства (гипоплазия костного мозга, лейкопения, тромбоцитопения, анемия); беременность и кормление грудью; повышенная чувствительность к азатиоприну и/или меркаптопурину</p>	<p>Уровень гемоглобина, число эритроцитов, лейкоцитов (с лейкоцитарной формулой), тромбоцитов в периферической крови, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, билирубина — еженедельно в начале лечения, в дальнейшем — 1 раз/мес. При развитии острой инфекции лечение временно прерывается до клинического выздоровления</p>

МНН	Дозировка	Лекарственные формы и путь введения	
Циклофосфамид	Внутривенно капельно: 500–1000 мг 1 раз/мес; режим дозирования может быть индивидуализован в конкретных клинических случаях	Внутривенно: лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения, флаконы 200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения, флаконы 200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения, флаконы 500, 1000 мг	

Окончание табл. 8.2

	Противопоказания	Мониторинг безопасности
	<p>Повышенная чувствительность к препарату или компонентам лекарственной формы (например, маннитол); кахексия; выраженное угнетение костного мозга (анемия, лейкопения, тромбоцитопения); сердечная недостаточность; активные инфекции; цистит; задержка мочеиспускания; беременность и лактация. С осторожностью: тяжелые заболевания печени и/или почек, подагра, адреналэктомия, нефроуролитиаз. После применения требуется употребление пациентом достаточного количества жидкости для форсирования диуреза. Не рекомендуется использовать грейпфруты и грейпфрутовый сок (снижение эффективности)</p>	<p>Уровень гемоглобина, число эритроцитов, лейкоцитов (с лейкоцитарной формулой), тромбоцитов в периферической крови, АЛТ, АСТ, креатинин, общий анализ мочи — перед каждым введением, затем те же тесты — на другой день после введения и через 5–7 дней. При развитии острой/обострении хронической инфекции лечение временно прерывается до клинического выздоровления</p>

8.5.2. ГЕНО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

Общая характеристика — см. раздел 1.5.2, основная информация дана в **табл. 8.3.**

Основные особенности:

- В России для лечения ГКА официально зарегистрирован препарат тоцилизумаб в подкожной форме. В инструкции по применению тоцилизумаба во внутривенной форме указаний на регистрацию при ГКА нет.

Таблица 8.3. Генно-инженерные биологические препараты

МНН, механизм действия, наличие/отсутствие биоаналога	Дозировка	Лекарственные формы и путь введения, особенности применения	
Тоцилизумаб • ингибитор рецепторов интерлейкина-6 (ИЛ-6Р)	Подкожно: 162 мг 1 раз/нед	Подкожно: шприц-тюбик/автоинжектор с раствором для подкожного введения. <i>Существует внутривенная форма тоцилизумаба, но для нее нет сведений о регистрации по показанию ГКА</i>	

- Препарат рекомендован для применения при ГКА в случае недостаточного ответа на высокие дозы ГК и наличия рисков при их назначении. Применение неопределенно длительное в сочетании с ГК, продолжительность определяется индивидуально.

для лечения гигантоклеточного артериита

	Противопоказания	Мониторинг безопасности
	Активные инфекции; гиперчувствительность к препарату и его компонентам, беременность. С осторожностью: при кормлении грудью, активных заболеваниях печени и печеночной недостаточности, демиелинизирующих заболеваниях, рецидивирующих инфекциях, дивертикулите в анамнезе (риск перфорации кишечника)	Число эритроцитов, лейкоцитов (с лейкоцитарной формулой), тромбоцитов в периферической крови, АЛТ, АСТ, холестерин, триглицериды, ЛПНП — 1 раз в 1–3 мес. При развитии острой инфекции лечение временно прерывается до клинического выздоровления. Скрининг на латентный ТБ — каждые 6 мес

8.5.3. ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Общая характеристика — см. раздел 1.5.4, основная информация дана в **табл. 8.4.**

Основные особенности:

- ГК при РП и ГКА являются основой лечения, особенно на начальном его этапе.
- ГК могут назначаться в сочетании с препаратами из групп синтетических иммуносупрессоров, ГИБП.
- При РП начальная доза ГК составляет 12,5–25 мг в эквиваленте преднизолона в день, в среднем — 15 мг/сут при однократном приеме в ранние утренние часы; по достижении

Таблица 8.4. Глюкокортикоидные препараты

МНН	Дозировка	Лекарственные формы и путь введения	
Преднизолон	Внутрь начальные дозы: при РП — 12,5–25 мг/сут, при ГКА — 40–60 мг/сут; постепенное снижение дозы после достижения ремиссии/хорошего контроля над активностью болезни	Внутрь: таблетки 5 мг	
Метил-преднизолон	Внутрь начальные дозы: при РП — 10–20 мг/сут, при ГКА — 32–48 мг/сут; постепенное снижение дозы после достижения ремиссии/хорошего контроля над активностью болезни. Внутривенно: капельно 250–1000 мг 1 раз/сут в течение 1–3 дней	Внутрь: таблетки 4 мг. Внутривенно: лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 250 мг — <i>при РП не рекомендуется, при ГКА возможно применение в стационарных условиях по специальным показаниям (см. выше)</i>	

- ремиссии производится постепенное снижение дозировки, сначала по 1 мг/мес до дозы 10 мг/сут, далее по 0,5 мг/мес до отмены (при условии сохранения ремиссии).
- При активном ГКА рекомендуется начать терапию высокими дозами ГК (40–60 мг/сут в эквиваленте преднизолона) для индукции ремиссии. После того как болезнь контролируется, рекомендуется уменьшить дозу ГК до целевой дозы 15–20 мг/сут в течение 2–3 мес и через 1 год до ≤ 5 мг/сут.
 - В случае наличия серьезной симптоматики поражения органа зрения при активном ГКА возможно назначение метилпреднизолона внутривенно в дозе 250–1000 мг/сут в течение 1–3 дней в дополнение к приему ГК внутрь.

для лечения ревматической полимиалгии и гигантоклеточного артериита

	Противопоказания	Мониторинг безопасности
	Системный микоз; герпетическое поражение глаз; острый инфаркт миокарда; грудное вскармливание; повышенная чувствительность к преднизолону и компонентам препарата. С осторожностью: при язвенном поражении ЖКТ, инфекционных заболеваниях, иммунодефицитных состояниях, тяжелых заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек, дислипидемии, сахарном диабете, тиреотоксикозе, гипотиреозе, остеопорозе, глаукоме, вторичной надпочечниковой недостаточности, гипоальбуминемии, беременности	Клинический контроль состояния пациента и сопутствующих заболеваний, включая контроль АД, клинический анализ крови, гликемию, глюкозурию; частота зависит от схемы применения преднизолона
	Системный микоз; грудное вскармливание; повышенная чувствительность к метилпреднизолону и компонентам препарата. С осторожностью: при язвенном поражении ЖКТ, инфекционных заболеваниях, иммунодефицитных состояниях, тяжелых заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек, дислипидемии, сахарном диабете, остеопорозе, глаукоме, вторичной надпочечниковой недостаточности, гипоальбуминемии, беременности	Клинический контроль состояния пациента и сопутствующих заболеваний, включая контроль АД, клинический анализ крови; частота зависит от схемы применения метилпреднизолона. Контроль гликемии — не реже чем 1 раз в 3 мес

8.5.4. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Необходимо применение антиостеопоретических средств (назначение как минимум комбинации витамина D и кальция необходимо всем больным, получающим ГК). Для улучшения переносимости метотрексата рекомендуется назначение фолиевой кислоты внутрь. Начальные режимы дозирования: 1–5 мг 1 раз/нед (на другой день после применения метотрексата). При неудовлетворительной переносимости метотрексата доза фолиевой кислоты может быть увеличена путем назначения ее ежедневно (в дни без приема метотрексата). При выборе индивидуальной стратегии лечения для конкретного пациента необходимо учитывать соответствующие лекарственные взаимодействия.

8.5.5. ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ И СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Рекомендации EULAR по лечению РП и ГКА, а также российские клинические рекомендации очень близки по идеологии. Лечение начинается с применения относительно высоких доз ГП *per os* (при ГКА выше) с постепенным снижением дозировок до отмены при РП или минимальной поддерживающей дозы при ГКА (см. раздел 8.5.3). Рекомендации не поддерживают применение НПВП, а также антикоагулянтов и антиагрегантов у данной группы пациентов, если только эти препараты не назначены по поводу сопутствующих заболеваний. В случаях недостаточного ответа или рецидивов рекомендуется назначение синтетических иммуносупрессоров (в первую очередь небольших доз метотрексата) при обоих заболеваниях, а также ГИБП — тоцилизумаба — при ГКА. Другой причиной назначения тоцилизумаба или метотрексата при ГКА может быть повышенный риск побочных эффектов или осложнений, связанных с ГК, из-за коморбидной патологии (сахарный диабет и др.).

8.6. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Первичная профилактика не разработана.

Вторичная профилактика состоит в правильном применении клинических рекомендаций, в том числе в отношении темпов снижения дозы ГК. При обострениях необходимо вновь назначать индукционную дозу стероидов. Длительное применение тоцилизумаба обладает противорецидивным эффектом на фоне снижения ГК вплоть до отмены.