

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00456&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00456. Ревматоїдний артрит

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Ревматоїдний артрит <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/26-revmatoidnyi-artryt>

Автор: Kari Puolakka

Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen

Дата останнього оновлення: 2016-10-31

Основні положення

- Якщо підозрюється ревматоїдний артрит (РА), пацієнта слід негайно направити в амбулаторне відділення ревматології.
 - РА як імунологічний розлад може починатися за кілька років до появи симптомів, які можуть, по-перше, бути неспецифічними, що робить неможливим розрізнити початковий РА від інших типів артриту.
 - Якщо є запалення в кількох, особливо малих, суглобах і ревматоїдний фактор і/або антитіла до циклічного цитрулінованого пептиду в крові, пацієнт, ймовірно, має РА. Однак у одного пацієнта з трьох зазначені вище аналізи крові є нормальними. Стосовно критеріїв класифікації РА див. Поточну настанову з допомоги при РА.
 - ШОЕ і СРБ можуть бути нормальними.
 - Системні глюкокортикоїди заважають в діагностиці і тому не повинні розпочинатися у первинній медичній допомозі, але глюкокортикоїд може вводитися як перша допомога при запаленні суглобів.

- Новим пацієнтам з симптомами артриту потрібно звертатися до ревматолога, якщо діагноз не є очевидним, і лікування може бути надане на рівні первинної медичної допомоги, як це часто буває у випадку подагри або реактивного артриту.
- РА є прогресуючим, виснажливим захворюванням, але ефективне лікування, розпочате своєчасно, може зробити більше половини нововиявлених пацієнтів безсимптомними протягом шести місяців.
- Основне лікування включає комбінацію метотрексату, сульфасалазину та гідроксихлорохіну. Низькі дози глюкокортикоїдів слід додавати до схеми принаймні на кілька місяців.
- Запалені суглоби слід лікувати ін'єкціями глюкокортикоїдів.
- РА, який не відповідає на комбіновану медикаментозну терапію, слід лікувати біологічними агентами.
- Фізичні вправи покращують функціональні можливості пацієнта і знижують ризик серцево-судинних захворювань.

Епідеміологія

- РА розвивається у близько 45 дорослих на 100 000 на рік.
- Вік початку захворювання найчастіше становить 65–70 років, але у двох з трьох розвивається РА молодше 65 років.
- Двоє з трьох пацієнтів - жінки.
- Деякі люди генетично сприйнятливі до РА.
- Куріння подвоює ризик захворювання.

Симптоми

- Початок РА зазвичай підступний.
- Характерна ранкова скутість, болючість і набряклість суглобів.
- Проксимальні міжфалангові і п'ястно-фалангові суглоби, зап'ястки і плесна стоп найчастіше страждають, але зазвичай може запалюватися будь-який суглоб.
- Втома, нездужання та легка гарячка можуть виникати як системні симптоми.

Дослідження у первинній медичній допомозі

- Див. статтю Клінічне обстеження пацієнтів з запаленням суглобів у первинній медичній допомозі [\[настанова 00438 |Клінічне обстеження паці...\]](#).
- Пальпація може бути використана для з'ясування того, чи є у пацієнта із симптомами з боку суглобів артрит.
- Запалений суглоб характеризується м'яким набряком, болючістю, болем при руху і обмеженим діапазоном рухів.
 - Стискання кулака часто обмежується у пацієнтів із запаленням малих суглобів пальців або зі згинальним тендосиновітом.
 - Скутість при бічному стисканні суглобів або стоп свідчить про артрит.
 - Може бути важко відрізнити артрит від артрозу. Артроз пальців буває в дистальних або проксимальних міжфалангових суглобах, РА в проксимальних міжфалангових і метакарпофалангових суглобах.
- Лабораторна діагностика: ШОЕ, СРБ, загальний аналіз крові з тромбоцитами, РФ, антитіла до циклічного цитрулінового пептиду
 - АЛТ, ЛФ, креатинін, урат, антитіла до борелій, хімічний скринінг сечі, антинуклеарні антитіла, антитіла для діагностики реактивного артриту (див. [\[настанова 00450 |Реактивні артрити\]](#)).
- Якщо вводяться внутрішньосуглобові ін'єкції, необхідно одночасно брати пробу синовіальної рідини для обстеження (лейкоцити синовіальної рідини + кількість окремих лейкоцитів з синовіальної рідини, бактеріальна культура), якщо рідина може бути аспірована. див. статтю [\[настанова 00466 |Дослідження синовіальної...\]](#).
 - У пацієнтів з артритом синовіальна рідина каламутна, кількість лейкоцитів перевищує 2000×10^6 /л.
 - Сильно каламутна синовіальна рідина свідчить про бактеріальний артрит, зазвичай моноартрит.
- Візуалізація пацієнтів з артритом повинна проводитися переважно в амбулаторному відділенні ревматології.

Принципи медикаментозного лікування

- РА слід діагностувати і розпочати лікування в амбулаторному відділенні ревматології.

Початок лікування [доказ 00542 |B] [доказ 01920 |A] [доказ 00986 |B↑↑] [доказ 04535 |B] [доказ 04536 |B] [доказ 04537 |B] [доказ 05226 |B]
 [доказ 01975 |B] [доказ 00325 |A] [доказ 03557 |A] [доказ 01286 |A] [доказ 02299 |A] [доказ 02933 |A] [доказ 00261 |B] [доказ 00612 |B] [доказ 00615 |B] [доказ 00334 |C]
 [доказ 05415 |A] [доказ 02801 |A]

- Основний препарат для РА включає комбінацію метотрексату, сульфасалазину та гідроксихлорохіну, якщо не протипоказаний. Метотрексат є найбільш ефективним компонентом.
- З ним слід поєднувати низькі дози глюкокортикоїдів (5–7,5 мг преднізолону або еквівалент).
 - Дози, що перевищують 7,5 мг, підвищують ризик несприятливих ефектів (остеопороз, катаракта, діабет, супресію надниркових залоз).
- Метотрексат слід вводити один раз на тиждень. Найкраще переноситься і найбільш ефективний при ін'єкції. Біодоступність пероральних доз зазвичай не збільшується при перевищенні дози 15 мг на тиждень.
- Якщо комбінована терапія та метотрексат протипоказані, можна використовувати лефлуномід або азатіоприн, але монотерапія менш ефективна.
 - Жінки не повинні використовувати метотрексат або лефлуномід при плануванні вагітності або під час вагітності або годування груддю.
- Запалені суглоби слід лікувати ін'єкціями глюкокортикоїдів.
- Ін'єкційне золото, циклоспорин, мікофенолат або циклофосфамід рідко необхідні.

Коментар експерта. Лікарський засоби з фармакотерапевтичної групи препарати золота станом на 07.06.2019 в Україні не зареєстровані.

- Рішення про медикаментозне лікування має прийматися разом з пацієнтом.
 - Запропонована настанова має важливе значення для того, щоб схилити пацієнта на лікування.

Моніторинг лікування

- Оскільки індивідуальну ефективність і переносимість медикаментозної терапії не можна передбачити, пацієнтів слід ретельно контролювати лабораторними тестами (див. Таблиці моніторингу безпеки [табл. T1] і [табл. T2]) і клінічно з інтервалом 1–3

місяці. Ефективність медикаментозного лікування повинна оцінюватися через 3–6 місяців і будь-які неефективні препарати замінюються або комбінуються з іншими ліками.

- Рекомендації щодо моніторингу безпеки протиревматичних препаратів певною мірою відрізняються в різних областях.

Таблиця Т1. Тести моніторингу безпеки протиревматичної медикаментозної терапії. Після будь-якого збільшення дози лікарського засобу тести моніторингу безпеки повинні проводитися двічі, через 2 тижні. ШОЕ та СРБ слід перевіряти під час відвідування лікаря та в іншому випадку за необхідності.

Препарат	Тести моніторингу безпеки
<i>Метотрексат</i>	
Кожні 2 тижні протягом 2 місяців, потім кожні 3–6 місяців	Загальний аналіз крові з тромбоцитами + кількість окремих лейкоцитів, АЛТ
Кожні 6 місяців	Креатинін
<i>Гідроксихлорохін</i>	
Лабораторний моніторинг не потрібний. Огляд офтальмологом після 5 років застосування	
<i>Сульфасалазин</i>	
Кожні 2 тижні протягом 2 місяців, потім кожні 3–6 місяців	Загальний аналіз крові з тромбоцитами + кількість окремих лейкоцитів, АЛТ
<i>Лефлуномід</i>	
Кожні 2 тижні протягом 3 місяців, потім один раз на місяць протягом 3 місяців, а згодом кожні 3 місяці	Базовий аналіз крові з тромбоцитами + кількість окремих лейкоцитів, АЛТ, ЛФ, артеріальний тиск
Зверніть увагу на тривалий біологічний період напіввиведення. У разі виникнення серйозних побічних ефектів лікування слід припинити і розпочати видалення препарату з організму (холестирамін або вугілля активоване).	
<i>Азатиоприн</i>	
Кожні 2 тижні протягом 2 місяців, потім кожні 2–3 місяці	Загальний аналіз крові з тромбоцитами + кількість окремих лейкоцитів, АЛТ, ЛФ
<i>Ін'єкційне золото</i>	
Кожні 2 тижні впродовж 2 місяців	Загальний аналіз крові з тромбоцитами + кількість окремих лейкоцитів
Перед кожною ін'єкцією	Білок в сечі
Згодом перед кожною третьою ін'єкцією	Загальний аналіз крові з тромбоцитами
<i>Мікофенолат</i>	
Щотижня протягом 1 місяця, потім кожні 2 тижні протягом 3 місяців, а згодом кожні 2 місяці	Загальний аналіз крові з тромбоцитами + кількість окремих лейкоцитів, АЛТ
<i>Циклоспорин</i>	
Кожні 2 тижні протягом 2 місяців, потім кожні 2–3 місяці	Креатинін, артеріальний тиск
<i>Біологічні препарати</i>	

Препарат	Тести моніторингу безпеки
Призначаються індивідуально. Часто застосовують одночасно з метотрексатом, застосовуючи той самий протокол моніторингу.	

Таблиця Т2. Інтерпретація результатів контрольних тестів моніторингу безпеки

Тести моніторингу безпеки	Порогові значення і процедура				
	Аналізи крові	Лейкоцити	Нейтрофіли	Лімфоцити	Тромбоцити
	> 3	> 1,0	> 0,5	> 100	< 2–3 × референтне значення
	Якщо кількість клітин крові нижче референтного діапазону або АЛТ підвищена, дозу лікарського засобу слід зменшити, якщо вважатиметься необхідним. Проте, легка лімфопенія і макроцитоз зазвичай виникають у зв'язку з застосуванням метотрексату і азатіоприну, так само як і трохи підвищені рівні АЛТ під час застосування метотрексату, і вони не потребують змін у лікуванні. Якщо результати лабораторних тестів виходять за межі діапазону, зазначеного в таблиці, медикаментозний препарат слід перервати, а тести повторити через 1-2 тижні. Застосування препарату часто можна продовжувати при більш низьких дозах, повторюючи контрольні тести. За необхідності слід проконсультуватися з ревматологом. Якщо розвивається агранулоцитоз, пацієнта слід направити до лікарні.				
Аналіз сечі	Якщо тест на білок сечі є позитивним, слід провести хімічний скринінг сечі; якщо білок сечі все ще позитивний, перевіряйте 24-годинний білок сечі (якщо > 0,5 г, зверніться до спеціалізованої допомоги за консультацією)				

Біологічні агенти [доказ|A] [доказ|A] [доказ|A] [доказ|A] [доказ|A] [доказ|A] [доказ|B]

[доказ|B] [доказ|B] [доказ|C] [доказ|A] [доказ|A]

- РА, який не відповідає на комбіновану медикаментозну терапію, слід лікувати за допомогою біологічних препаратів, лікування яких починається ревматологом.
 - Перед початком лікування слід виключити інфекції, такі як туберкульоз і, в окремих випадках, вірусний гепатит, провести стоматологічний огляд і підтвердити, що були проведені відповідні вакцинації, включаючи проти пневмококової інфекції.
- Не існує відмінностей в ефективності різних біологічних засобів, за винятком анакінри, яка є менш ефективною.

Коментар експерта. Лікарський засіб анакінра станом на 07.06.2019 в Україні не зареєстрований.

- Першим біологічним засобом може бути будь-який з наступних: Інгібітори TNF-альфа (інфліксимаб та його біосиміляри, етанерцепт, адаліумаб, цертолізумаб пегол і голіумаб), абатацепт або тозиліумаб.
 - Ритуксимаб має специфічну область показань.

Коментар експерта. Лікарський засіб цертолізумаб пегол станом на 07.06.2019 в Україні не зареєстрований.

- Біологічні засоби зазвичай більш ефективні в поєднанні з метотрексатом, ніж при монотерапії.
- Антитіла можуть розвиватися проти інгібіторів ФНП-альфа, за винятком етанерцепту, що може зменшити їх ефективність.
 - Метотрексат знижує утворення антитіл.
 - Необхідно уникати непотрібних перерв у лікуванні, оскільки низькі рівні лікарських засобів збільшують ризик утворення антитіл.

Міркування щодо протиревматичних препаратів

Ризик інфекцій

- Імуносупресивні протиревматичні препарати (метотрексат, лефлуномід, азатіоприн і циклоспорин і, залежно від рівня дози, глюкокортикоїди) підвищують ризик інфекцій.
- Всі біологічні засоби пов'язані з певним ризиком інфекцій, залежно від засобу.
 - Ризик опортуністичних інфекцій, таких як туберкульоз або герпес, підвищується, особливо при застосуванні інгібіторів ФНП-альфа.

Вагітність і годування груддю

- Багато протиревматичних препаратів, модифікуючих перебіг захворювання, необхідно припинити вживати задовго до того, як планується запліднення.
 - Щодо пацієнтки, яка планує вагітність, необхідно проконсультуватися у спеціалізованому закладі, щоб вибрати терапію, яка також є найбільш безпечною для плода. Дотримуйтеся місцевих та національних настанов та клінічних маршрутів.
 - Пацієнту необхідно надати оновлену інформацію про тератогенність препаратів, що застосовуються для лікування РА. Ознайомтеся також з доступними базами даних про лікарські засоби в Інтернеті.

Коментар експерта. Державний реєстр лікарських засобів України <http://www.drz.com.ua/>

Анальгетики [доказ 03658 | B] [доказ 06925 | C] [доказ 06922 | D] [доказ 06918 | C] [доказ 05165 | C]

- Протизапальні анальгетики рекомендуються тільки за необхідності.
 - Існують індивідуальні відмінності в ефективності та побічних ефектах.
 - Ризик побічних ефектів шлунково-кишкового тракту може бути знижений за допомогою інгібіторів протонної помпи.
 - Ризик серцево-судинних побічних ефектів також стосується пацієнтів з РА.
- Див. статтю Безпечне використання нестероїдних протизапальних препаратів (НППЗ) [настанова 00883 | Безпечне застосування не...].

Супутні захворювання [доказ 00418 | B] [доказ 00411 | A]

- Ревматичне запалення є незалежним фактором ризику атеросклерозу.
 - Ефективне інгібування запалення є найважливішим засобом запобігання атеросклерозу.
 - Аналізи на ліпіди для оцінки ризику серцево-судинних захворювань повинні проводитися, коли гостре запалення припинилося, наприклад, через 3 місяці протиревматичних препаратів.
 - Цільові рівні ліпідів такі ж, як у інших пацієнтів високого ризику.
 - Припинення куріння також може мати позитивний вплив на результати лікування РА.
- Більш високі дози глюкокортикоїдів погіршують толерантність до глюкози.
- Ревматичне запалення, знижена функціональна здатність і більш високі дози глюкокортикоїдів роблять пацієнтів схильними до остеопорозу.
 - Крім того, глюкокортикоїди безпосередньо підвищують ризик переломів.
 - Всім пацієнтам слід призначати 1 г кальцію + 800 МО вітаміну D щодня для профілактики остеопорозу.
 - При дозах преднізолону вище 7,5 мг слід враховувати кісткову денситометрію та лікарські засоби проти остеопорозу.

- Див. Статтю **Остеопороз** [настанова 00419 | **Остеопороз**].
- Близько одного пацієнта з трьох розвивається вторинний синдром Шегрена.
- Глюкокортикоїди прискорюють розвиток катаракти.

Відміна прийому лікарських засобів під час інфекцій

- Умовні імуносупресивні протиревматичні препарати (метотрексат, лефлуномід, азатиоприн і циклоспорин) повинні бути вилучені на час будь-якої інфекції, що потребує антимікробної терапії.
- Біологічні засоби слід вилучати протягом усього періоду будь-якої генералізованої інфекції, поки інфекція не зменшиться і не буде підтверджено, що вона не є серйозною.
 - При тривалих бактеріальних інфекціях, відновлення прийому біологічних препаратів можна розглядати навіть під час антимікробної терапії, як тільки активна інфекція полегшилася.
 - При легких інфекціях верхніх дихальних шляхів без гарячки немає необхідності виводити біологічні препарати.
- Важливо: Тоцилізумаб може маскувати симптоми і висновки, пов'язані з серйозною інфекцією, і запобігти підвищенню рівня СРБ.

Відміна прийому лікарських засобів для проведення процедур

- Незважаючи на те, що результати досліджень суперечливі, рекомендується відмінити біологічні засоби для планової операції, що означає, що препарати слід відмінити протягом принаймні 1-2 тижнів до операції.
 - Лікарські засоби мають різний період напіврозпаду.
- У разі ендоскопічних гастроентерологічних та гінекологічних процедур та інших дрібних процедур, таких як від видалення невисів, відміна прийому лікарських засобів не потрібно.
- Після неускладнених хірургічних процедур біологічні препарати зазвичай можуть бути відновлені, коли рана загоїлася.
- Біологічні препарати не потрібно відмінити з приводу звичайного пломбування зубних порожнин.

- Не існує настанов щодо процедур, які можуть викликати бактеріємію, наприклад, видалення зубного каменю. Процедуру можна запланувати між двома дозами.
- У разі більш великих стоматологічних хірургічних процедур або лікування коренів можна дотримуватися тих самих інструкцій щодо тимчасової відміни лікарського засобу, як і для інших типів операцій.

Реабілітація [доказ|C] [доказ|C] [доказ|C] [доказ|C] [доказ|C] [доказ|C] [доказ|D] [доказ|C]

[доказ|C] [доказ|A] [доказ|B] [доказ|C] [доказ|C] [доказ|D]

- Рекомендація щодо фізичної активності є важливою частиною лікування РА. Показано, що фізичні вправи найкраще впливають на функціональну здатність.
 - Під час візиту до свого лікаря пацієнтів слід заохочувати до фізичних вправ.
 - Вправи може проводити фізіотерапевт, якщо це необхідно.
- У більшості випадків можна давати звичайні рекомендації щодо фізичної активності, що сприяє зміцненню здоров'я.
 - Щонайменше 2,5 години аеробних вправ на тиждень
 - Силові тренування принаймні двічі на тиждень
 - Таке тренування не має негативного впливу на активність захворювання, біль або рентгенологічно підтверджене пошкодження суглобів.

Допоміжні засоби [доказ|B] [доказ|B]

- При пошкодженні суглобів функціональні здатності пацієнта можуть бути поліпшені за допомогою засобів, що надаються за місцем лікування.
 - Зап'ястя
 - Підтримуючі устілки
 - Ортез шиї
 - Засоби мобільності
- Досвід трудотерапевтів та фізіотерапевтів може бути використаний в питаннях, пов'язаних із допоміжними засобами і приладами.

Хірургія

- При поліпшенні фармакологічного лікування необхідність у хірургічному лікуванні значно зменшилася.
- Пацієнти з тривалою історією захворювання можуть потребувати артродез або заміщення суглобів.
- Деструктивний ревматоїдний артроз може асоціюватися зі змінами в шийному відділі хребта. Атлanto-осьовий підвивих, який слід мати на увазі при введенні загальної анестезії, можна спостерігати при згинальній рентгенографії шийного відділу хребта.
 - Підвивих, що перевищує 10 мм, особливо якщо пов'язаний з неврологічними симптомами, може вимагати хірургічного лікування.
- Ревматичні вузли і бурси можуть бути видалені.

Вакцинація при РА

- Див. Національні настанови з вакцинації дорослих з ревматичними захворюваннями.
- Живі вакцини не повинні вводитись під час імуносупресивного лікування.

Безперервність допомоги

- Стабільність ремісії повинна бути підтверджена у відділенні ревматології впродовж двох років.
 - Пацієнтів з рефрактерним захворюванням необхідно продовжувати спостерігати амбулаторно.
- Антиревматичні препарати зазвичай використовують протягом декількох років або декількох десятиліть, оскільки симптоми РА зазвичай рецидивують, якщо лікарські засоби відмінюються.
 - Проте, якщо пацієнт залишався безсимптомним протягом декількох років, лікарський засіб можна зменшити, спостерігаючи за ситуацією.
 - Тривале лікування глюкокортикоїдами може викликати супресію надниркових залоз; див.

настанова
00882 | Pharmacological glucocor...]

- 10-15% пацієнтів з РА отримують довготривалу ремісію без подальшого медикаментозного лікування, але виявити цих пацієнтів заздалегідь важко.
- Якщо хвороба відновлюється, коли лікування скорочено, лікарські засоби, які раніше давали хорошу відповідь, необхідно відновлювати.

Спостереження у первинній медичній допомозі

- Необхідна співпраця між амбулаторним відділенням ревматології та первинною медичною допомогою.
- Пацієнти з РА повинні спостерігатись щорічно лікарем - переважно з тим, хто спеціалізується на лікуванні захворювання.
- Під час наступних візитів активність РА повинна оцінюватися на основі показників, перелічених нижче.
 - Загальна оцінка пацієнтом активності РА (Візуальна аналогова шкала, ВАШ))
 - Біль (ВАШ)
 - Функціональна здатність (опитувальник стану здоров'я)
 - Суглоби з симптомами
 - Потреба в анальгетиках
 - ШОЕ, СРБ
 - Стан суглоба: набряклі і болючі суглоби, діапазони руху суглобів
- Що робити, якщо РА активується
 - Ін'єкції глюкокортикоїдів в окремі запалені суглоби
 - Збільшення дозування звичайних протиревматичних препаратів
 - Низькі дози (5-10 мг / добу) системних глюкокортикоїдів з мінімізуванням дози пізніше
 - Спостереження для підтвердження того, що запалення можна контролювати
 - Консультація ревматолога, якщо зазначені вище заходи не корегують стан пацієнта

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані|00472|Rheumatoid arthritis – R...\]](#)
- Інші резюме доказів [\[пов'язані|00472|Rheumatoid arthritis – R...\]](#) [\[доказ|00976|B\]](#) [\[доказ|006327|C\]](#)
[\[доказ|006858|D\]](#) [\[доказ|003617|C\]](#)
- Клінічні настанови [\[пов'язані|00472|Rheumatoid arthritis – R...\]](#)
- Інші інтернет-ресурси [\[пов'язані|00472|Rheumatoid arthritis – R...\]](#)
- Література [\[пов'язані|00472|Rheumatoid arthritis – R...\]](#)

Настанови

- [Настанова 00438](#). Клінічне обстеження пацієнтів із запаленням суглобів на етапі первинної медичної допомоги.
- [Настанова 00450](#). Реактивні артрити.
- [Настанова 00466](#). Дослідження синовіальної рідини.
- [Настанова 00883](#). Безпечне застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП).
- [Настанова 00419](#). Остеопороз.
- [Настанова 00882](#). Pharmacological glucocorticoid treatment.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 00542](#). Combination therapy in rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2017-01-20
Рівень доказовості: B
Резюме: Triple therapy (methotrexate + sulfasalazine + hydroxychloroquine) appears to be more effective than oral methotrexate and similar to methotrexate + biologic therapy in both methotrexate naive and methotrexate inadequate response patients for controlling rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 01920](#). Methotrexate for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2015-05-20
Рівень доказовості: A
Резюме: Methotrexate has a substantial clinical benefit compared to placebo in the short term treatment (12 to 52 weeks) of people with rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 00986](#). Folic acid and folinic acid for reducing side effects in patients receiving methotrexate for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2014-10-27
Рівень доказовості: B↑↑
Резюме: Folate (5–7 mg/week) or folinic acid supplementation appears to reduce gastrointestinal side effects, hepatic dysfunction, and discontinuation of methotrexate

treatment during methotrexate therapy for rheumatoid arthritis.

Рекомендація: Folate supplementation is recommended during methotrexate therapy for patients with rheumatoid arthritis.

- [Доказовий огляд 04535](#). Comparison of combination therapy with single-drug therapy in early rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-04-08
Рівень доказовості: B
Резюме: Combination therapy appears to be better and not more hazardous than single treatment in induction of remission in early rheumatoid arthritis. The combination strategy as an initial therapy seems to increase the efficacy of the treatment in at least a proportion of patients with early rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 04536](#). Delay to institution of therapy and induction of remission using single-drug or combination antirheumatic drug therapy in early rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-04-08
Рівень доказовості: B
Резюме: The delay of a few months from the onset of symptoms to institution of therapy appears to decrease the ability of the traditional single-drug strategy to induce remission in early RA.
- [Доказовий огляд 04537](#). Effect of combination drug therapy on rheumatoid atlantoaxial subluxations.
Дата оновлення: 2003-04-08
Рівень доказовості: B
Резюме: Aggressive combination-DMARD therapy with sulfasalazine, methotrexate, hydroxychloroquine, and prednisolone appears to prevent or retard the development of rheumatoid atlantoaxial disorders.
- [Доказовий огляд 05226](#). Intra-articular steroids in the knee for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2006-08-29
Рівень доказовості: B
Резюме: Intra-articular steroid injections in the knee appear to improve pain, movement, stiffness and swelling of the joint in adults with rheumatoid arthritis. The knee should be rested after a steroid injection.
- [Доказовий огляд 01975](#). Moderate term, low-dose corticosteroids for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: B
Резюме: Based on the limited data available, moderate-term prednisone treatment of RA appears to be superior to placebo and comparable to treatment with aspirin or chloroquine in improving several rheumatoid arthritis disease activity measures.
- [Доказовий огляд 00325](#). Auranofin versus placebo in rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: A
Резюме: Auranofin has a small clinically and statistically significant benefit on the disease activity of patients with rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 03557](#). Leflunomide for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2009-12-08
Рівень доказовості: A
Резюме: Leflunomide improves clinical outcomes and delay radiologic progression in rheumatoid arthritis. Its efficacy and adverse events are comparable to sulfasalazine (SSZ) and methotrexate (MTX).

- [Доказовий огляд 01286](#). Injectable gold for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: A
Резюме: Although its use can be limited by serious toxicity, injectable gold has significant benefits in the short term treatment of patients with rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 02299](#). Penicillamine for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: A
Резюме: Penicillamine has a clinically and statistically significant benefit on the disease activity of patients with rheumatoid arthritis. Its efficacy appears to be similar to that of other disease modifying anti-rheumatic drugs, but with a significantly higher toxicity.
- [Доказовий огляд 02933](#). Sulfasalazine for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: A
Резюме: Sulfasalazine has a clinically significant benefit on disease activity of patients with rheumatoid arthritis. Its effects on overall health status and radiological progression would appear to be modest.
- [Доказовий огляд 00261](#). Antimalarials for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-08-04
Рівень доказовості: B
Резюме: Hydroxychloroquine appears to be moderately effective and safe in the treatment of rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 00612](#). Cyclophosphamide for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: B
Резюме: Cyclophosphamide appears to have a significant benefit on the disease activity in rheumatoid arthritis, but it also has considerable toxicity.
- [Доказовий огляд 00615](#). Cyclosporine in rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-08-05
Рівень доказовості: B
Резюме: Cyclosporine appears to have an important clinical benefit in the short-term treatment of patients with severe refractory rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 00334](#). Azathioprine for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: C
Резюме: Azathioprine may be effective in rheumatoid arthritis, but this evidence is based on a small number of patients studied.
- [Доказовий огляд 05415](#). Effects of glucocorticoids on radiological progression in rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2007-02-26
Рівень доказовості: A
Резюме: Glucocorticoids given in addition to standard therapy reduce the rate of erosion progression in rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 02801](#). Short-term, low-dose corticosteroids and nonsteroidal anti-inflammatory drugs for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2014-08-20

Рівень доказовості: A

Резюме: Prednisolone in low doses (not exceeding 15 mg/day) is effective for rheumatoid arthritis and superior to non-steroidal anti-inflammatory drugs.

- [Доказовий огляд 04768](#). Adalimumab for treating rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2005-08-05
Рівень доказовості: A
Резюме: Adalimumab 40 mg every other week plus methotrexate decreases pain and swelling and slows down joint damage in rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 06812](#). Certolizumab pegol for rheumatoid arthritis in adults.
Дата оновлення: 2018-02-07
Рівень доказовості: A
Резюме: Certolizumab pegol alone or combined with methotrexate is more effective than placebo (with or without methotrexate) in the treatment of rheumatoid arthritis. Adverse events are more frequent with certolizumab.
- [Доказовий огляд 04402](#). Etanercept for the treatment of rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2014-06-19
Рівень доказовості: A
Резюме: Etanercept 25 mg s.c. twice weekly together with methotrexate (MTX) is more effective than either etanercept or MTX monotherapy in the treatment of rheumatoid arthritis, and it slows joint damage after up to 3 years of treatment.
- [Доказовий огляд 06637](#). Golimumab for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2010-03-25
Рівень доказовості: A
Резюме: Golimumab is more efficacious than placebo in treatment of patients with active rheumatoid arthritis, when used in combination with methotrexate.
- [Доказовий огляд 07355](#). Rituximab for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2015-02-12
Рівень доказовості: A
Резюме: Rituximab in combination with methotrexate is more efficacious than methotrexate alone for improving the symptoms of rheumatoid arthritis and preventing disease progression.
- [Доказовий огляд 06716](#). Tocilizumab for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2010-08-25
Рівень доказовості: A
Резюме: Tocilizumab in combination with methotrexate/disease-modifying anti-rheumatic drug (DMARD) decreases rheumatoid arthritis disease activity and improves function and quality of life compared to placebo+methotrexate/DMARD.
- [Доказовий огляд 06449](#). Abatacept for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2009-10-27
Рівень доказовості: B
Резюме: Abatacept appears to be effective in the treatment of moderate to severe rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 06298](#). Anakinra for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2009-02-09
Рівень доказовості: B
Резюме: Anakinra appears to modestly improve rheumatoid arthritis symptoms such as pain, function, and stiffness compared to placebo.

- [Доказовий огляд 03501](#). Infliximab for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-02-04
Рівень доказовості: B
Резюме: Infliximab appears to be effective in reducing disease activity in rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 06465](#). Biologics for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2009-11-05
Рівень доказовості: C
Резюме: Anakinra may be less efficacious than the other five biologics and etanercept seems to lead to lower withdrawal rates due to adverse events compared to adalimumab, anakinra and infliximab.
- [Доказовий огляд 07574](#). Biologics for people with rheumatoid arthritis naive to methotrexate.
Дата оновлення: 2017-07-17
Рівень доказовості: A
Резюме: In methotrexate(MTX)-naive patients with rheumatoid arthritis (RA), biologics (abatacept, adalimumab, etanercept, golimumab, infliximab, rituximab) in combination with MTX improve signs and symptoms of RA, the chances of RA remission and appear to slightly improve functional ability compared to MTX alone or MTX plus methylprednisolone.
- [Доказовий огляд 07577](#). Biologics or tofacitinib for people with rheumatoid arthritis unsuccessfully treated with biologics.
Дата оновлення: 2017-07-20
Рівень доказовості: A
Резюме: Biologic with or without methotrexate (MTX) or tofacitinib with MTX use is associated with benefits compared to placebo or an active comparator (MTX/other traditional disease-modifying anti-rheumatic drugs) among people with rheumatoid arthritis previously unsuccessfully treated with biologics.
- [Доказовий огляд 03658](#). Celecoxib for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2017-07-13
Рівень доказовості: B
Резюме: Celecoxib appears to have similar effect and lower incidence of gastroduodenal ulcers and lower rate of total withdrawals than traditional NSAIDs for rheumatoid arthritis at short-term.
- [Доказовий огляд 06925](#). Opioid therapy for treating rheumatoid arthritis pain.
Дата оновлення: 2012-01-02
Рівень доказовості: C
Резюме: Treatment of rheumatoid arthritis patients with weak oral opioids for up to six weeks may offer clinically-relevant improvement in pain, but adverse effects are common and limit the utility of this class of analgesics.
- [Доказовий огляд 06922](#). Antidepressants for pain in rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2011-12-09
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence on the efficacy of tricyclic antidepressants in pain management for patients with rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 06918](#). NSAIDs and methotrexate in rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2011-12-01
Рівень доказовості: C

Резюме: It may be safe to use methotrexate in combination with non-steroidal anti-inflammatory drugs, excluding anti-inflammatory doses of aspirin, in the management of patients with rheumatoid arthritis.

- [Доказовий огляд 05165](#). Paracetamol versus nonsteroidal anti-inflammatory drugs for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2006-07-24
Рівень доказовості: C
Резюме: Nonsteroidal anti-inflammatory agents may be superior to paracetamol for the symptoms of rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 00418](#). Bone loss due to corticosteroids.
Дата оновлення: 2003-08-04
Рівень доказовості: B
Резюме: High-dose corticosteroids appear to induce bone loss. Short-term (< 1 year) low dose corticosteroid treatment (< 10 mg prednisone/day) in rheumatoid arthritis patients (RA) may lead to bone loss that is limited in the femoral neck and negligible in the lumbar spine.
- [Доказовий огляд 00411](#). Bisphosphonates for steroid induced osteoporosis.
Дата оновлення: 2016-10-18
Рівень доказовості: A
Резюме: Bisphosphonates reduce the risk of vertebral fractures in people on corticosteroids and appear to prevent and treat corticosteroid-induced bone loss at the lumbar spine and femoral neck in adults.
- [Доказовий огляд 00815](#). Electrical stimulation for the treatment of rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-08-05
Рівень доказовості: C
Резюме: Electrical stimulation may have a clinically beneficial effect on grip strength and fatigue resistance for rheumatoid arthritis patients with muscle atrophy of the hand.
- [Доказовий огляд 05145](#). Low level laser therapy for treating rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2007-08-15
Рівень доказовості: C
Резюме: Laser therapy may be effective for short-term relief of pain and morning stiffness for patients with rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 07219](#). Non-pharmacological interventions for fatigue in rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2013-11-21
Рівень доказовості: C
Резюме: Physical activity and psychosocial interventions may decrease self-reported fatigue in adults with rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 04504](#). Occupational therapy for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2007-08-22
Рівень доказовості: C
Резюме: Occupational therapy may have a positive effect on functional ability in patients with rheumatoid arthritis.

- [Доказовий огляд 03612](#). Paraffin wax baths for rheumatoid arthritic hands.
Дата оновлення: 2003-02-05
Рівень доказовості: C
Резюме: Paraffin wax baths may have some effect in improving symptoms in rheumatoid arthritic hands with few side effects.
- [Доказовий огляд 03520](#). Therapeutic ultrasound for the treatment of rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-02-04
Рівень доказовості: C
Резюме: Ultrasound may be effective in increasing grip strength and alleviating symptoms in patients with rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 05136](#). Balneotherapy for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2015-05-21
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence to show that balneotherapy is more effective than no treatment, that one type of bath is more effective than another or that one type of bath is more effective than mudpacks, exercise or relaxation therapy.
- [Доказовий огляд 04381](#). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for the treatment of rheumatoid arthritis in the hand.
Дата оновлення: 2004-02-19
Рівень доказовості: C
Резюме: AL-TENS (acupuncture-like TENS) and C-TENS (conventional TENS) may be effective for pain and patient's assessment of change in disease activity in arthritis of hand.
- [Доказовий огляд 06442](#). Psychological therapies for the management of chronic pain in adults.
Дата оновлення: 2015-05-22
Рівень доказовості: C
Резюме: Cognitive behavioural therapy may have small to moderate effects on pain, disability, mood and catastrophising immediately post-treatment compared to usual care/waiting in adults with chronic pain.
- [Доказовий огляд 00774](#). Effect of multidisciplinary team care programs (MTCP) in rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2007-08-02
Рівень доказовості: A
Резюме: Short term multidisciplinary team care programs (MTCP) result in functional improvement and moderate decrease in disease activity compared with regular outpatient care. Proof of efficacy of prolonged outpatient care is scanty.
- [Доказовий огляд 00754](#). Dynamic exercise therapy for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2012-08-20
Рівень доказовості: B
Резюме: Dynamic exercise programs (aerobic capacity and muscle strength training) appear to be effective and safe at increasing aerobic capacity and muscle strength in patients with rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 03525](#). Acupuncture and electroacupuncture for the treatment of rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2006-05-26
Рівень доказовості: C
Резюме: Acupuncture and electroacupuncture may not be effective for rheumatoid arthritis.

- [Доказовий огляд 01049](#). Group education for rheumatoid arthritis patients.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: C
Резюме: Patient education for patients with rheumatoid arthritis may have moderate short-term effects on patient global assessment, and small short-term effects on disability, joint counts and psychological status. Group education is effective in increasing knowledge and in changing behaviour.
- [Доказовий огляд 03104](#). Thermotherapy for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2007-08-10
Рівень доказовості: D
Резюме: There is no evidence of an effect of thermotherapy on objective measures of disease activity, but there are no harmful effects, and patients like it.
- [Доказовий огляд 06454](#). Assistive technology for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2009-10-28
Рівень доказовості: B
Резюме: The use of an eye drop device compared to a standard bottle appears to improve the ability to squeeze out drops, aim drops, control the number of drops, and to prevent adverse effects in adults with rheumatoid arthritis suffering from persistent dry eyes.
- [Доказовий огляд 04251](#). Splints and orthoses in rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2003-10-02
Рівень доказовості: B
Резюме: Working wrist splints and extra-depth shoes appear to be helpful for people with rheumatoid arthritis
- [Доказовий огляд 00976](#). Fish oil in rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2016-04-07
Рівень доказовості: B
Резюме: Fish oil appears to have a modest effect on tender joint count and morning stiffness in rheumatoid arthritis, and reduces failure of triple disease-modifying antirheumatic drug (DMARD) therapy in patients with recent-onset rheumatoid arthritis.
- [Доказовий огляд 06327](#). Dietary interventions for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2009-03-04
Рівень доказовості: C
Резюме: Vegetarian and Cretan Mediterranean diets for rheumatoid arthritis may have limited effect on pain but not in physical function and, unintentional weight loss can be considered as an adverse effect.
- [Доказовий огляд 06858](#). Herbal therapy for rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2011-06-16
Рівень доказовості: D
Резюме: Oils containing gamma linolenic acid (evening primrose, borage, or blackcurrant seed oil) might possibly afford some benefit in relieving symptoms for rheumatoid arthritis but the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 03617](#). Fasting followed by vegetarian diet in patients with rheumatoid arthritis.
Дата оновлення: 2007-08-23
Рівень доказовості: C
Резюме: Fasting followed by vegetarian diet may improve symptoms in patients with rheumatoid arthritis.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00456 Ключ сортування: 021.022 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2016-10-31

Автор(и): Kari Puolakka Автор(и) попередніх версій статті: Markku Hakala Редактор(и): Anna Kattainen
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Internal medicine Rheumatology Pharmacology

Ключові слова індексу

ісрс-2: L88 ісрс-2: L50 mesh: Antirheumatic Agents mesh: Arthritis, Rheumatoid mesh: DMARD arthritis joint pain
joint inflammation RA Rheumatoid arthritis mesh: arthritis, rheumatoid, seronegative mesh: Auranofin
mesh: Azathioprine mesh: Breast Feeding mesh: Chlorambucil mesh: Chloroquine mesh: Cyclophosphamide
mesh: Cyclosporine mesh: drug safety test mesh: Fish Oils mesh: follow-up tests mesh: Gold
mesh: gold sodium thiomalate mesh: Leukocytes mesh: Methotrexate mesh: oligoarticular rheumatoid arthritis
mesh: palindromic rheumatism mesh: Penicillamine mesh: Podophyllotoxin mesh: Prednisolone mesh: Prednisone
mesh: Pregnancy mesh: Sulfasalazine mesh: systemic glucocorticoid therapy mesh: TNFR-Fc fusion protein
mesh: Transaminases mesh: urine albumin abatacept adalimumab biologicals certolizumab pegol ciclosporin
cyclophosphamide golimumab hydroxychloroquine infliximab leflunomide mycophenolate Rituximab
TNF-alpha inhibitors tosilizumab speciality: Internal medicine speciality: Pharmacology speciality: Rheumatology