



Лечение ревматоидного артрита

Данная информация дана для осознанного подхода пациентов к лечению, повышения приверженности к лечению. **Дозы и выбор препарата строго контролируются врачом.**

Лечение стандартными базисными препаратами.

Метотрексат (МТ) - препарат «первой линии» лечения РА с доказанной эффективностью и безопасностью.

Лечение МТ следует начинать с дозы 10-15 мг/неделю с увеличением по 5 мг каждые 2-4 недели до 20-30 мг/неделя в зависимости от эффективности и переносимости. Длительность лечения определяется индивидуально, типичная продолжительность «курса» лечения одним препаратом составляет 2–3 года и более. В случае неудовлетворительной переносимости и эффективности метотрексата при приеме внутрь за счет диспепсии, препарат может быть назначен парентерально (одна внутримышечная инъекция в неделю).

В начале лечения или при увеличении дозы МТ, определение АЛТ/АСТ, креатинина, общий анализ крови необходимо проводить каждые 1 -1,5 месяца до достижения стабильной дозы МТ, затем - каждые 3 месяца;

Лечение МТ следует прервать при повышении концентрации АЛТ/АСТ > 3 верхней границы нормы. Возобновить лечение в более низкой дозе после нормализации показателей.

На фоне лечения МТ обязателен прием не менее 5 мг фолиевой кислоты в неделю. При наличии противопоказаний (или плохой переносимости) для назначения МТ, следует назначить лефлуномид, сульфасалазин.

Генно-инженерные биологические препараты

Такие препараты рекомендуются при недостаточной эффективности (умеренная/высокая активность заболевания) базисной терапии стандартными базисными препаратами, которые должны применяться в адекватных дозах в течение > 3х месяцев.

Нестероидные противовоспалительные препараты.

Для торможения воспалительной реакции врач назначает нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). НПВП сочетают противовоспалительный, обезболивающий и жаропонижающий эффект, действуют на симптомы заболевания, но не тормозят прогрессирование болезни.

Глюкокортикостероиды.

Эти препараты обладают противовоспалительным действием, оказывают быстрый и ярко выраженный эффект в отношении клинических и лабораторных проявлений воспаления.

Глюкокортикостероиды(ГК) при данном заболевании применяются системно и локально.

Для системного применения показан основной метод лечения — назначение низких доз внутрь (преднизолон — до 10 мг/сут, метилпреднизолон — до 8 мг/сут) на длительный период при высокой воспалительной активности.

Для лечения тяжелых системных проявлений ревматоидного артрита (выпотной серозит, гемолитическая анемия, кожный васкулит, лихорадка и др.) могут применяться средние и высокие дозы ГК внутрь (15 мг/сут и более, обычно 30–40 мг/сут в пересчете на преднизолон), а также пульс-терапия ГК — внутривенное введение высоких доз метилпреднизолона (250–1000 мг) или дексаметазона (40–120 мг).

Продолжительность лечения определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, и составляет обычно 4–6 нед, после чего осуществляется постепенное ступенчатое снижение дозы с переходом на лечение низкими дозами ГК.

Для локального применения ГК назначаются в качестве дополнительного метода купирования обострений ревматоидного артрита и не могут служить заменой системной терапии. Для введения в сустав, либо для околосуставного введения применяют дипроспан.

При достижении стойкой ремиссии продолжительностью не менее 6 месяцев может быть рекомендована постепенная отмена НПВП и затем ГК (с соблюдением существующих рекомендаций по снижению дозы). После отмены ГК и НПВП возможно постепенное тщательно контролируемое прекращение лечения генно-инженерными препаратами. При сохранении стабильной ремиссии как совместное решение ревматолога и пациента возможно снижение дозы и постепенная отмена базисной терапии. В случае недостаточной стабильности ремиссии базисную терапию назначают неопределенно долго, в том числе пожизненно.