

Клинические рекомендации – Реактивный артрит – 2025-2026-2027 (11.09.2025) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: M02.8, M02.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2025

Пересмотр не позднее: 2027

ID: 942_1

Возрастная категория: Дети

Специальность:

По состоянию на 11.09.2025 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

Ассоциация детских ревматологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

Список сокращений

АКР – Американская коллегия ревматологов

АКРпеди – Педиатрические критерии Американской коллегии ревматологов

АЛТ – Аланинаминотрансфераза

АНФ – Антинуклеарный фактор

АНЦА – Антинейтрофильные цитоплазматические антитела (антитела к цитоплазме нейтрофилов)

АСТ – Аспаратаминотрансфераза

АЦЦП – Антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду

ГИБП – Генно-инженерные биологические препараты (Код АТХ L01XC – моноклональные антитела)

ГК – Глюкокортикоиды (Код АТХ: N02AB)

ГГТ – Гамма-глутамилтрансфераза

ДНК – Дезоксирибонуклеиновая кислота

ЖКТ – Желудочно-кишечный тракт

КТ – Компьютерная томография

ЛФК – Лечебная физкультура

МКБ – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

МРТ – Магнитно-резонансная томография

НПВП – Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (Код АТХ M01A)

ОРИ – Острая респираторная инфекция

РеА – Реактивный артрит

РФ – Ревматоидный фактор

СОЭ – Скорость оседания эритроцитов

СРБ – С-реактивный белок

УЗИ – Ультразвуковое исследование

ЦМВ – Цитомегаловирус

ЩФ – Щелочная фосфатаза

ЭГДС – Эзофагогастродуоденоскопия

ЭКГ – Электрокардиография

ЭхоКГ – Эхокардиография

Ig G, M, A – Иммуноглобулин G, M, A

ILAR – International League of Associations for Rheumatology (Международная Лига Ревматологических Ассоциаций)

Per os – Через рот, перорально

...** – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения;

...# – "сведения о способе применения лекарственного препарата и дозе, длительности его приема с указанием ссылок на клинические исследования эффективности и безопасности применяемого режима дозирования при данном заболевании либо ссылок на соответствующие источники литературы в случае если тезис-рекомендация относится к лекарственному препарату для медицинского применения, используемому в не соответствии с показаниями к применению и противопоказаниями, способами применения и дозами, содержащимися в инструкции по применению лекарственного препарата" (off label);

Термины и определения

Ювенильный [лат. Juvenilis – молодой, юный] – свойственный молодежи; молодой, юношеский.

Идиопатический [idiopathicus; идио- + греч. pathos страдание, болезнь] – возникающий без видимых причин, характеризующийся неясным происхождением.

Интерлейкины (ИЛ) – группа цитокинов, опосредующих активацию и взаимодействие иммунокомпетентных клеток в процессе иммунного ответа, а также регулирующих процессы миело- и эритропоэза.

Антинуклеарный фактор (АНФ) – аутоантитела, направленные против растворимых компонентов клеточного ядра (рибонуклеопротеинов), составляют целое семейство (более 200 разновидностей) антинуклеарных (антиядерных) антител (АНА).

Ревматоидный фактор (РФ) – аутоантитела, реагирующие в качестве аутоантигена с собственными иммуноглобулинами G, подвергшимися изменениям под влиянием какого-либо агента (например, вируса)

HLA (Human Leukocyte Antigens) – человеческие лейкоцитарные антигены, или система тканевой совместимости человека – группа антигенов гистосовместимости, главный комплекс гистосовместимости у людей.

Молекулы главного комплекса гистосовместимости I класса (A, B, C) – представляют пептиды из цитоплазмы на поверхности клетки (включая вирусные пептиды при их наличии). Эти пептиды представляют собой фрагменты белков, разрушенных в протеасомах. Длина пептидов в среднем около 9 аминокислот. Чужеродные антигены привлекают Т-киллеры (также называемые CD8-положительными или цитотоксическими Т-клетками), которые уничтожают клетку-носитель антигена. Молекулы этого класса присутствуют на поверхности всех типов клеток, кроме эритроцитов и клеток трофобласта.

Молекулы главного комплекса гистосовместимости II класса (DP, DM, DOA, DOB, DQ, DR) – представляют антигены из пространства вне клетки Т-лимфоцитам. Некоторые антигены стимулируют деление Т-хелперов, которые затем стимулируют В-клетки для производства антител к данному антигену. Молекулы этого класса находятся на поверхности антигенпредставляющих клеток: дендритных клеток, макрофагов, В-лимфоцитов. Молекулы главного комплекса гистосовместимости III класса кодируют компоненты системы комплемента, белков, присутствующих в крови.

Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов и/или позвоночника с потенциальным исходом их в анкилоз, с

частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов

Увеит – воспалительное заболевание сосудистой оболочки глаза.

Увеит передний (иридоциклит) – воспалительное поражение передних отделов увеального тракта.

Энтезит – воспаление entheses, в определенной точке, где сухожилия и связки прикрепляются к кости.

Синдром Рейтера – заболевание, характеризующееся воспалительным поражением мочеполового тракта, суставов и глаз. Синдром Рейтера относится к группе реактивных артритов – негнойных "стерильных" воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата, спровоцированных внесуставным инфекционным процессом, главным образом мочеполового или кишечного тракта.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – группа лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим, жаропонижающим и противовоспалительным эффектами. Подразделяются на селективные (с-НПВП) и неселективные (н-НПВП) ингибиторы фермента циклооксигеназы.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Реактивный артрит – спондилоартропатия, развивающаяся в ответ на внесуставную кишечную или урогенитальную инфекцию, характеризуется конъюнктивитом, уретритом и артритом, часто ассоциирован с HLAB27.

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Этиологические факторы РеА представлены в табл. 1.

Таблица 1. Возбудители артритагенных инфекций

Инфекционный локус	Возможные	Вероятные
Желудочно-кишечный тракт	Salmonella enterica Typhimurium enteritidis paratyphi B, C, others Shigella flexneri Yersinia enterocolitica Y. pseudotuberculosis	C.difficile E.coli Cryptosporidium
Мочеполовая система	Chlamydia trachomatis	Ureaplasma urealyticum Mycoplasma genitalium Neisseria gonorrhoeae Entamoeba histolytica Giardia lamblia Streptococcus pyogenes Chlamidia psittaci
Верхние и нижние дыхательные пути		Chlamydia pneumoniae SARS-CoV-2
Другое		Brucella abortus

Патогенез

Реактивный артрит преимущественно развивается у носителей HLA-B27. С HLA-B27 ассоциированы частота и выраженность суставной боли при РеА, сопряженном с кишечными инфекциями (*Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella*). Роль HLA-B27 в патогенезе РеА до конца не изучена. Показано сходство последовательностей аминокислот бактерий и HLA-B27. Согласно артритогенной пептидной гипотезе, молекула HLA-B27 связывает бактериальный или собственный антигенный пептид, который затем презентуется цитотоксическим (CD8+) Т-лимфоцитам. Взаимодействие (CD8+) Т-лимфоцитов с бактериальными эпитопами приводит к воспалению и повреждению тканей. Согласно гипотезе нарушения образования вторичной и третичной структуры белка, в эндоплазматическом ретикулуме накапливаются тяжелые цепи HLA-B27. Это приводит к активации ядерного фактора κB и синтезу провоспалительных цитокинов. Те же процессы отвечают за отложение β 2-микроглобулина в синовиальной оболочке и, возможно, в других тканях, что приводит к воспалению. Для РеА, ассоциированного с HLA-B27, характерно длительное персистирование бактерий в клетке. Частота выявления HLA-B27 при РеА варьирует. При РеА, связанном с хламидийной инфекцией, а также при нетяжелых формах заболеваний, обусловленных *Yersinia* и *Campylobacter*, частота носительства HLA-B27 соответствует популяционному значению, при других вариантах РеА составляет 60%. Артритогенная инфекция (*Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella*) поражает слизистую оболочку кишечника и реплицируется в полиморфно-ядерных лейкоцитах и макрофагах. У детей с РеА в клетках синовиальной жидкости и биоптатах синовиальной оболочки определяются компоненты артритогенных бактерий (липополисахарады, ДНК и РНК).

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Реактивный артрит (РеА) развивается у 5-10% детей, перенесших иерсиниоз, у 20% перенесших диарею, вызванную *Salmonella typhimurium*. Чаще болеют мальчики в возрасте 8-12 лет. Реактивный артрит, ассоциированный с кишечными инфекциями, развивается в любом возрасте; связанный с хламидийной инфекцией – в подростковом у сексуально активных подростков. В период пандемии COVID-19 было зарегистрировано несколько случаев развития острого артрита после перенесенной вирусной инфекции, которые классифицировались как РеА.

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

В МКБ реактивный артрит кодируется в разделе "Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99)".

M02.8 Другие реактивные артропатии

M02.9 Реактивная артропатия неуточненная

Примеры диагнозов:

Пример N 1. Постдизентерийный реактивный артрит правого коленного сустава.

Пример N 2. Реактивный артрит левого голеностопного сустава, дактилит одного пальца левой стопы, двусторонний конъюнктивит, хламидийный.

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

- урогенитальный
- постэнтероколитический
- вирусный

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Артрит, как правило, развивается через 1-4 нед после перенесенной инфекции.

При кишечной инфекции, вызванной *Shigella*, острый период (лихорадка с водянистой диарей или без нее, схваткообразные боли в животе) длится 48-72 ч. Артрит развивается через 7-21 день. Он характеризуется острым началом, проявляется немигрирующим олигоартритом с поражением коленных и голеностопных суставов продолжительностью от нескольких недель до 3-4 мес. Для постановки диагноза РеА необходимы данные, подтверждающие перенесенную инфекцию: выявление агглютининов к *Shigella flexneri* серотипов 2 или 2а и (или) возбудителя в фекалиях.

После кишечной инфекции, вызванной *S. typhimurium* или *Salmonella enteritidis*, через 1-3 нед развивается олигоартрит с поражением коленных и голеностопных суставов, сопровождающийся субфебрильной температурой. Бактериологическое исследование фекалий выявляет возбудителя даже на поздних стадиях болезни; сероконверсия наблюдается у 50% пациентов.

Кишечная инфекция, вызванная *Yersinia enterocolitica*, у детей раннего возраста обычно протекает в форме гастроэнтерита; у детей старше 5 лет – в псевдоаппендикулярной форме (синдром правой подвздошной области). У 1/3 больных артрит может длиться от 3 до 22 мес (в среднем 6,5 мес). HLA-B27 выявляется у 85% заболевших.

Урогенитальная инфекция, вызванная *Chlamydia trachomatis*, как правило, протекает бессимптомно, но может сопровождаться дизурией, частым мочеиспусканием, выделениями из уретры и (или) влагалища. В редких случаях РеА развивается после перенесенной респираторной инфекции, обусловленной *S. pneumoniae*.

Поражение суставов

Варианты дебюта:

- острый артрит с выраженной болью, в ряде случаев с гиперемией кожи над пораженными суставами;
- артрит с незначительной или умеренно выраженной болью и отеком суставов в течение нескольких недель;
- изолированный энтезит или в сочетании с артритом или теносиновитом;
- артралгии с последующим развитием артрита.

Поражаются, как правило, коленные и голеностопные суставы, реже – метатарзофаланговые, проксимальные и дистальные межфаланговые суставы стоп. В процесс вовлекаются 2 или 3 сустава одного или более пальцев, развиваются теносиновит и бурсит. У пациентов, перенесших иерсиниоз или сальмонеллез, могут поражаться мелкие суставы кистей рук. В периферических суставах выражены экссудативные проявления; пролиферативный синовит наблюдается редко. Могут развиваться воспалительные явления в суставах осевого скелета и сопровождаться болью в спине, крестцово-подвздошных сочленениях, скованностью и нарушением функции в шейном и поясничном отделах позвоночника.

Внесуставные проявления. У носителей HLA-B27 развиваются иридоциклит и классическая триада симптомов: артрит, конъюнктивит, уретрит. В остром периоде РеА наблюдаются лихорадка, снижение массы тела, слабость, мышечная слабость, которые могут сочетаться с полиартралгией, миалгией и утренней скованностью в пораженных суставах.

Поражения слизистых оболочек и кожи сочетаются с артритом и развиваются в остром периоде болезни. Поражение слизистых оболочек проявляется безболезненными бессимптомными неглубокими язвами на слизистой оболочке полости рта; в ряде случаев – афтозным стоматитом. Уретрит, цервицит развиваются редко, преимущественно у сексуально активных подростков с РеА хламидийной этиологии. Поражение уrogenитального тракта нетяжелое, у девочек протекает бессимптомно, выявляется по наличию стерильной пиурии. Диарея возникает в результате инфекции, но может быть проявлением генерализованного мукозита.

Поражение кожи проявляется узловой эритемой (чаще при иерсиниозном РеА), баланопоститом, кератодермией с или без конъюнктивита, или уретрита. Кератодермия при РеА клинически и гистологически схожа с псориазом.

Поражение глаз. У 2/3 больных в дебюте заболевания развивается конъюнктивит. При иерсиниозном РеА он может быть гнойным, течение – тяжелое. Также развиваются острый иридоциклит и передний увеит. Для острого иридоциклита характерны острое течение, наличие клеток в передней камере глаза, мелкие преципитаты в роговице, клетки в стекловидном теле, фибринозный экссудат, задние синехии, отек желтого пятна. Острый иридоциклит может быть одно- и двусторонним. Острый передний увеит чаще наблюдается при РеА, ассоциированном с *S. Typhimurium*.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза "Реактивный артрит"

До настоящего времени общепринятые критерии, позволяющие установить диагноз РеА, не разработаны. В табл. 1. представлены обобщенные критерии диагностики РеА, основанные на рекомендациях ACR и Берлинских критериях (1999) [1, 2].

Таблица 1. Диагностические критерии реактивного артрита

Критерии	Характеристика
Основные критерии	1. Артрит, имеющий 2 из 3 следующих признаков: - асимметричный - моно- или олигоартрит - поражение суставов нижних конечностей
	2. Предшествующая инфекция, сопровождавшаяся 1 из 2 перечисленных признаков: - энтерит (определяется как эпизод диареи продолжительностью не менее 1 дня, развившийся в сроки от 3 дней до 6 нед до начала артрита) - уретрит (определяется как эпизод дизурии или выделений из уретры или влагалища продолжительностью не менее 1 дня развившийся в сроки от 3-х дней до 6 нед до начала артрита)
Дополнительные критерии	По меньшей мере один из перечисленных:
	1. Данные лабораторных исследований признаков,

	<p>подтверждающие инфекцию:</p> <ul style="list-style-type: none"> - положительная лигазная реакция мочи или соскоб из уретры/шейки матки (влагалища) на <i>S. trachomatis</i> - положительное бактериологическое исследование фекалий на артритогенные кишечные инфекции
	<p>2. Данные, подтверждающие наличие инфекции в синовиальной оболочке (иммуногистологическое исследование или ПЦР на <i>Chlamydia</i>)</p>
<p>Достоверный диагноз РеА можно установить при наличии обоих основных критериев и подтверждающего его дополнительного критерия. Диагноз вероятного РеА устанавливается при наличии обоих больших и отсутствии подтверждающего его дополнительного критерия или при наличии одного большого и одного или более дополнительных критериев. Идентификация триггерной инфекции необходима</p>	

Обследование пациентов с подозрением на реактивный артрит

- Рекомендуется проведение диагностики, в том числе дифференциальной диагностики, в условиях ревматологического стационара/дневного стационара/в амбулаторно-поликлинических условиях всем пациентам с подозрением на РеА с целью его подтверждения/исключения [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

2.1. Жалобы и анамнез

- Рекомендуется провести анализ жалоб у всех пациентов с подозрением на РеА с целью разработки плана обследования [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: пациенты могут жаловаться на: при РеА могут быть жалобы на потерю массы тела, слабость, усталость. На боль и/или припухлость, и/или ограничение движений в суставах, нарушение походки.

При поражении глаз дети могут предъявлять жалобы на раздражение глаз и болевой синдром, снижение и (или) затуманивание зрения, появление плавающих пятен перед глазами, покраснение глаз, светобоязнь, слезотечение. Но чаще всего при поражении глаз (увеите) жалоб либо нет, либо родители обращают внимание на то, что зрачок у ребенка деформировался, и он натывается на предметы, что связано со снижением остроты зрения.

Как правило, увеит протекает бессимптомно. По локализации увеит может быть передним (ирит, передний циклит, иридоциклит) – воспаление радужной оболочки и (или) цилиарного тела; периферическим (задний циклит) с вовлечением цилиарного тела, периферических отделов собственно сосудистой оболочки; задним (хориоидит, хориоретинит) – воспаление собственно сосудистой оболочки. Также может развиваться панувеит. В зависимости от течения увеит может быть острым, подострым и хроническим (вялотекущий или рецидивирующий). В зависимости от числа пораженных глаз – односторонним и двусторонним.

- Рекомендуется провести анализ гинекологического и акушерского анамнеза матерей всех пациентов с подозрением на РеА с целью выявления факторов, предрасполагающих к развитию заболевания [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: выяснение наличия урогенитальных и других инфекций (хламидийной, микоплазменной, цитомегаловирусной, герпетической, Эпштейна-Барр вирусной и др.), которые могут быть триггерами РеА у ребенка, до и во время беременности. Данные о течении предыдущих беременностей. Данные о течении настоящей беременности

(вредности, с которыми мать имела дело во время беременности, гестозы первой и второй половины, угрозы прерывания на ранних и поздних сроках, анемия беременных, перенесенные заболевания во время беременности). Данные о течении родов (своевременность родов, длительность безводного промежутка, длительность первого и второго периодов родов, характер околоплодных вод, своевременность отделения плаценты и ее качество).

- Рекомендуется провести анализ анамнеза жизни всем пациентам с целью выявления факторов, предрасполагающих к развитию заболевания [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: особое внимание необходимо обратить на клинические проявления инфекций: конъюнктивит, омфалит, баланит, баланопостит, инфицированные синехии крайней плоти (у мальчиков), цистит, вульвовагинит, вульвит, асимптомная лейкоцитурия, дизурические явления, цистит (у девочек), частые отиты, бронхиты, пневмонии, наличие герпетических высыпаний на лице, частые ОРИ, кишечные инфекции. Необходимо обратить внимание на наличие аллергических реакций, а также реакций на профилактические прививки, наличие животных, птиц в доме.

- Рекомендуется провести анализ наследственного анамнеза всем пациентам с целью выявления факторов, предрасполагающих к развитию заболевания [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: необходимо установить, есть ли у пациента родственники первой или второй линии родства, страдающие следующими заболеваниями: ревматоидным артритом, острой ревматической лихорадкой, системной красной волчанкой, дерматомиозитом, склеродермией и др., болезнью Рейтера, болезнью Бехтерева, болезнью Крона, язвенным колитом, псориазом.

- Рекомендуется провести анализ анамнеза заболевания всем пациентам с целью выявления особенностей течения патологического процесса [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: оценить характер дебюта (острый или подострый, с поражением или без поражения глаз). Необходимо выяснить, что предшествовало развитию болезни (травма, ОРИ, бактериальная инфекция, урогенитальная, кишечная инфекция, конъюнктивит, бронхолегочная инфекция, отит), получал ли пациент антибактериальные препараты и/или глюкокортикоиды: какие, какова была их доза и продолжительность приема.

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется проводить термометрию общую всем пациентам с целью оценки выраженности и характера лихорадки [1-3]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: при РеА температура тела как правило, субфебрильная, редко фебрильная.

- Рекомендуется провести оценку общего состояния всем пациентам с целью последующего динамического мониторинга [1-3]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: общее состояние, как правило, средней тяжести, редко тяжелое. Часто пациенты отмечают утреннюю скованность, болевой синдром в суставах и мышцах.

- Рекомендуется провести осмотр кожных покровов всем пациентам с целью выявления сыпи и признаков васкулита [1-3]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: высыпания не характерны для РеА.

- Рекомендуется провести осмотр и пальпацию лимфатических узлов всем пациентам с целью выявления их поражения [1-3]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: при РеА в большинстве случаев выявляется увеличение практически всех групп лимфатических узлов до 1,5-2 см в диаметре. Лимфатические узлы, как правило, подвижные, безболезненные, не спаянные между собой и с подлежащими тканями, мягко- или плотноэластической консистенции.

- Рекомендуется провести анализ жалоб, осмотр, перкуссию и пальпацию органов сердечно-сосудистой системы всем пациентам с целью выявления физикальных признаков ее поражения [1-3]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: поражение сердечно-сосудистой системы не характерно для пациентов с РеА.

- Рекомендуется провести анализ жалоб, осмотр, перкуссию и пальпацию органов дыхательной системы всем пациентам с целью выявления физикальных признаков ее поражения [1-3]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: в ряде случаев ребенок может жаловаться на кашель, затруднение дыхания, одышку. Поражение легких у детей с РеА наблюдается редко. Визуально при осмотре пациента признаки поражения легких могут не выявляться, в ряде случаев развивается дыхательная недостаточность, проявляющаяся одышкой, втяжением уступчивых мест грудной клетки, эпигастральной области, мест прикрепления диафрагмы к реберной дуге; цианозом. Перкуторный звук может быть нормальным, с коробочным оттенком; с притуплением в задненижних отделах легких; при аускультации могут выявляться разнокалиберные влажные и крепитирующие хрипы, шум трения плевры, ослабление дыхания в задненижних отделах легких.

- Рекомендуется провести анализ жалоб, осмотр, перкуссию и пальпацию органов пищеварительной системы всем пациентам с целью выявления физикальных признаков ее поражения [1-3]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: пациенты с РеА часто жалуются на боли в эпигастральной области, диспепсические явления. Боли в околопупочной области могут быть связаны с увеличением мезентериальных лимфатических узлов.

При осмотре могут выявляться дефицит массы тела, обложенность языка, вздутие живота; при перкуссии брюшной полости – увеличение размеров печени и селезенки. При пальпации может выявляться болезненность в эпигастрии в точках проекции желчного пузыря, 12-перстной кишки, поджелудочной железы, увеличение размеров печени и селезенки; при поражении кишечника – болезненность в илеоцекальном углу, а также по ходу толстой кишки.

У большинства детей с РеА развивается воспаление верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), связанное с применением НПВП.

При наличии жалоб на частый жидкий стул с примесью слизи и/или крови, и/или зелени, боли в илеоцекальном углу, вздутие живота позволяет заподозрить воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) и продолжить проведение дифференциальной диагностики.

- Рекомендуется провести осмотр суставов всем пациентам с целью выявления активного артрита [1-3]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: поражаются, как правило, коленные и голеностопные суставы, реже – метатарзофаланговые, проксимальные и дистальные межфаланговые суставы стоп. В процесс вовлекаются 2 или 3 сустава одного или более пальцев, развиваются теносиновит и бурсит. У пациентов, перенесших иерсиниоз или сальмонеллез, могут поражаться мелкие суставы кистей рук. В периферических суставах выражены экссудативные проявления; пролиферативный синовит наблюдается редко. Могут развиваться воспалительные явления в суставах осевого скелета и сопровождаться болью в спине, крестцово-подвздошных

сочленениях, скованностью и нарушением функции в шейном и поясничном отделах позвоночника.

- Рекомендуется провести определение объема движения во всех суставах: определение объема пассивного движения одного сустава в одной плоскости. определение объема активного движения одного сустава в одной плоскости с целью выявления функциональной недостаточности [1-3]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: в случае отсутствия болезненности в суставах при обычной амплитуде движений необходимо оценить появление боли (защитного напряжения мышц, сопротивления) при максимальной амплитуде движений.

Оценивают объем движений:

- Шейный отдел позвоночника. Попросить: забросить голову назад (разгибание в норме – 50-60°), достать подбородком до грудины (сгибание в норме – 45°), повернуть голову вправо, влево (ротация в норме 60-80°), положить голову на правое и левое плечо (боковое сгибание – 40°).

- Челюстно-височные суставы. Попросить: открыть рот, выдвинуть вперед и назад нижнюю челюсть, произвести боковые движения нижней челюстью из стороны в сторону.

- Плечевые суставы. Попросить: поднять руки через стороны вверх, достать правое и левое ухо через затылок, достать правую и левую лопатку противоположной кистью сзади, снять самостоятельно рубашку, майку, причесаться.

- Локтевые суставы. Попросить: положить кисти на плечи (в норме угол сгибания не более 20°), разогнуть руку в локтевом суставе (в норме – не менее 180°), проверить пронацию и супинацию (в норме 90°).

- Лучезапястные суставы. Проверить: тыльное сгибание (в норме – 70°), ладонное сгибание (в норме – 90°).

- Мелкие суставы кистей рук. Попросить: собрать пальцы в кулак (кулак должен быть плотным), снять самостоятельно носки и колготки, расстегнуть и застегнуть пуговицы.

- В норме пальцы легко касаются ладони.

- Тазобедренные суставы: проверить отведение (не менее 140°), приведение (должен коснуться бедрами и коленями груди), ротация наружная и внутренняя (в норме – не менее 40-45°).

- Проба на внутреннюю ротацию в тазобедренных суставах. При этом ребенок лежит на спине с согнутыми под углом 90° тазобедренными и коленными суставами. Держа колени вместе, поворачивают голени кнаружи.

- Почти при всех заболеваниях тазобедренных суставов в первую очередь изменяется внутренняя ротация.

- Коленные суставы. Попросить: согнуть ноги в коленных суставах (должен достать пяткой до ягодицы), сесть на колени и опустить ягодицы на пятки, разогнуть коленные суставы (угол 180°), присесть на корточки.

- Проверить симптом баллотации надколенника.

- Нижние конечности сгибают в коленных суставах. Обычно касание пятками ягодиц происходит без труда. Максимально разгибают нижние конечности в коленных суставах в положении ребенка на спине.

- Рекомендуется оценить походку всем пациентам с целью выявления характера ее нарушения [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: варианты походки:

- с быстрым переносом массы тела с больной ноги на здоровую (поражение коленных, тазобедренных суставов, стоп). Больной встает на всю стопу или носок (поражение пятки),

- "утиная" – переваливающаяся (двустороннее поражение тазобедренных суставов).

Наблюдение за походкой при ходьбе и беге: хромота у пациента – это важный диагностический ключ для выявления боли или скованности.

- Рекомендуется провести осмотр скелетно-мышечной системы всем пациентам с целью выявления характера ее поражения [1-3]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: для РеА характерны слабость мышц вокруг пораженных суставов, атрофия и укорочение мышц и сухожилий, что приводит к развитию сгибательных контрактур в суставах. При наличии активного артрита развивается атрофия мышц проксимальнее пораженного сустава.

- Рекомендуется у всех пациентов, особенно с моноартритом, перед назначением противоревматической терапии исключить заболевания, которые могут протекать с похожей клинической симптоматикой [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: заболевания, которые необходимо исключить в случае развития моноартрита: энтезит-ассоциированный артрит, псориатический артрит, септический артрит, онкологические заболевания, лейкоз, нейробластома, гемофилия, травма, вило-нодулярный синовит, саркоидоз, туберкулез, болезнь Лайма (системный клещевой боррелиоз), гипертрофическая остеоартропатия (синдром Мари-Бамбергера).

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется исследование скорости оседания эритроцитов, исследование уровня эритроцитов в крови, исследование уровня лейкоцитов в крови, исследование уровня тромбоцитов в крови, проведение дифференцированного подсчета лейкоцитов (лейкоцитарная формула), исследование уровня общего гемоглобина в крови всем пациентам перед назначением/коррекцией противоревматической терапии с целью определения активности болезни и нежелательных эффектов НПВП [1, 2, 4-6]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: в ранней воспалительной фазе – небольшое снижение уровня гемоглобина, гематокрита, умеренный лейкоцитоз и нейтрофилез, тромбоцитоз, повышение СОЭ. У пациентов с тяжелым течением РеА (с полиартритом, полиэнтезитом, лихорадкой, потерей массы тела, слабостью, мукозитом или дерматитом) – выраженная гипохромная анемия (80-100 г/л), тромбоцитоз ($> 400 * 10^9/л$), значительное повышение СОЭ.

- Рекомендуется исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови, исследование уровня глюкозы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование уровня железа сыворотки крови всем пациентам с целью выявления патологических изменений [1, 2, 4, 6, 7]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: повышение уровня ферритина, триглицеридов, активности АЛТ, АСТ, ЛДГ может наблюдаться при вторичном/первичном ГФС, а также токсическом влиянии лекарственных препаратов, онкологическом заболевании, гемобластозе, лимфопролиферативном заболевании, другом ревматическом заболевании, сепсисе, что является основанием для продолжения проведения дифференциального диагноза.

- Рекомендуется исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови всем пациентам с целью определения выраженности воспалительного процесса [1, 2, 4, 5, 8]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: у большинства пациентов с РеА уровень С-реактивного белка в сыворотке крови повышается.

- Рекомендуется определение антистрептолизина-О в сыворотке крови всем пациентам с целью выявления/исключения инфицированности β гемолитическим стрептококком группы А [1, 2, 4, 9]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: повышение уровня антистрептолизина-О в сыворотке крови свидетельствует об острой или хронической стрептококковой инфекции и никак не исключает наличие РеА.

- Рекомендуется исследование уровня иммуноглобулинов в крови всем пациентам с частыми эпизодами инфекционных заболеваний для оценки состояния иммунного статуса [2, 10]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК; определение содержания ревматоидного фактора (РФ) в крови, определение содержания антител к циклическому цитруллиновому пептиду (анти-CCP) в крови всем пациентам для исключения других ревматических заболеваний [2, 4-6, 9]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение основных групп по системе АВ0, определение подгруппы и других групп крови меньшего значения А-1, А-2, D, Сс, Е, Kell, Duffy, определение антигена D системы Резус (резус-фактор) всем пациентам перед проведением инвазивных исследований (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия с биопсией, биопсия кости) [2, 11, 11-13]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется исследование уровня прокальцитонина в крови пациентам с подозрением на септический артрит и с лихорадкой с целью выявления/исключения сепсиса [1, 14,-16]. (УДД 1, УУР В)

- Рекомендуется проведение определения антигена HLA-B27 методом проточной цитофлуориметрии всем пациентам с целью исключения заболеваний, ассоциированных с HLA-B27 [1, 2, 8, 10, 17]. (УДД 4, УУР С)

Комментарии: наличие HLA-B27 ассоциировано с развитием спондилоартропатий, в том числе РеА.

- Рекомендуется проведение общего (клинического) анализа мочи всем пациентам с целью подтверждения/исключения и/или определения степени поражения почек [2, 3, 8]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: микро- макрогематурия может быть следствием токсического влияния НПВП. Обычно, при РеА изменений в моче нет.

- Рекомендуется всем пациентам проведение очаговой пробы с туберкулином (реакция Манту, тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении**) или исследование уровня интерферона-гамма на антигены *Mycobacterium tuberculosis complex* в крови всем пациентам с целью выявления/исключения инфицированности микобактериями туберкулеза [1, 2, 8, 18]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (*Chlamydia psittaci*) в крови; определение антител к хламидии пневмонии (*Chlamydia pneumoniae*) в крови, определение антител к хламидии трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) в крови определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме

пневмонии (*Mycoplasma pneumoniae*) в крови всем пациентам с целью выявления/исключения инфекционного процесса, который может быть причиной РеА [1, 4, 8, 17-20]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется определение антител к сальмонелле кишечной (*Salmonella enterica*) в крови, определение антител к сальмонелле тифи (*Salmonella typhi*) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (*Yersinia pseudotuberculosis*) в крови, определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика (*Yersinia enterocolitica*) в крови всем пациентам с целью выявления/исключения инфекционного процесса, который может быть причиной РеА [1, 4, 17-20]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (*Shigella boydii*) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле дизентерии (*Shigella dysenteriae*) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (*Shigella sonnei*) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (*Shigella flexneri*) в крови всем пациентам с целью выявления/исключения инфекционного процесса, который может быть причиной РеА [1, 4, 17-19]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, качественное исследование, определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) методом ПЦР качественное исследование в моче всем пациентам с целью выявления/исключения заболеваний, вызванных вирусами герпетической группы [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, качественное исследование, определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в моче методом ПЦР качественное исследование всем пациентам с целью выявления/исключения заболеваний, вызванных вирусами герпетической группы [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование, определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в мазках со слизистой ротоглотки качественное исследование, определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР качественное исследование в моче всем пациентам с целью выявления/исключения заболеваний, вызванных вирусами герпетической группы [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови всем пациентам с целью выявления/исключения активной цитомегаловирусной инфекции [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (Epstein-Barr virus) в крови всем пациентам с целью выявления/исключения заболеваний, вызванных вирусом Эпштейна-Барр [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител к капсидному антигену (VCA) вируса Эпштейна-

Барр (Epstein-Barr virus) в крови всем пациентам с целью выявления/исключения заболеваний, вызванных вирусом Эпштейна-Барр [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител класса G (IgG) к ранним белкам (ЕА) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови всем пациентам с целью выявления/исключения заболеваний, вызванных вирусом Эпштейна-Барр [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus) в крови всем пациентам с целью выявления/исключения заболеваний, вызванных вирусом простого герпеса [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител классов М (IgM) и G (IgG) к возбудителям иксодовых клещевых боррелиозов группы *Borrelia burgdorferi sensu lato* в крови, пациентам, у которых есть анамнестические данные о походе в лес, проживании в районах, эндемичных по распространению клеща, укусе клеща [1, 4, 18]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение микробиологического (культурального) исследования слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы всем пациентам с целью выявления/исключения контаминации носоглотки патогенной и условно-патогенной флорой [1, 2, 18]. (УДД 5, УУР С)

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуется проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости (комплексного), ультразвукового исследования почек всем пациентам с целью выявления увеличения размеров и изменения паренхимы почек, печени, селезенки, лимфаденопатии [2, 9, 23]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение эхокардиографии всем пациентам с целью оценки состояния сердца [2, 9, 24]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется регистрация электрокардиограммы всем пациентам с целью оценки состояния функции сердца [2, 9, 24]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется проведение ультразвукового исследования сустава всем пациентам с целью оценки выраженности выпота в полость сустава и состояния синовиальной оболочки, хряща [1, 2, 25, 26]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: при РеА выявляется утолщение синовиальной оболочки и связок, накопление синовиальной жидкости в полости сустава и в суставной сумке. УЗИ позволяет проводить динамическое наблюдение и оценку степени поражения суставов.

- Рекомендуется проведение рентгенографии височно-нижнечелюстного сустава и/или рентгенографии межпозвоночных сочленений, и/или рентгенографии локтевого сустава, и/или рентгенографии лучезапястного сустава, и/или рентгенографии коленного сустава, и/или рентгенографии плечевого сустава, и/или рентгенографии тазобедренного сустава, и/или рентгенографии голеностопного сустава, и/или рентгенографии акромиально-ключичного сочленения, и/или рентгенографии грудинно-ключичного сочленения, и/или рентгенографии кисти и/или рентгенографии стопы в двух проекциях или компьютерной томографии сустава с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) или без его применения всем пациентам с поражением суставов с целью выявления изменений костной ткани суставов, типичных и нетипичных для РеА [1,

2, 10, 25]. (УДД 4, УУР С)

Комментарии: на ранних стадиях выявляются неспецифический отек мягких тканей, экстраартикулярная остеопения, реже – незначительная периостальная неровность в области прикрепления связок к костям. При тяжелом синовите – субхондральные кисты, эрозии в тазобедренных, проксимальных и дистальных межфаланговых суставах кистей и стоп, реже – в лучезапястных суставах

- Рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии суставов (один сустав) с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) или без его применения с контрастированием пациентам со стойким суставным синдромом и/или клинической картиной, не типичной для РеА, с целью исключения травматического повреждения сухожильно-связочного аппарата, менисков, опухолей с целью выявления роста паннуса, патологических изменений синовиальной оболочки и хряща [1, 2, 25, 26]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение эзофагогастродуоденоскопии с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) или без его применения пациентам при наличии жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта для исключения воспалительных, а также эрозивно-язвенных процессов [20, 20, 27-29]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется проведение микробиологического (культурального) исследования биоптатов слизистой желудка хеликобактер пилори (*Helicobacter pylori*) пациентам при наличии воспалительных и/или эрозивных, и/или язвенных изменений по данным эзофагогастродуоденоскопии с целью исключения патологии ЖКТ, связанной с *Helicobacter pylori* [20, 29, 30]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется проведение колоноскопии с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) с биопсией толстой кишки с помощью эндоскопии и патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала толстой кишки пациентам с лихорадочным синдромом и/или клиническими проявлениями поражения кишечника, и/или повышенным уровнем кальпротектина в кале с целью выявления/исключения ВЗК [9, 28, 29]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение компьютерной томографии органов грудной полости с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) или без его применения всем пациентам с целью выявления/исключения поражения легких и выявления/исключения других ревматических болезней, онкологических/онкогематологических/лимфопролиферативных заболеваний, туберкулеза [1, 2, 9, 31]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение биопсии кости с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) с патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала костной ткани пациентам с очагами деструкции в костях и клинической картиной, не типичной для РеА, с целью выявления/исключения злокачественных, доброкачественных опухолей и метастатического поражения костей [32-34]. (УДД 4, УУР С)

Комментарии: для РеА деструкция костной ткани не характерна. Очаги деструкции характерны для мультифокального остеомиелита, злокачественных новообразований, гемобластозов, при которых могут развиваться эпизоды фебрильной лихорадки с болевым синдромом в области живота, грудной клетки, в суставах и костях.

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный всем пациентам с целью установления диагноза и определения тактики лечения [1, 2] (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный всем пациентам с высоким уровнем АСЛО с целью выявления очагов хронической инфекции ЛОР органов [1, 3, 6]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный всем пациентам с целью выявления/исключения увеита [1, 10, 25, 35]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный пациентам с положительными очаговыми пробами с туберкулином и/или повышенным уровнем интерферона-гамма на антигены *Mycobacterium tuberculosis complex* в крови и/или инфильтративными очагами в легких с целью исключения туберкулеза [2, 31, 36]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный пациентам с деструктивными изменениями, а также с деформациями в костях, не типичными для РеА [2, 34, 37, 38]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный всем пациентам, которым планируется проведение поднаркозных исследований с целью оценки их состояния [11, 39, 40]. (УДД 5, УУР С)

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

- Рекомендуется назначение патогенетической терапии всем пациентам после проведения диагностики, в том числе дифференциальной диагностики, и установления/подтверждения диагноза РеА, в условиях ревматологического стационара или условиях дневного стационара или в амбулаторно-поликлинических условиях [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

3.1. Консервативное лечение

- Рекомендуется назначение НПВП (M01A) у пациентов с установленным диагнозом РеА с целью достижения противовоспалительного эффекта и купирования суставного синдрома [1, 2, 22]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется назначение НПВП с целью достижения противовоспалительного, обезболивающего и жаропонижающего эффекта [1, 2, 4, 76]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии:

применяются следующие режимы назначения НПВП:

- диклофенак** (M01AB) в соответствии с инструкцией по применению препарата или
- нимесулид (M01AX) в соответствии с инструкцией по применению препарата или
- мелоксикам (M01AC) в соответствии с инструкцией по применению препарата, или

- ибупрофен** (M01AE01) в соответствии с инструкцией по применению препарата с целью достижения противовоспалительного, обезболивающего и жаропонижающего эффекта.

Диклофенак** (M01AB) применяется у детей с 6 лет в таблетках и суппозиториях, в виде в/м инъекций (разрешен с 18 лет).

Нимесулид (M01AX) применяется у детей с 2-х лет в суспензии, старше 12 лет – в таблетках.

Мелоксикам (M01AC) применяется у детей с 2-х лет в суспензии, старше 15 лет в таблетках, в виде в/м инъекции разрешен с 18 лет.

Ибупрофен** (M01AE01) применяется у детей старше 3 мес. в суспензии, старше 6 лет в таблетках, интервалы между приемами препарата 6-8 ч.

- Рекомендуются назначение терапии антибактериальными препаратами системного действия (J01), в зависимости от выявленного провоцирующего фактора РеА всем пациентам с целью купирования/предотвращения прогрессирования инфекционного процесса [1, 2, 4, 18, 20]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: антибактериальные препараты системного действия (J01) вне возрастных показаний назначаются по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей старше 15 лет. При РеА, вызванным *S. trachomatis*, рекомендуется лечение не только пациента, но и его родителей.

- Не рекомендуется назначение ГК (H02AB) перорально и/или внутривенно, и/или внутрисуставно, и/или иммунодепрессантов (#метотрексата**, #сульфасалазина**) до завершения полного лабораторно-инструментального обследования, исключения онкологических, онко-гематологических, инфекционных заболеваний и установления диагноза РеА (см. [раздел 2](#)) [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: применение ГК, иммунодепрессантов (#метотрексата** или #сульфасалазина**) при онкологических и онкогематологических заболеваниях, протекающих под маской РеА, значительно затруднит в дальнейшем верификацию диагноза, так как они обладают выраженным иммуносупрессивным эффектом, нивелируют клиническую и морфологическую картину злокачественных новообразований.

- Рекомендуется внутрисуставное введение бетаметазона** (H02AB) детям старше 3-х лет в соответствии с инструкцией по применению препарата при наличии активного моно- или олигоартрита не чаще 1 раза в 4 мес с целью быстрого купирования воспалительного процесса в суставах [1, 2, 77, 78]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: в случае обострения артрита чаще, чем 1 раз в 4 мес. внутрисуставное введение ГК не проводится. Показания к внутрисуставному введению ГК – выраженный экссудативные изменения и болевой синдром в пораженных суставах.

#Бетаметазон** (H02AB) или #триамцинолон вне возрастных показаний назначаются по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей.

- Рекомендуется назначение #сульфасалазина** (A07EC01) в дозе 2000 мг/сут пациентам с РеА с неэффективностью сочетания НПВП (M01A), терапии антибактериальными препаратами системного действия (J01) и внутрисуставного введения ГК [1, 9, 83]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: длительность терапии #сульфасалазинлом** (A07EC01) при РеА 3-6 месяцев.

- Рекомендуется назначение местной терапии всем пациентам с увеитом,

ассоциированным с РеА, после приема (осмотра, консультации) врача-офтальмолога первичный с целью индукции ремиссии увеита [1, 2, 25, 46-48]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение форсажа дексаметазоном** (H02AB02) в соответствии с инструкцией по применению препарата в комбинации с НПВП-содержащими каплями (диклофенак**) всем пациентам с острым течением увеита с целью индукции ремиссии [1, 2, 46-48]. (УДД 5, УУР С)

Комментарий: режим назначения, снижения дозы и отмены дексаметазона** (H02AB02) и НПВП-содержащих капель определяет врач-офтальмолог.

- Рекомендуется проведение инстилляций дексаметазона** (H02AB02) в комбинации с инстилляциями НПВП-содержащих капель: пациентам с подострым и вялотекущем течением увеита с целью индукции ремиссии [1, 2, 46-48]. (УДД 5, УУР С)

Комментарий: режим назначения, снижения дозы и отмены дексаметазона** (H02AB02) и НПВП-содержащих капель определяет врач-офтальмолог.

- Рекомендуется назначение #метотрексата** (L01BA) в дозе 10-15 мг/м²/нед перорально или подкожно 1 раз в неделю при неэффективности местного лечения увеита (недостижение ремиссии в течение 3 месяцев) или при тяжелом течении увеита (независимо от длительности местной терапии) с целью индукции ремиссии увеита, ассоциированного с РеА [1, 2, 79, 80, 81]. (УДД 5, УУР С)

Комментарий: подкожный способ введения #метотрексата** (L01BA) является предпочтительным, так как обеспечивает стабильную биодоступность.

При непереносимости #метотрексата** для подкожного введения назначается #метотрексат** для перорального приема.

- Рекомендуется назначение #фолиевой кислоты** (B03BB) в дозе 1 мг каждый день (кроме дня введения метотрексата) перорально в период приема #метотрексата** (L01BA) с целью предотвращения побочных эффектов применения #метотрексата** (L01BA) [1, 2, 80, 82]. (УДД 5, УУР С)

Комментарий: #фолиевая кислота** (B03BB) вне возрастных показаний назначается по жизненным показаниям, по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей старше 15 лет.

3.2. Основные принципы лечения реактивного артрита

1. Главной целью лечения пациентов с РеА является отсутствие симптомов воспалительной активности.

2. Определение цели, выбор терапии должен базироваться на индивидуальных особенностях ребенка и согласовываться с родителем/пациентом.

3. Частота проведения контроля зависит от активности заболевания.

4. Терапия должна корректироваться до тех пор, пока цель не будет достигнута.

5. Мониторинг должен быть постоянным для обеспечения контроля сохранения ремиссии (цели).

6. При сохранении суставного синдрома и/или отсутствии ремиссии увеита на фоне терапии, необходима смена диагноза на юношеский артрит и лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по юношескому артриту.

3.3. Немедикаментозное лечение

- Рекомендуется в периоды обострения заболевания ограничивать двигательный режим

ребенка с целью обеспечения лечебно-охранительного режима [2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: в периоды обострения заболевания следует ограничивать двигательный режим ребенка. Бег, прыжки, активные игры в период обострения нежелательны. Полная иммобилизация не показана. Физические упражнения способствуют сохранению функциональной активности суставов. После выздоровления полезны езда на велосипеде, плавание, прогулки. Исключить психоэмоциональные нагрузки, пребывание на солнце. Полная иммобилизация суставов с наложением лонгет противопоказана, поскольку способствует развитию атрофии мышечной ткани, развитию остеопороза.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- Рекомендуется проведение (реализация услуг) медицинской реабилитации (Услуги по медицинской реабилитации пациента с системными поражениями соединительной ткани, воспалительными артропатиями, спондилопатиями) пациентам с РеА с нарушением функциональной активности ввиду суставного синдрома с целью восстановления функциональной активности [2, 49]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение физиотерапии всем пациентам с поражением суставов, мышечной атрофией, стероидной миопатией при достижении стадии неактивной болезни/ремиссии [2, 49]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: разрабатывается план, формулируются цель и задачи применения физиотерапии у пациента с РеА при реализации индивидуальной программы реабилитации; методы физиотерапии механотерапия, методы и санаторно-курортного лечения (воздействие климатом, грязевые ванны, ванны минеральные лечебные) выбираются в зависимости от различных периодов течения заболевания.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1. Профилактика

Первичная профилактика не проводится.

- Рекомендуется проведение профилактики осложнений и обострений всем пациентам с РеА с целью предотвращения прогрессирования заболевания инвалидизации детей [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: обеспечивается охранительный режим (ограничиваются психоэмоциональные и физические нагрузки, в период обострения дети обучаются на дому и посещают школу в стадии неактивной болезни/ремиссии, ограничиваются контакты с целью уменьшения риска развития инфекционных заболеваний); исключаются инсоляция, поездки в регионы с высоким уровнем инсоляции и применение УФО, обязательно используются солнцезащитные кремы, рекомендуется ношение одежды, максимально закрывающей кожу, головных уборов с полями; предупреждается переохлаждение; разрабатывается индивидуальный подход к вакцинации; исключается применение иммуномодуляторов.

5.2. Диспансерное наблюдение пациентов с реактивным артритом в условиях дневного стационара или в амбулаторно-поликлинических условиях

Обследование проводится 1 раз в 3-6 мес: через 3 и 6 мес. после назначения терапии; далее каждые 6 мес. с целью контроля эффективности и безопасности терапии, выявления осложнений заболевания, сопутствующей патологии [50].

Примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду пункт 2.1, а не пункт 2.1.1.

Жалобы и анамнез – см. [пункт 2.1.1](#).

Примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду пункт 2.2, а не пункт 2.1.2.

Физикальное обследование – см. [пункт 2.1.2](#).

- Рекомендуется проведение оценки эффективности лечения и безопасности противоревматической терапии пациентам с установленным диагнозом РеА, получающим иммуносупрессивную терапию, в условиях дневного стационара или в амбулаторно-поликлинических условиях, через 3 мес после назначения терапии; через 6 мес после назначения терапии; далее каждые 6 мес с целью решения вопроса о продолжении/коррекции терапии [2, 50]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: основная цель лечения – клиническая ремиссия, отсутствие симптомов воспалительной активности.

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный всем пациентам с РеА с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии [1, 2, 50]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога повторный (с оценкой эффективности и безопасности терапии не реже 1 раза в мес. после инициации/коррекции терапии через 3 мес после назначения терапии; через 6 мес после назначения терапии; далее каждые 6 мес) с целью решения вопроса о продолжении/коррекции терапии [1, 2, 50]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-педиатра всем пациентам с целью обеспечения преемственности терапии [1, 2, 50]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового пациентам с РеА при отсутствии врача-ревматолога по месту жительства не реже 1 раза в мес. после инициации/коррекции терапии через 3 мес после назначения терапии; через 6 мес после назначения терапии; далее каждые 6 мес с целью решения вопроса о продолжении/коррекции терапии с целью организации диспансерного наблюдения, оценки эффективности и безопасности терапии [1, 2, 50]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за детьми с

ревматическими заболеваниями при отсутствии врача-ревматолога по месту жительства пациента, диспансерное наблюдение осуществляется врачом-педиатром участковым, врачом-педиатром или врачом общей практики (семейным врачом) медицинской организации.

- Рекомендуется исследование скорости оседания эритроцитов, исследование уровня эритроцитов в крови, исследование уровня лейкоцитов в крови, исследование уровня тромбоцитов в крови, проведение дифференцированного подсчета лейкоцитов (лейкоцитарная формула), исследование уровня общего гемоглобина в крови всем пациентам с целью выявления активности болезни и контроля безопасности противоревматических препаратов [1, 2, 51]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: показатели общего (клинического) анализа крови должны быть в пределах нормальных значений. Одно-, двух или трехростковая цитопения может быть нежелательным проявлением лечения иммунодепрессанта.

Лейкопения наиболее часто развивается при применении #сульфасалазина**, реже – на фоне #метотректа**.

Тромбоцитопения может развиваться на фоне лечения любым иммунодепрессантом.

При наличии данных о повторных эпизодах развития тромбоцитопении проводится коррекция терапии.

- Рекомендуется прекращение инъекций/приема иммунодепрессантов (в течение 7 дней) всем пациентам при снижении числа тромбоцитов $\leq 150 > 100 \times 10^9/\text{л}$, числа нейтрофилов $< 1,5 \geq 1,0 \times 10^9/\text{л}$, в общем (клиническом) анализе крови с целью контроля нежелательных явлений на фоне терапии [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется отмена иммунодепрессанта всем пациентам при снижении абсолютного числа нейтрофилов $< 1,0 \times 10^9/\text{л}$ и/или числа тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$ в общем (клиническом) анализе крови, с целью предотвращения прогрессирования цитопении [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: общий (клинический) анализ крови повторить через неделю.

- Рекомендуется назначение колониестимулирующего фактора #филграстима** (ЛО3АА) в дозе 5-10 мкг/кг/сутки подкожно при лейкопении с абсолютным числом нейтрофилов $\leq 1,0 \times 10^9/\text{л}$ в течение 3-5 дней (при необходимости – дольше) до полной нормализации числа лейкоцитов и нейтрофилов [1, 2, 52, 53]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется назначение колониестимулирующего фактора #филграстима** (ЛО3АА) 5-10 мкг/кг/сутки подкожно в сочетании с антибактериальными препаратами системного действия (JO1) внутривенно при фебрильной нейтропении (нейтропения, сопровождающаяся лихорадкой) с абсолютным числом нейтрофилов $\leq 1,0 \times 10^9/\text{л}$ [1, 2, 52, 53]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: лечение #филграстимом** (ЛО3АА) проводится в течение 3-5 дней (при необходимости – дольше) до полной нормализации числа лейкоцитов и нейтрофилов.

- Рекомендуется возобновить лечение иммунодепрессантом в той же дозе всем пациентам после восстановления числа нейтрофилов $\geq 1,5 \times 10^9/\text{л}$. по данным общего (клинического) анализа крови с целью поддержания ремиссии РеА [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение коррекции терапии иммунодепрессантом, всем пациентам при наличии данных о повторных эпизодах снижения числа клеток крови в общем (клиническом) анализе крови, с целью контроля нежелательных явлений на фоне терапии [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови, исследование уровня глюкозы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови всем пациентам с целью контроля активности заболевания, функции печени, почек, поджелудочной железы в условиях проведения иммуносупрессивной терапии [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: повышение уровня креатинина и/или мочевины, и/или мочевой кислоты, и/или общего билирубина; повышение активности ЛДГ и/или АЛТ, и/или АСТ, и/или ГГТ, и/или ЩФ может быть нежелательным проявлением лечения НПВП и/или иммунодепрессантом.

- Рекомендуется временная отмена иммунодепрессанта при повышении уровня АЛТ, АСТ в сыворотке крови $\geq 1,5$ раза выше верхней границы нормы и/или повышении уровня общего билирубина, свободного (неконъюгированного) и/или связанного (конъюгированного) билирубина, и/или мочевины, и/или креатинина, и/или мочевой кислоты и/или другого (их) биохимического (их) показателя (ей) выше верхней границы нормы всем пациентам с целью предотвращения развития жизнеугрожающего осложнения [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: повторить биохимический анализ крови общетерапевтический через неделю.

- Рекомендуется возобновление терапии иммунодепрессантом всем пациентам в той же дозе после нормализации показателей анализа крови биохимического общетерапевтического с целью поддержания ремиссии РеА [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение коррекции терапии иммунодепрессантом всем пациентам при наличии данных о повторных эпизодах повышения биохимического(их) показателя(ей) с целью контроля нежелательных явлений на фоне терапии [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови всем пациентам с целью определения выраженности воспалительного процесса [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: повышении уровня С-реактивного белка в сыворотке крови – признак присоединения вторичной инфекции или обострения РеА.

- Рекомендуется определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, качественное исследование, определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) методом ПЦР качественное исследование в моче всем пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией с целью выявления активной герпетической инфекции как инфекционного осложнения, развившегося в условиях лечения иммунодепрессантами [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК

цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, качественное исследование, определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в моче методом ПЦР качественное исследование всем пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией с целью выявления активной герпетической инфекции как инфекционного осложнения, развившегося в условиях лечения иммунодепрессантами [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование, определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в мазках со слизистой ротоглотки качественное исследование, определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР качественное исследование в моче всем пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией с целью выявления активной герпетической инфекции как инфекционного осложнения, развившегося в условиях лечения иммунодепрессантами [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови всем пациентам при выявлении интерстициальных и/или очаговых, и/или инфильтративных изменений в легких по данным компьютерной томографии органов грудной полости; пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией с целью выявления активной герпетической инфекции как инфекционного осложнения, развившегося в условиях лечения иммунодепрессантами [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (Epstein-Barr virus) в крови всем пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией с целью выявления активной герпетической инфекции как инфекционного осложнения, развившегося в условиях лечения иммунодепрессантами [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител к капсидному антигену (VCA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови всем пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией с целью выявления активной герпетической инфекции как инфекционного осложнения, развившегося в условиях лечения иммунодепрессантами [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител класса G (IgG) к ранним белкам (EA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови всем пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией с целью выявления активной герпетической инфекции как инфекционного осложнения, развившегося в условиях лечения иммунодепрессантами [1, 4, 19, 21, 22] (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus) в крови всем пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией с целью

выявления активной герпетической инфекции как инфекционного осложнения, развившегося в условиях лечения иммунодепрессантами [1, 4, 19, 21, 22]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется назначение #ацикловира** (J05AB) в дозе 200 мг в сутки перорально в 5 приемов (не более 1000 мг/сутки) детям в возрасте старше 2 лет или в дозе 5-10 мг/кг/введение внутривенно каждые 8 часов при развитии локальной герпетической инфекции; назначение #ацикловира** в дозе 10 мг/кг/введение внутривенно каждые 8 часов у детей в возрасте < 1 года; в дозе 500 мг/м² внутривенно каждые 8 часов у детей в возрасте \geq 1 года при развитии Herpes zoster в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению герпесвирусных инфекций у детей, в том числе имеющих иммунокомпрометированный статус [54, 54-59]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: #ацикловир** (J05AB) у детей в возрасте < 3 лет назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей.

Лечение #ацикловиром** проводится в течение 7-10 дней до полного исчезновения герпетических высыпаний.

- Рекомендуется назначение #ганцикловира** (J05AB) в дозе 6 мг/кг/введение внутривенно каждые 12 часов в течение 14-21 дня при развитии цитомегаловирусной инфекции или #ганцикловира** (J05AB) в дозе 10 мг/кг/введение внутривенно каждые 12 часов в течение 14-21 дня при развитии Эпштейна-Барр вирусной инфекции в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению иммунокомпрометированных детей [54, 55, 60-62]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: #ганцикловир** (J05AB) у детей в возрасте < 12 лет назначается по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и разрешения локального этического комитета медицинской организации.

- Рекомендуется временная отмена иммунодепрессанта всем пациентам при развитии инфекции, вызванной герпес-вирусами [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: прием иммунодепрессанта прекращается на время проведения противовирусной терапии.

- Рекомендуется возобновление терапии иммунодепрессантом всем пациентам не ранее, чем через 1 неделю после полного купирования клинических и лабораторных признаков инфекции и окончания противовирусной терапии [1, 2]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение обследования на наличие/отсутствие туберкулеза (очаговая проба с туберкулином, тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении**, исследование уровня интерферона-гамма на антигены *Mycobacterium tuberculosis complex* в крови, компьютерная томография органов грудной полости) всем пациентам, получающим иммунодепрессанты, не реже 1 раза в год [2, 63-68]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется отмена иммунодепрессанта всем пациентам с выявленной положительной внутрикожной пробой с туберкулином (папула > 5 мм) и/или повышением уровня интерферона-гамма, и/или поражения легких, и/или внутригрудных лимфатических узлов [2]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный всем пациентам с выявленной положительной внутрикожной пробой с туберкулином (папула > 5 мм) и/или повышением уровня интерферона-гамма и/или поражением легких и/или внутригрудных лимфатических узлов с целью решения вопроса о дальнейшем обследовании

и проведении специфической терапии [2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: при выявлении туберкулезной инфекции без очага проводится специфическая противотуберкулезная химиотерапия в течение 3-6 мес (по решению фтизиатра). Лечение иммунодепрессантом продолжается под контролем врача-ревматолога, общего (клинического) и биохимического общетерапевтического анализов крови.

- Рекомендуется возобновление терапии иммунодепрессантом всем пациентам после завершения специфической противотуберкулезной терапии и консультации врача-фтизиатра [2]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител к сальмонелле кишечной (*Salmonella enterica*) в крови, определение антител к сальмонелле тифи (*Salmonella typhi*) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (*Yersinia pseudotuberculosis*) в крови, определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика (*Yersinia enterocolitica*) в крови пациентам с подозрением на сальмонеллезную инфекцию с целью выявления инфицированности бактериями кишечной группы, развившейся в условиях лечения иммунодепрессантами [1, 4, 17-19, 28, 69]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (*Shigella boydii*) в крови, определение антител классов к шигелле дизентерии (*Shigella dysenteriae*) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (*Shigella sonnei*) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (*Shigella flexneri*) в крови пациентам с подозрением на шигеллезную и/или иерсиниозную инфекции с целью выявления инфицированности бактериями кишечной группы, развившейся в условиях лечения иммунодепрессантами [1, 4, 17-19]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение этиотропной терапии при выявлении антител классов А и М в диагностическом титре, а также антител класса G в высоком титре к иерсинии псевдотуберкулеза (*Yersinia pseudotuberculosis*), к сероварам иерсинии энтероколитика (*Yersinia enterocolitica*), к сальмонелле кишечной (*Salmonella enterica*), к сальмонелле тифи (*Salmonella typhi*) в крови в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению кишечной инфекции у детей [17, 18, 20, 70]. (УДД 4, УУР С)

Комментарии: инъекции/прием иммунодепрессанта прекращаются на весь период лечения антибактериальными препаратами системного действия.

Лечение иммунодепрессантом возобновляется не раньше, чем через 1 неделю после снижения лабораторных маркеров инфекции и окончания антибактериальной терапии.

- Рекомендуется определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (*Chlamydia psittaci*) в крови; определение антител к хламидии трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) в крови; определение антител к хламидии пневмонии (*Chlamydia pneumoniae*) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (*Mycoplasma pneumoniae*) в крови пациентам с подозрением на хламидийную инфекцию с целью выявления инфицированности микоплазмами и хламидиями, развившейся в условиях лечения иммунодепрессантами [1, 4, 8, 17-20]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется проведение этиотропной терапии при выявлении антител классов А и М в диагностическом титре, а также антител класса G в высоком титре к микоплазме пневмонии (*Mycoplasma pneumoniae*), к хламидии трахоматис (*Chlamydia trachomatis*), к хламидии птичьей (*Chlamydia Psittaci*), хламидии пневмонии (*Chlamydia pneumoniae*) в крови всем пациентам в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению микоплазменной и хламидийной инфекции у детей [8, 17, 18, 20, 70]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: инъекции/прием иммунодепрессанта прекращаются на весь период лечения антибактериальными препаратами системного действия. Лечение иммунодепрессантом возобновляется не раньше, чем через 1 неделю после снижения лабораторных маркеров инфекции и окончания антибактериальной терапии.

- Рекомендуется проведение микробиологического (культурального) исследования слизи с миндалин и задней стенки глотки пациентам, получающим иммунодепрессанты, для выявления контаминации носоглотки патогенными или условно патогенными микроорганизмами [1, 2, 18]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: при выявлении контаминации носоглотки патогенными и/или условно патогенными микроорганизмами проводится консультация врача-оториноларинголога для решения вопроса о санации.

При отсутствии клинических проявлений терапия иммунодепрессантом не прекращается.

При наличии воспалительных изменений в носоглотке проводится антибактериальная терапия. Прием иммунодепрессанта прекращаются на время проведения противовирусной терапии. Лечение иммунодепрессантом возобновляется не раньше, чем через 1 неделю после полного купирования клинических и лабораторных признаков инфекции и окончания противовирусной терапии.

- Рекомендуется проведение общего (клинического) анализа мочи всем пациентам с целью контроля состояния функции почек [2, 3]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется регистрация электрокардиограммы всем пациентам с целью контроля состояния функции сердца [2, 24]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется проведение комплексного ультразвукового исследования внутренних органов всем пациентам с целью выявления/исключения патологических изменений [2]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: проводится всем пациентам. Включает ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), почек. При обследовании могут выявляться: незначительное увеличение печени, дискинезия желчевыводящих путей, реактивные изменения в поджелудочной железе, утолщение стенок желчного пузыря, утолщение стенок желудка, кишечника. Все изменения могут быть связаны с нежелательными явлениями лечения НПВП и/или иммунодепрессантов.

- Рекомендуется проведение эхокардиографии всем пациентам с целью контроля состояния функции сердца, выявления поражения миокарда, перикарда, эндокарда [2, 24]. (УДД 4, УУР С)

- Рекомендуется проведение ультразвукового исследования сустава всем пациентам с целью контроля эффективности терапии [1, 2, 25]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение компьютерной томографии органов грудной полости с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) или без его применения пациентам, получающим иммунодепрессанты, для исключения пневмонии, пневмонита, туберкулеза [1, 2, 9, 9, 31, 71, 72]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: при лечении иммунодепрессантами может развиваться пневмония (интерстициальная, очаговая, долевая, полисегментарная).

- Рекомендуется назначение антибактериальных препаратов системного действия (JO1),

влияющих на грамположительную, грамотрицательную и анаэробную флору (комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (JO1CR); цефалоспорины 4-го поколения (JO1DE); карбапенемы (JO1DH), другие антибактериальные препараты (JO1X)) в сочетании с противогрибковыми препаратами системного действия (JO2A) при развитии очаговой или долевого пневмонии, или полисегментарной пневмонии в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению пневмонии у иммунокомпрометированных детей [71]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: антибактериальные препараты системного действия (JO1) вне возрастных показаний назначаются по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей.

- Рекомендуется временная отмена терапии иммунодепрессантом всем пациентам при подозрении/развитии пневмонии [1, 2, 73]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: лечение иммунодепрессантом прекращается на время проведения антибактериальной терапии.

- Рекомендуется возобновление терапии иммунодепрессантом всем пациентам не ранее, чем через 1 неделю после полного купирования пневмонии по данным лабораторных исследований, контрольной компьютерной томографии органов грудной полости с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) или без его применения и окончания антибактериальной терапии [1, 2, 73]. (УДД 5, УУР С)

Комментарии: назначение/коррекция терапии проводится после купирования клинических, рентгенологических и лабораторных признаков интерстициальной пневмонии.

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный/повторный всем пациентам для выявления очагов хронической инфекции ЛОР органов и решения вопроса об их санации для профилактики инфекционных осложнений в условиях лечения иммунодепрессантами с целью оценки эффективности санации ЛОР органов у пациентов, у которых она проведена [1, 3, 6]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный с обязательной биомикроскопией глаза всем пациентам для исключения увеита [1, 10, 25, 35, 74, 75]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный всем пациентам с функциональной недостаточностью суставов, подвывихах, болью в спине, с целью решения вопроса о проведении реконструктивных операций [2, 34, 37, 38]. (УДД 5, УУР С)

- Рекомендуется проведение коррекции противоревматической терапии в условиях ревматологического отделения стационара/дневного стационара/амбулаторно-поликлинических условиях, инициировавшем лечение иммунодепрессантом при недостижении стадии неактивной болезни через 3 мес., ремиссии – через 6 мес., и далее каждые 6 мес., а также на любом этапе лечения при развитии нежелательных явлений на фоне лечения иммунодепрессантом [2, 73]. (УДД 5, УУР С)

6. Организация оказания медицинской помощи

6.1. Показания к госпитализации и выписке пациентов

Подозрение на РеА

Проведение диагностики, в том числе дифференциальной диагностики и назначения противоревматической терапии всем пациентам проводится в условиях ревматологического отделения стационара/дневного стационара/в амбулаторно-поликлинических условиях.

Показания к выписке

- Завершение обследования; постановка диагноза РеА.
- Назначение терапии НПВП или иммуносупрессивной терапии.
- Отсутствие побочных эффектов, непереносимости.
- Стабилизация состояния на фоне лекарственной терапии.

Установленный диагноз РеА, активная стадия

Обследование и коррекция терапии при ее неэффективности всем пациентам проводится в условиях ревматологического отделения стационара/дневного стационара/в амбулаторно-поликлинических условиях.

Показания к выписке

- Завершение обследования.
- Коррекция терапии.
- Отсутствие побочных эффектов, непереносимости лекарственных препаратов.

Установленный диагноз РеА в стадии ремиссии

Контроль эффективности и безопасности противоревматической терапии проводится в условиях ревматологического отделения стационара/дневного стационара/в амбулаторно-поликлинических условиях через 3 мес. после назначения терапии; через 6 мес. после назначения терапии; далее каждые 6 мес.

Показания к выписке

- Завершение обследования.
- Отсутствие побочных эффектов, непереносимости лекарственных препаратов.

6.2. Нормативно-правовые документы, в соответствии с которыми оказывается медицинская помощь детям с реактивным артритом

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 года N 441н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "ревматология" (с изменениями на 12 октября 2016 года), зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 25 декабря 2012 года, регистрационный N 26370.

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 октября 2015 г. N 700н (ред. от 09.12.2019 г.) "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование", (Зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 12 ноября 2015 года, регистрационный N 39696).

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. N 206н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием", (Зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 01 июня 2023 года, регистрационный N 73677).

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 года N 878н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей", Зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 23 декабря 2019 года, регистрационный N 56954.

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 г. N 231н (ред. от 21.02.2022 г.) "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения" (Зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г. N 63410).

6. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 г. N 108н (ред. от 13.12.2022 г.) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (Зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 года N 54643).

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2022 N 789н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н". (Зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 30 декабря 2022 г. N 71905).

8. Поправка 14.1. к Статье 37. Организация оказания медицинской помощи Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 13.07.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 29.06.2022 г.) "В стандарты медицинской помощи детям и клинические рекомендации допускается включение зарегистрированного на территории Российской Федерации лекарственного препарата, применяемого в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению, в случае соответствия такого лекарственного препарата требованиям, установленным Правительством Российской Федерации. Перечень заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при которых допускается применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению, устанавливается Правительством Российской Федерации.

9. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 16 мая 2022 г. N 1180-р "Перечень заболеваний или состояний (группы заболеваний или состояний), при которых допускается применение лекарственного препарата в соответствии с показаниями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению".

10. Постановление Правительства Российской Федерации от 27 октября 2023 г. N 1799 "Об утверждении требований к зарегистрированному на территории Российской Федерации лекарственному препарату, применяемому в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению, включение которого допускается в стандарты медицинской помощи детям и клинические рекомендации".

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

7.1. Исходы и прогноз

У большинства детей с РеА, ассоциированным с *Yersinia* и *Campylobacter*, наблюдается 1 эпизод моноартрита или олигоартрита.

Для РеА, обусловленного с другими микроорганизмами, характерно рецидивирующее течение олигоартрита или развитие полиартрита и энтезитов. У этих пациентов возможно

выздоровление или трансформация в артрит, ассоциированный с энтезитом, или в спондилоартрит с поражением крестцово-подвздошных сочленений. При сохранении суставного синдрома более 6 месяцев, диагностируется хроническая форма артрита. Выявлены прогностически неблагоприятные факторы, указывающие на возможность более тяжелого и длительного течения заболевания: мужской пол, возраст дебюта младше 16 лет, наличие положительного HLAB-27 антигена, дактилит, олигоартрит, сакроилеит. Прогноз у детей с РеА, вызванным с Chlamydia и Yersinia, лучше, чем при РеА, обусловленном с Shigella и Salmonella [1, 2].

Критерии оценки качества медицинской помощи

Организационно-технические условия оказания медицинской помощи

Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Стационарно/в дневном стационаре
Форма оказания медицинской помощи	Плановая

Таблица 1. Критерии оценки качества первичной диагностики для установления диагноза реактивный артрит

N	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств
1	Диагностика, в том числе дифференциальная диагностика, всем пациентам с подозрением на РеА выполнена в условиях ревматологического стационара/дневного стационара/в амбулаторно-поликлинических условиях	С
2	Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов, исследование уровня эритроцитов в крови, исследование уровня лейкоцитов в крови, исследование уровня тромбоцитов в крови, проведение дифференцированного подсчета лейкоцитов (лейкоцитарная формула), исследование уровня общего гемоглобина в крови	С
3	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови, исследование уровня глюкозы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование уровня железа сыворотки крови	С
4	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	С
5	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови	С
6	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови пациентам с частыми эпизодами инфекционных заболеваний	С
7	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК; определение содержания ревматоидного фактора (РФ) в крови, определение содержания антител к циклическому цитруллиновому пептиду (анти-CCP) в крови	С
8	Выполнено определение основных групп по системе АВ0, определение	С

	подгруппы и других групп крови меньшего значения А-1, А-2, D, Сс, Е, Kell, Duffy, определение антигена D системы Резус (резус-фактор) пациентам перед проведением инвазивных исследований (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия с биопсией, биопсия кости)	
9	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в крови пациентам с подозрением на септический артрит и с лихорадкой	С
10	Выполнено определения антигена HLA-B27 методом проточной цитофлуориметрии	С
11	Выполнено проведение общего (клинического) анализа мочи	С
12	Выполнена очаговая проба с туберкулином (реакция Манту, тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении**) или исследование уровня интерферона-гамма на антигены <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в крови	С
13	Выполнено определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (<i>Chlamydia psittaci</i>) в крови; определение антител к хламидии пневмонии (<i>Chlamydia pneumoniae</i>) в крови, определение антител к хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в крови определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>) в крови	С
14	Выполнено определение антител к сальмонелле кишечной (<i>Salmonella enterica</i>) в крови, определение антител к сальмонелле тифи (<i>Salmonella typhi</i>) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в крови, определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика (<i>Yersinia enterocolitica</i>) в крови	С
15	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (<i>Shigella boydii</i>) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле дизентерии (<i>Shigella dysenteriae</i>) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (<i>Shigella sonnei</i>) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (<i>Shigella flexneri</i>) в крови	С
16	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein – Barr virus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein – Barr virus) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, качественное исследование, определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein – Barr virus) методом ПЦР качественное исследование в моче	С
17	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, качественное исследование, определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в моче методом ПЦР качественное исследование	С
18	Выполнено определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование, определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в мазках со слизистой ротоглотки качественное исследование, определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР качественное исследование в моче	С
19	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к	С

	цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови	
20	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (Epstein-Barr virus) в крови	С
21	Выполнено определение антител к капсидному антигену (VCA) вируса Эпштейна-Барра (Epstein-Barr virus) в крови	С
22	Выполнено определение антител класса G (IgG) к ранним белкам (EA) вируса Эпштейна-Барра (Epstein-Barr virus) в крови	С
23	Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus) в крови	С
24	Выполнено определение антител классов М (IgM) и G (IgG) к возбудителям иксодовых клещевых боррелиозов группы <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> в крови, пациентам, у которых есть анамнестические данные о походе в лес, проживании в районах, эндемичных по распространению клеща, укусе клеща	С
25	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	С
26	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), ультразвуковое исследование почек	С
27	Выполнена эхокардиография	С
28	Выполнена регистрация электрокардиограммы	С
29	Выполнено ультразвуковое исследование сустава	С
30	Выполнена рентгенография височно-нижнечелюстного сустава и/или рентгенография межпозвоночных сочленений, и/или рентгенография локтевого сустава, и/или рентгенография лучезапястного сустава, и/или рентгенография коленного сустава, и/или рентгенография плечевого сустава, и/или рентгенография тазобедренного сустава, и/или рентгенография голеностопного сустава, и/или рентгенография акромиально-ключичного сочленения, и/или рентгенография грудинно-ключичного сочленения, и/или рентгенография кисти и/или рентгенография стопы в двух проекциях или компьютерная томография сустава с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) или без его применения всем пациентам с поражением суставов	С
31	Выполнена магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) или без его применения с контрастированием пациентам со стойким суставным синдромом и/или клинической картиной, не типичной для РеА	С
32	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) или без его применения пациентам при наличии жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта	С
33	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование биоптатов слизистой желудка хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) пациентам при наличии воспалительных и/или эрозивных, и/или язвенных изменений по данным эзофагогастродуоденоскопии	С
34	Выполнено проведение колоноскопии с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) с биопсией толстой кишки с помощью эндоскопии и патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала толстой кишки пациентам с	С

	лихорадочным синдромом и/или клиническими проявлениями поражения кишечника, и/или повышенным уровнем кальпротектина в кале	
35	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) или без его применения	С
36	Выполнена биопсия кости с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) с патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала костной ткани пациентам с очагами деструкции в костях и клинической картиной, не типичной для РеА	С
37	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный	С
38	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	С
39	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	С
40	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный пациентам с положительными очаговыми пробами с туберкулином и/или повышенным уровнем интерферона-гамма на антигены <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в крови и/или инфильтративными очагами в легких	С
41	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача – травматолога-ортопеда первичный пациентам с деструктивными изменениями, а также с деформациями в костях, не типичными для РеА	С
42	Выполнен осмотр (консультация) врачом – анестезиологом-реаниматологом первичный всем пациентам, которым планируется проведение поднаркозных исследований для оценки их состояния	С

Таблица 2. Критерии оценки качества лечения реактивного артрита

N	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств
1	Выполнено назначение противоревматической терапии всем пациентам после проведения диагностики, в том числе дифференциальной диагностики, и установления/подтверждения диагноза РеА в условиях ревматологического стационара или дневного стационара	С
2	Выполнено назначение НПВП у пациентов с установленным диагнозом РеА	С
3	Выполнено назначение терапии антибактериальными препаратами системного действия (J01), в зависимости от выявленного провоцирующего фактора РеА	С
4	Выполнено внутрисуставное введение бетаметазона** (H02AB) (в дозе 4 мг) детям старше 3-х лет в соответствии с инструкцией по применению препарата при наличии активного моно- или олигоартрита не чаще 1 раза в 4 мес	С
5	Выполнено назначение #сульфасалазина** (A07EC01) (максимальная доза 2000 мг/сут) пациентам с РеА с неэффективностью сочетания НПВП (M01A), терапии антибактериальными препаратами системного действия (J01) и внутрисуставного введения ГК	С
6	Выполнено назначение местной терапии всем пациентам с увеитом, ассоциированным с РеА	С
7	Выполнен форсаж дексаметазоном** (H02AB02) в соответствии с	С

	инструкцией по применению препарата в комбинации с НПВП-содержащими каплями (диклофенак**) пациентам с острым течением увеита	
8	Выполнены инстилляции дексаметазона** (H02AB02) в комбинации с инстилляциями НПВП-содержащих капель пациентам с подострым и вялотекущим течением увеита	С
9	Выполнено назначение #метотрексата** (L01BA) в дозе 10-15 мг/м ² /нед перорально или подкожно 1 раз в неделю при неэффективности местного лечения увеита (недостижение ремиссии в течение 3 месяцев) или при тяжелом течении увеита (независимо от длительности местной терапии)	С
10	Выполнено назначение #фолиевой кислоты** (B03BB) в дозе 1 мг каждый день (кроме дня введения метотрексата) перорально в период приема #метотрексата** (L01BA)	С

Таблица 3. Критерии оценки качества диспансерного наблюдения пациентов с реактивным артритом, включая контроль безопасности терапии, в условиях дневного стационара или в амбулаторно-поликлинических условиях

N	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств
1	Выполнен контроль эффективности и безопасности противоревматической терапии всем пациентам с установленным диагнозом РеА в условиях дневного стационара или в амбулаторно-поликлинических условиях через 3 мес. после назначения терапии; через 6 мес. после назначения терапии; далее каждые 6 мес.	С
2	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный	С
3	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога повторный с оценкой эффективности и безопасности терапии не реже 1 раза в мес. после инициации/коррекции терапии через 3 мес после назначения терапии; через 6 мес после назначения терапии; далее каждые 6 мес с целью решения вопроса о продолжении/коррекции терапии	С
4	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	С
5	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового пациентам с РеА при отсутствии врача-ревматолога по месту жительства не реже 1 раза в мес. после инициации/коррекции терапии через 3 мес после назначения терапии; через 6 мес после назначения терапии; далее каждые 6 мес с целью решения вопроса о продолжении/коррекции терапии	С
6	Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов, исследование уровня эритроцитов в крови, исследование уровня лейкоцитов в крови, исследование уровня тромбоцитов в крови, проведение дифференцированного подсчета лейкоцитов (лейкоцитарная формула), исследование уровня общего гемоглобина в крови	С
7	Выполнено прекращение инъекций/приема иммунодепрессантов (в течение 7 дней) при снижении числа тромбоцитов $\leq 150 > 100 \times 10^9/\text{л}$, числа нейтрофилов $< 1,5 \geq 1,0 \times 10^9/\text{л}$, в общем (клиническом) анализе крови	С
8	Выполнена отмена иммунодепрессанта всем пациентам при снижении абсолютного числа нейтрофилов $< 1,0 \times 10^9/\text{л}$ и/или числа тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$ в общем (клиническом) анализе крови	С

9	Выполнено назначение колониестимулирующего фактора #филграстима** в дозе 5-10 мкг/кг/сут. подкожно при лейкопении с абсолютным числом нейтрофилов $\leq 1,0 \times 10^9/\text{л}$ в течение 3-5 дней (при необходимости – дольше) до полной нормализации числа лейкоцитов и нейтрофилов	С
10	Выполнено возобновление лечения иммунодепрессантом в той же дозе после восстановления числа нейтрофилов $\geq 1,5 \times 10^9/\text{л}$ по данным общего (клинического) анализа крови	С
11	Выполнена коррекция терапии иммунодепрессантом при наличии данных о повторных эпизодах снижения числа клеток крови в общем (клиническом) анализе крови	С
12	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови, исследование уровня глюкозы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови	С
13	Выполнена временная отмена иммунодепрессанта при повышении уровня АЛТ, АСТ в сыворотке крови $\geq 1,5$ раза выше верхней границы нормы и/или повышении уровня общего билирубина, свободного (неконъюгированного) и/или связанного (конъюгированного) билирубина, и/или мочевины, и/или креатинина, и/или мочевой кислоты и/или другого(их) биохимического(их) показателя(ей) выше верхней границы нормы	С
14	Выполнено возобновление терапии иммунодепрессантом в той же дозе после нормализации показателей биохимического анализа крови общетерапевтического	С
15	Выполнена коррекция терапии иммунодепрессантом при наличии данных о повторных эпизодах повышения биохимического(их) показателя(ей)	С
16	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	С
17	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein – Barr virus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein – Barr virus) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, качественное исследование, определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein – Barr virus) методом ПЦР качественное исследование в моче пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией	С
18	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, качественное исследование, определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в моче методом ПЦР качественное исследование пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией	С
19	Выполнено определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование,	С

	определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в мазках со слизистой ротоглотки качественное исследование, определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР качественное исследование в моче пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией	
20	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови пациентам при выявлении интерстициальных и/или очаговых и/или инфильтративных изменений в легких по данным компьютерной томографии органов грудной полости, пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией	С
21	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (Epstein-Barr virus) в крови пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией	С
22	Выполнено определение антител к капсидному антигену (VCA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией	С
23	Выполнено определение антител класса G (IgG) к ранним белкам (EA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией	С
24	Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus) в крови пациентам, получающим иммунодепрессанты, пациентам с клиническими проявлениями герпетической инфекции, пациентам с интерстициальной пневмонией	С
25	Выполнено назначение #ацикловира** (J05AB) в дозе 200 мг перорально 5 раз в сутки (не более 1000 мг/сут.) детям в возрасте старше 2 лет или в дозе 5-10 мг/кг/введение внутривенно каждые 8 часов при развитии локальной герпетической инфекции; назначение #ацикловира** в дозе 10 мг/кг/введение внутривенно каждые 8 часов у детей в возрасте < 1 года; в дозе 500 мг/м ² внутривенно каждые 8 часов у детей в возрасте >= 1 года при развитии Herpes zoster	С
26	Выполнено назначение #ганцикловира** в дозе 6 мг/кг/введение внутривенно каждые 12 часов в течение 14-21 дня при развитии цитомегаловирусной инфекции или #ганцикловира** в дозе 10 мг/кг/введение внутривенно каждые 12 часов в течение 14-21 дня при развитии Эпштейна-Барр вирусной инфекции	С
27	Выполнено временная отмена иммунодепрессанта всем пациентам при развитии инфекции, вызванной герпес-вирусами	С
28	Выполнено возобновление терапии иммунодепрессантом всем пациентам не ранее, чем через 1 нед. после полного купирования клинических и лабораторных признаков инфекции и окончания противовирусной терапии	С
29	Выполнено обследование на наличие/отсутствие туберкулеза (очаговая проба с туберкулином, тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении**), исследование уровня интерферона-гамма на	С

	антигены <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в крови, компьютерная томография органов грудной полости) пациентам, получающим иммунодепрессанты в сочетании с (или без) ГК не реже 2 раз в год	
30	Выполнена отмена иммунодепрессанта и/или ГИБП всем пациентам с выявленной положительной внутрикожной пробой с туберкулином (папула > 5 мм) и/или повышением уровня интерферона-гамма, и/или поражения легких, и/или внутригрудных лимфатических узлов	С
31	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный всем пациентам с выявленной положительной внутрикожной пробой с туберкулином (папула > 5 мм) и/или повышением уровня интерферона-гамма и/или поражением легких и/или внутригрудных лимфатических узлов	С
32	Выполнено возобновление терапии иммунодепрессантом всем пациентам после завершения специфической противотуберкулезной терапии и консультации врача-фтизиатра	С
33	Выполнено определение антител к сальмонелле кишечной (<i>Salmonella enterica</i>) в крови, определение антител к сальмонелле тифи (<i>Salmonella typhi</i>) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в крови, определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика (<i>Yersinia enterocolitica</i>) в крови пациентам с подозрением на сальмонеллезную и/или иерсиниозную инфекции	С
34	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (<i>Shigella boydii</i>) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле дизентерии (<i>Shigella dysenteriae</i>) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (<i>Shigella sonnei</i>) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (<i>Shigella flexneri</i>) в крови	С
35	Выполнено проведение этиотропной терапии при выявлении антител классов А и М в диагностическом титре, а также антител класса G в высоком титре к иерсинии псевдотуберкулеза (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>), к сероварам иерсинии энтероколитика (<i>Yersinia enterocolitica</i>), к сальмонелле кишечной (<i>Salmonella enterica</i>), к сальмонелле тифи (<i>Salmonella typhi</i>) в крови	С
36	Выполнено определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (<i>Chlamydia psittaci</i>) в крови; определение антител к хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в крови; определение антител к хламидии пневмонии (<i>Chlamydia pneumoniae</i>) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>) в крови пациентам с подозрением на хламидийную инфекцию	С
37	Выполнено проведение этиотропной терапии при выявлении антител классов А и М в диагностическом титре, а также антител класса G в высоком титре к микоплазме пневмонии (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>), к хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>), к хламидии птичьей (<i>Chlamydia Psittaci</i>), хламидии пневмонии (<i>Chlamydia pneumoniae</i>) в крови	С
38	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и с задней стенки глотки на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы пациентам, получающим иммунодепрессанты	С
39	Выполнено проведение общего (клинического) анализа мочи	С
40	Выполнена регистрация электрокардиограммы	С
41	Выполнено комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов	С

42	Выполнена эхокардиография	С
43	Выполнено ультразвуковое исследование сустава	
44	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) или без его применения пациентам, получающим иммунодепрессанты	С
45	Выполнено назначение антибактериальных препаратов системного действия, влияющих на грамположительную, грамотрицательную и анаэробную флору (комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз; цефалоспорины 4-го поколения; карбапенемы, другие антибактериальные препараты) в сочетании с противогрибковыми препаратами системного действия при развитии очаговой или долевой пневмонии, или полисегментарной пневмонии	С
46	Выполнена временная отмена терапии иммунодепрессантом всем пациентам при подозрении/развитии пневмонии	С
47	Выполнено возобновление терапии иммунодепрессантом всем пациентам не ранее, чем через 1 нед. после полного купирования пневмонии по данным лабораторных исследований, контрольной компьютерной томографии органов грудной полости с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) или без его применения и окончания антибактериальной терапии	С
48	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный пациентам в условиях лечения иммунодепрессантами	С
49	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный с обязательной биомикроскопией глаза	С
50	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный пациентам с функциональной недостаточностью суставов, нарушением роста костей в длину, подвывихах, болью в спине	С
51	Выполнена коррекция противоревматической терапии в условиях ревматологического отделения стационара/дневного стационара/амбулаторно-поликлинических условиях, инициировавшем лечение иммунодепрессантом при недостижении стадии неактивной болезни через 3 мес., ремиссии – через 6 мес., и далее каждые 6 мес., а также на любом этапе лечения при развитии нежелательных явлений на фоне лечения иммунодепрессантом	С

Список литературы

1. Front Matter. Textbook of Pediatric Rheumatology. Elsevier 2016: i-iii.
2. Баранов А.А., Алексеева Е.И., editors. Ревматические болезни у детей. Москва: ПедиатрЪ 2016.
3. Stavropoulos PG, Soura E, Kanelleas A, et al. Reactive Arthritis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015; 29: 415 – 24. doi: 10.1111/jdv.12741
4. Postinfectious arthritis in pediatric practice – PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24371480/> (accessed 29 June 2024)
5. Nidavani R.B., Mahalakshmi A.M., Krishna K.L. Update on the diagnosis and management of Reactive arthritis (Reiter's syndrome)//Der Pharmacia Sinica. – 2015. – Т. 6. – N. 2. – С. 12-18.
6. Бельгов А.Ю. Реактивные артриты: диагностика и лечение//Лечебное дело. – 2009. – N. 2. – С. 45-53.
7. Denniston A.K. et al. Rheumatic disease//Retina Fifth Edition. – Elsevier, 2012. – С. 1415-1440. Front Matter. Textbook of Pediatric Rheumatology. Elsevier 2016.

8. <https://emedicine.medscape.com/article/331347-workup#с6?form=fpf>.
9. Казакова Т.В. и др. Реактивный артрит: клиника, диагностика и лечение//Лечебное дело. – 2010. – N. 1. – С. 11-22.
10. Саякбеков К.С., Саатова Г.М., Маймерова Г.Ш. Клинические особенности синдрома Рейтера у детей//Бюллетень науки и практики. – 2020. – Т. 6. – N. 5. – С. 137-146.
11. Голуб И.Е., Сорокина Л.В. Избранные вопросы по общей анестезиологии (методические рекомендации для клинических ординаторов, с правом переиздания). – 2005.
12. Михельсон, В.А., В.А. Сидоров, and С.М. Степаненко. "Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии." М.: "Дель рус (2007).
13. Salem GI, Gamal NM, Talaat EA, et al. Clinical Impact of the ABO Blood Type in Patients with Rheumatic Diseases: Is there a Link to the ABO and Rhesus? *Mediterr J Rheumatol*. 2021; 32: 237. doi: 10.31138/mjr.32.3.237
14. Limper M, de Kruif MD, Duits AJ, et al. The diagnostic role of Procalcitonin and other biomarkers in discriminating infectious from non-infectious fever. *J Infect*. 2010; 60: 409 – 16. doi: 10.1016/j.jinf.2010.03.016
15. Trujillo M., Nelson J.D. Suppurative and reactive arthritis in children//Seminars in Pediatric Infectious Diseases. – WB Saunders, 1997. – Т. 8. – N. 4. – С. 242-249.
16. Zhang H.T. et al. Meta-analysis of serum procalcitonin diagnostic test accuracy for osteomyelitis and septic arthritis in children//*Journal of Pediatric Orthopaedics B*. – 2023. – Т. 32. – N. 5. – С. 481-489.
17. Carter J.D., Hudson A.P. Reactive arthritis: clinical aspects and medical management//*Rheumatic Disease Clinics*. – 2009. – Т. 35. – N. 1. – С. 21-44.
18. Rihl M. et al. Reactive arthritis//*Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. – 2006. – Т. 20. – N. 6. – С. 1119-1137.
19. Ferreira Á, Marinho A, Vita P, et al. Post-Infectious Arthritis and Reactive Arthritis. *Infection and Autoimmunity*. Elsevier 2024: 749 – 82.
20. Дагбаева Д.В., Жолобова Е.С. Тактика терапии реактивных артритов, ассоциированных с кишечной инфекцией, у детей//*Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского*. – 2009. – Т. 87. – N. 1. – С. 55-59.
21. Miller L.M., Cassidy T.J. Postinfectious arthritis and related conditions in Nelson Textbook of Pediatrics 19th edition (2010) by by Richard E., Md Behrman (editor), Robert M., Md Kliegman (editor), Hal B., Md Jenson (editor) by WB Saunders. – 2007.
22. Plesca DA, Luminos M, Spatariu L, et al. Postinfectious arthritis in pediatric practice. *Maedica*. 2013; 8: 164 – 9.
23. Данилова Е.И. и др. Роль дисплазии соединительной ткани в развитии реактивных и инфекционных артритов у детей//*Оренбургский медицинский вестник*. – 2017. – N. 3 (19). – С. 10-15.
24. Nandini Moorthy L. et al. Poststreptococcal reactive arthritis in children: a retrospective study//*Clinical pediatrics*. – 2009. – Т. 48. – N. 2. – С. 174-182.
25. Molina D. L., Cedeño S. Reiter's Syndrome//*infection*. – Т. 10. – N. 11. – С. 12.
26. Сиротко О.В. Актуальные вопросы дифференциальной диагностики ревматоидного и реактивного артритов//*Вестник Витебского государственного медицинского университета*. – 2010. – Т. 9. – N. 4. – С. 75-84.
27. Rubalcava NS, Gadepalli SK. Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents. *Adv Pediatr*. 2021; 68: 121 – 42. doi: 10.1016/j.yapd.2021.05.005
28. Bentaleb I, Abdelghani KB, Rostom S, et al. Reactive Arthritis: Update. *Curr Clin Microbiol Rep*. 2020; 7: 124 – 32. doi: 10.1007/s40588-020-00152-6
29. Ruemmele FM, Veres G, Kolho KL, et al. Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease. *J Crohns Colitis*. 2014; 8: 1179 – 207. doi: 10.1016/j.crohns.2014.04.005

30. Sierra D, Wood M, Kolli S, Felipez LM. Pediatric Gastritis, Gastropathy, and Peptic Ulcer Disease. *Pediatr Rev.* 1 ноябрь 2018 г.; 39(11): 542 – 9.
31. Thomas T.A. Tuberculosis in children//*Pediatric Clinics of North America.* – 2017. – Т. 64. – N. 4. – С. 893.
32. Fonseca MB, Gomes FHR, Valera ET, Pileggi GS, Gonfiantini PB, Gonfiantini MB, Ferriani VPL, Carvalho LM. Signs and symptoms of rheumatic diseases as first manifestation of pediatric cancer: diagnosis and prognosis implications. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 2017 Jul-Aug; 57(4): 330-337. English, Portuguese. doi: 10.1016/j.rbre.2017.01.007. Epub 2017 Feb 10. PMID: 28743360.
33. Alias A, Rodriguez EJ, Bateman HE, Sterrett AG, Valeriano-Marcet J. Rheumatology and oncology: an updated review of rheumatic manifestations of malignancy and anti-neoplastic therapy. *Bull NYU Hosp Jt Dis.* 2012 г.; 70(2): 109 – 14.
34. Zucker EJ, Lee EY, Restrepo R, Eisenberg RL. Hip Disorders in Children. *Am J Roentgenol.* декабрь 2013 г.; 201(6): W776 – 96.
35. Колесникова О.И. и др. СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА У ПОДРОСТКА//*Bulletin of Medical Science.* – 2022. – N. 1 (25). – С. 57-61.
36. Xing X., Yuan H. Imaging and differential diagnosis of pediatric spinal tuberculosis//*Radiology of Infectious Diseases.* – 2015. – Т. 1. – N. 2. – С. 78-82.
37. Bennett J.L., Sen E.S. Infection-induced arthritis//*Paediatrics and Child Health.* – 2022. – Т. 32. – N. 2. – С. 50-56.
38. Giraldo W.A.S., Gámir M.L.G. Espondiloartritis en la infancia//*Seminarios de la Fundación Española de Reumatología.* – 2013. – Т. 14. – N. 4. – С. 106-120.
39. Gualtierotti R, Parisi M, Ingegnoli F. Perioperative Management of Patients with Inflammatory Rheumatic Diseases Undergoing Major Orthopaedic Surgery: A Practical Overview. *Adv Ther.* апрель 2018 г.; 35(4): 439 – 56.
40. Röher K, Trieschmann U, Leister N. Anästhesie und Analgosedierung für diagnostische Eingriffe bei Kindern. *AINS – Anästhesiol Intensivmed · Notfallmedizin · Schmerzther.* 2023; 58: 409 – 20. doi: 10.1055/a-1925-7009
41. Баранов А.А., Алексеева Е.И., Бзарова Т.М., et al. Протокол ведения пациентов с ювенильным артритом. *Вопросы Современной Педиатрии.* 2013; 12: 37-56.
42. Beukelman T, Patkar NM, Saag KG, et al. 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: initiation and safety monitoring of therapeutic agents for the treatment of arthritis and systemic features. *Arthritis Care Res.* 2011; 63: 465 – 82. doi: 10.1002/acr.20460
43. Ringold S, Weiss PF, Beukelman T, et al. 2013 update of the 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: recommendations for the medical therapy of children with systemic juvenile idiopathic arthritis and tuberculosis screening among children receiving biologic medications. *Arthritis Care Res.* 2013; 65: 1551 – 63. doi: 10.1002/acr.22087
44. Zulian F, Martini G, Gobber D, et al. Comparison of intra-articular triamcinolone hexacetonide and triamcinolone acetonide in oligoarticular juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatol Oxf Engl.* 2003; 42: 1254 – 9. doi: 10.1093/rheumatology/keg358
45. *Textbook of Pediatric Rheumatology.* Elsevier 2016.
46. Angeles-Han ST, Ringold S, Beukelman T, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Screening, Monitoring, and Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis-Associated Uveitis. *Arthritis Care Res.* 2019; 71: 703 – 16. doi: 10.1002/acr.23871
47. Constantin T, Foeldvari I, Anton J, et al. Consensus-based recommendations for the management of uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis: the SHARE initiative. *Ann*

- Rheum Dis. 2018; annrheumdis-2018-213131. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-213131
48. Алексеева Е., Бзарова Т. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА. Вопросы современной педиатрии. 2010; 9(6): 78-104.
 49. Hsieh L-F, Mao H-F, Lu C-C, et al. Rheumatologic Rehabilitation. Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation. Elsevier 2021: 606-626.e1.
 50. Федотов В.П. Болезнь Рейтера (история, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника и течение, поражение кожи, глаз, опорно-двигательного аппарата и других органов). Клиническая лекция//Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2016. – Т. 1. – С. 82-107.
 51. Niehues T. et al. Evidence-based use of methotrexate in children with rheumatic diseases: a consensus statement of the Working Groups Pediatric Rheumatology Germany (AGKJR) and Pediatric Rheumatology Austria//Rheumatology international. – 2005. – Т. 25. – С. 169-178.
 52. Segel, G.B., & Halterman, J.S. (2008). Neutropenia in pediatric practice. Pediatrics in review, 29(1), 12.
 53. Yilmaz D., Ritchey A.K. Severe neutropenia in children: a single institutional experience//Journal of Pediatric Hematology/Oncology. – 2007. – Т. 29. – N. 8. – С. 513-518.
 54. Antiviral Drugs in Children and Adolescents. Pediatr Infect Dis. 16 июль 2020 г.; 1(3): 123 – 8.
 55. Zhang S, Zhu Y, Jin Y, Sun H, Wang W, Zhan L. Difference between Acyclovir and Ganciclovir in the Treatment of Children with Epstein-Barr Virus-Associated Infectious Mononucleosis. Tan S, редактор. Evid Based Complement Alternat Med. 20 октябрь 2021 г.; 2021: 1-6.
 56. Rao S, Abzug MJ, Carosone-Link P, et al. Intravenous Acyclovir and Renal Dysfunction in Children: A Matched Case Control Study. J Pediatr. 2015; 166: 1462-1468.e4. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.01.023
 57. Kimberlin DW. Acyclovir Dosing in the Neonatal Period and Beyond. J Pediatr Infect Dis Soc. 2013; 2: 179 – 82. doi: 10.1093/jpids/pis138
 58. Whitley RJ. Herpes simplex virus in children. Curr Treat Options Neurol. 2002; 4: 231 – 7. doi: 10.1007/s11940-002-0040-2
 59. Clemente D, Cuadros EN, Lovillo MC, et al. Position statement on infection screening, prophylaxis, and vaccination of pediatric patients with rheumatic diseases and immunosuppressive therapies, part 3: precautions in situations of surgery, fever, and opportunistic infections. Eur J Pediatr. 2023; 183: 915 – 27. doi: 10.1007/s00431-023-05295-4
 60. Adler SP, Marshall B. Cytomegalovirus Infections.; 11.
 61. Shim GH. Treatment of congenital cytomegalovirus infection. Clin Exp Pediatr. 2023; 66: 384 – 94. doi: 10.3345/cep.2022.01032
 62. Lin X, Wan Y, Liu Y. Efficacy of ganciclovir in the treatment of cytomegalovirus (CMV) infection in infants and its effect on inflammatory reaction and immune function. Am J Transl Res. 2023; 15: 6514 – 23.
 63. García-Basteiro AL, DiNardo A, Saavedra B, et al. Point of care diagnostics for tuberculosis. Pulmonology. 2018; 24: 73-85. doi: 10.1016/j.rppnen.2017.12.002
 64. Cantini F, Nannini C, Niccoli L, et al. Guidance for the management of patients with latent tuberculosis infection requiring biologic therapy in rheumatology and dermatology clinical practice. Autoimmun Rev. 2015; 14: 503 – 9. doi: 10.1016/j.autrev.2015.01.011
 65. Аксенова В.А., Барышников Л.А., Клевно Н.И., et al. Новые возможности скрининга и диагностики различных проявлений туберкулезной инфекции у детей и подростков в России. Вопросы Современной Педиатрии 2011; 10: 16-22.
 66. Aksenova VA, Klevno NI, Kazakov AV, et al. Preventive Tuberculosis Services Reduces the Risk of Local Forms of Tuberculosis Development in Children on Immunosuppressive Therapy: Retrospective Cohort Study. Curr Pediatr. 2020; 19: 346 – 51. doi: 10.15690/vsp.v19i5.2210

67. Calzada-Hernández J, Anton J, Martín De Carpi J, et al. Dual latent tuberculosis screening with tuberculin skin tests and QuantiFERON-TB assays before TNF- α inhibitor initiation in children in Spain. *Eur J Pediatr.* 2022; 182: 307 – 17. doi: 10.1007/s00431-022-04640-3
68. Бармина Н.А., Барышникова Л.А., Шурыгин А.А., et al. Скрининговое обследование детей и подростков III, IV и V групп здоровья с применением нового диагностического теста. *Туберкулез И Болезни Легких.* 2015; 0: 40 – 1.
69. Selmi C, Gershwin ME. Diagnosis and classification of reactive arthritis. *Autoimmun Rev.* 2014; 13: 546 – 9. doi: 10.1016/j.autrev.2014.01.005
70. Vince A, Dusek D. Imunosupresija i virusne infekcije u reumatskim bolestima [Immunosuppression and viral infections in rheumatic diseases]. *Reumatizam.* 2007; 54(2): 58-62. Croatian. PMID: 18351141.
71. Pneumonia in Immunocompromised Patients: Overview, Causes of Pneumonia, HIV/AIDS. Published Online First: 26 June 2021.
72. Белов Б.С., Полянская М.В., Балабанова Р.М. Пневмонии при ревматических заболеваниях//Научно-практическая ревматология. – 2009. – N. 3. – С. 67-73.
73. https://www.rheumatology.org.uk/Portals/0/Documents/Guidelines/Paediatric%20guidelines/Mexthotrexate_Paediatric_Adolescent_Rheumatology.pdf?ver=2020-03-19-150320-243%20
74. Маркова Е.Ю. и др. Увеиты у детей: современные подходы к диагностике переднего сегмента глаза//Российская Детская Офтальмология. – 2025. – N. 1. – С. 37-43.
75. Modrzejewska M., Zdanowska O. Diagnosis and Treatment of Uveitis in Children: A Summary of the Latest Data from a 5-Year Literature Review (2018-2023)//*Journal of Clinical Medicine.* – 2024. – T. 13. – N. 11. – С. 3097.
76. Цурикова Н.А., Лигостаева Е.А., Жолобова Е.С. Сравнительная эффективность и безопасность нестероидных противовоспалительных препаратов в лечении ранних олигоартритов у детей//Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского. – 2015. – Т. 94. – N. 2. – С. 125-130.
77. <https://www.drugs.com/monograph/triamcinolone-acetonide.html>
78. Trang L. E. et al. Cyclic nucleotides in joint fluid in rheumatoid arthritis and in Reiter's syndrome//*Scandinavian journal of rheumatology.* – 1979. – T. 8. – N. 2. – С. 91-96
79. Бадокин В.В. Диагностика и лечение реактивных артритов//Медицинский совет. – 2014. – N. 5. – С. 100-107.
80. Niehues T. et al. Evidence-based use of methotrexate in children with rheumatic diseases: a consensus statement of the Working Groups Pediatric Rheumatology Germany (AGKJR) and Pediatric Rheumatology Austria//*Rheumatology international.* – 2005. – T. 25. – С. 169-178.
81. Petty, R.E., Smith, J.R., & Rosenbaum, J.T. (2003). Arthritis and uveitis in children. *American Journal of Ophthalmology*, 135(6), 879-884. doi: 10.1016/s0002-9394(03)00104-1
82. LRI Children's Hospital Paediatric Rheumatology Methotrexate therapy/<https://secure.library.leicestershospitals.nhs.uk/PAGL/Shared%20Documents/Methotrexate%20Therapy%20in%20Paediatric%20Rheumatology%20UHL%20Childrens%20Hospital%20Guideline.pdf>
83. Rudwaleit M., Braun J., Sieper J. Treatment of reactive arthritis: a practical guide//*BioDrugs.* – 2000. – T. 13. – С. 21-28.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Данные клинические рекомендации подготовлены профессиональной ассоциацией детских ревматологов, утверждены рабочей группой Ассоциации детских ревматологов.

1. Алексеева Е.И., д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН
2. Дворяковская Т.М., д.м.н.
3. Шилькрот И.Ю., к.м.н.
4. Костик М.М., д.м.н.
5. Никишина И.П., к.м.н.
6. Ушакова С.А., д.м.н., профессор
7. Ульянова Е.А., к.м.н.
8. Глазырина Г.А., к.м.н.
9. Жолобова Е.С., д.м.н., профессор
10. Сударева О.О., к.м.н.
11. Игишева Л.Н., д.м.н., доцент
12. Лигостаева Е.А., к.м.н.
13. Малиевский В.А., д.м.н., профессор
14. Криулин И.А., к.м.н.
15. Криулина Т.Ю., младший научный сотрудник

Конфликт интересов: члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория:

1. Врачи-педиатры
2. Врачи – травматологи-ортопеды
3. Врачи-инфекционисты
4. Врачи-ревматологи детских ревматологических отделений
5. Врачи-ревматологи детских ревматологических кабинетов детских поликлиник

Методы, используемые для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для оценки качества и силы доказательств: доказательной базой для рекомендаций, являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE и PubMed. Глубина поиска – 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов;
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь, влияет на силу рекомендаций.

Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо. Любые различия в оценках обсуждались всей группой авторов в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств: заполнялись авторами клинических рекомендаций.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

Экономический анализ

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций

- Внешняя экспертная оценка.

- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых, прежде всего, попросили прокомментировать, насколько доступна для понимания интерпретация доказательств, лежащая в основе рекомендаций. От детских ревматологов первичного звена получены комментарии в отношении доходчивости изложения важности предлагаемых рекомендаций, как инструмента повседневной практики.

Все комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались авторами рекомендаций. Каждый пункт обсуждался в отдельности.

Консультация и экспертная оценка

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которые, оценивали доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Авторский коллектив

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры

	исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Алгоритмы действий врача

Схема 1



Схема 2



Схема 3



Схема 4

Приложение В

Информация для пациента**1. Что такое идиопатический артрит?****Что это?**

Реактивный артрит (РеА) является острым заболеванием, которое характеризуется воспалением суставов после перенесенной инфекции (чаще всего кишечной или мочеполовой). Типичными признаками воспаления суставов являются боль, припухлость и ограничение движений.

Каковы причины заболевания?

Наша иммунная система защищает нас от инфекций, вызванных различными микроорганизмами, такими как вирусы или бактерии. Она способна отличать то, что является потенциально чужеродным и вредным и подлежит уничтожению, от того, что является частью нашего организма. РеА является ненормальной реакцией нашей иммунной системы, которая после столкновения с инфекцией частично теряет способность отличать "чужеродные" клетки от "своих", атакует собственные части тела, что приводит к воспалению, в частности, суставов и, возможно, глаз.

Это наследственное заболевание?

РеА – это не наследственное заболевание, оно не может передаваться непосредственно от родителей к их детям. Однако существует связь с генетическим маркером – HLA-B27. Пациенты с этим генетическим маркером более предрасположены к развитию РеА, чем пациенты без него.

На основании чего диагностируется это заболевание?

Диагноз РеА основывается на наличии артрита и связи с перенесенной инфекцией, при этом проводится тщательное исключение какого-либо другого заболевания посредством

изучения анамнеза болезни, результатов осмотра больного и лабораторных и инструментальных тестов.

Что происходит с суставами?

Синовиальная оболочка – это тонкая внутренняя оболочка суставной капсулы, которая при артрите становится гораздо толще и заполняется клетками воспалительного инфильтрата, а ее ткань воспаляется. При этом внутри сустава повышается выработка синовиальной жидкости. Это вызывает отек, боль и ограничение движений. Характерным проявлением воспаления сустава является его скованность, которая наблюдается после продолжительных периодов отдыха. Это особенно заметно в утреннее время (утренняя скованность).

Часто ребенок старается уменьшить боль, придавая суставу полусогнутое положение. Это положение называется "анталгическим". Этот термин подчеркивает, что оно направлено на уменьшение боли. В случае ненадлежащего лечения воспаление сустава может привести к его повреждению. Это происходит под действием двух основных механизмов: вследствие сильного утолщения синовиальной оболочки (с формированием, так называемого, синовиального паннуса) и высвобождения различных веществ, которые провоцируют утрату суставом хрящевой и костной ткани. Продолжительное пребывание в анталгическом положении вызывает мышечную атрофию, натяжение или сокращение мышц и мягких тканей, что приводит к нарушению сгибания.

2. Диагностика и лечение

Какие необходимы лабораторные анализы?

В момент постановки диагноза проводят лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов.

Проводятся также различные дополнительные исследования, направленные на исключение других патологий (травма, ортопедические патологии, инфекционные процессы, паразитарные и онко-гематологические заболевания). В зависимости от применяемого лечения, пациенты могут нуждаться в периодических исследованиях (таких как клинический анализ крови, показатели функции печени, анализ мочи), позволяющих выявлять побочные реакции и определять степень возможной токсичности лекарственных средств, которая может быть бессимптомной. Воспаление в суставе оценивается в основном путем клинического осмотра, а также с применением методов визуализации, таких как УЗИ, КТ, МРТ.

Как мы можем это лечить?

Для лечения РеА, ассоциированного с инфекцией, применяют антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты, внутрисуставные инъекции глюкокортикостероидов. Целью лечения является купирование боли, утомляемости и скованности, предотвращение разрушения суставов. Существуют некоторые общие принципы планирования лечения, однако терапия должна быть индивидуальной для каждого ребенка. Очень важно участие родителей в принятии решений по лечению.

Лечение основывается, как правило, на применении препаратов, которые подавляют системное и/или суставное воспаление. Лечение является комплексным и требует сотрудничества ряда специалистов (детского ревматолога, офтальмолога, физиотерапевта, травматолога-ортопеда).

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

НПВП традиционно остаются основным средством лечения РеА и других ревматических заболеваний детского возраста. Это средства для противовоспалительного и

антипиретического (понижающего температуру) лечения. Наиболее часто применяются диклофенак, нимесулид и мелоксикам. НПВП обычно хорошо переносятся детьми: дискомфорт в области желудка, являющийся наиболее частым побочным эффектом у взрослых, у детей встречается реже. Иногда один НПВП может быть эффективен в том случае, когда другой недостаточно эффективен. Комбинирование различных НПВП не рекомендуется. Оптимальное воздействие на воспаление суставов отмечается через несколько недель после начала лечения.

Внутрисуставные инъекции глюкокортикостероидов (ГК)

Внутрисуставные инъекции используются в случае, когда имеется один или несколько суставов с выраженным воспалением, которое значительно ограничивает нормальное движение сустава и/или сопровождается сильной болью в суставе. В сустав вводят ГК пролонгированного (длительного) действия. В Российской Федерации предпочтение отдается бетаметазону – препарату, который действует длительное время (часто на протяжении многих месяцев). Его всасывание в системный кровоток является минимальным. Внутрисуставная инъекция может выполняться под местной анестезией или под общим наркозом (обычно в младшем возрасте), в зависимости от возраста ребенка, типа сустава и количества суставов, в которые выполняются инъекции. Как правило, рекомендуется проводить не более 3-4 инъекций в год в один и тот же сустав.

Препараты второй линии

Препараты второй линии показаны детям, у которых РеА прогрессирует, несмотря на адекватное лечение при помощи НПВП и инъекций ГК. Эффект большинства препаратов второй линии становится полностью очевидным только спустя несколько недель или месяцев лечения.

Метотрексат

Среди препаратов второй линии, применяемых для лечения детей с РеА и различными вариантами юношеского артрита, во всем мире предпочтение отдается метотрексату. В многочисленных исследованиях была доказана его эффективность, а также изучен его профиль безопасности на протяжении нескольких лет применения. В медицинской литературе в настоящее время определена максимальная эффективная доза – 15 мг/м² площади поверхности тела. Метотрексат вводится обычно путем подкожных инъекций. Метотрексат, как правило, хорошо переносится детьми. Наиболее распространенными побочными явлениями считаются непереносимость со стороны желудка (тошнота, рвота) и повышение уровня печеночной ферментов в крови. Поскольку препарат обладает потенциальной токсичностью, во время лечения необходимо периодически контролировать лабораторные показатели. Рекомендуется также комбинированная терапия метотрексатом с фолиевой кислотой – витамином, который снижает риск развития побочных эффектов, особенно со стороны функции печени.

Сульфасалазин – это альтернатива метотрексату, особенно для лечения детей, которые не переносят метотрексат. Сульфасалазин применяют в таблетках. Этот вид терапии был изучен в исследованиях с участием больных с РеА и юношеским артритом, и его эффективность также была доказана.

Биологические препараты

Для лечения РеА генно-инженерные биологические препараты практически не используются. При трансформации РеА в юношеский артрит (стойкие изменения суставов, длительное течение заболевания), лечение пациентов осуществляется согласно соответствующим клиническим рекомендациям с применением различных иммуноподавляющих препаратов, в том числе биологических.

Другие дополнительные способы лечения

Реабилитация

Реабилитация является важным компонентом лечения. Она включает соответствующие упражнения. Реабилитация должна начинаться на ранней стадии и проводиться рутинно для улучшения или сохранения состояния суставов и мышц.

Как насчет нетрадиционных методов лечения/дополнительной терапии?

Есть много дополнительных и альтернативных методов лечения, и это может ввести в заблуждение пациентов и их семьи. Стоит подумать о рисках и преимуществах применения такой терапии, поскольку ее эффективность не доказана и может обходиться дорого как в плане времени, нагрузки на ребенка, так и в финансовом выражении. Если вы хотите разобраться в возможностях дополнительных и альтернативных методов лечения, пожалуйста, обсудите эти варианты со своим врачом ревматологом.

3. Повседневная жизнь

Может ли диета повлиять на течение болезни?

Никаких доказательств того, что диета может влиять на болезнь, не существует. В целом, ребенок должен соблюдать сбалансированную, нормальную для своего возраста диету.

Может ли климат повлиять на течение болезни?

Доказательства того, что климат может повлиять на проявления болезни, отсутствуют. Тем не менее, смена климата, выраженная инсоляция, острые респираторные, кишечные и другие инфекции, которыми дети часто болеют в жарком климате, могут спровоцировать обострение заболевания.

Что могут дать физическая нагрузка и лечебная физкультура?

Цель физической нагрузки и лечебной физкультуры – обеспечить ребенку возможность оптимально участвовать во всей повседневной деятельности и выполнять все необходимые социальные роли. Кроме того, физическая нагрузка и лечебная физкультура могут быть использованы для мотивации к активному, здоровому образу жизни. Необходимым условием для достижения этих целей являются здоровые суставы и мышцы. Физическая нагрузка и лечебная физкультура могут применяться для улучшения подвижности суставов, стабилизации суставов, повышения гибкости мышц, мышечной силы, координации и выносливости (жизнеспособности). Эти аспекты здорового опорно-двигательного аппарата позволяют ребенку успешно и безопасно участвовать в школьных и внеклассных мероприятиях, таких как активный отдых и спортивные мероприятия. Лечение и программа домашних упражнений могут быть полезными для достижения требуемого уровня силы и выносливости.

Разрешены ли занятия спортом?

Игровые виды спорта – это важный аспект повседневной жизни здорового ребенка. Одной из главных задач лечения РеА является возможность вести образ жизни и считать себя ничем не отличающимися от своих сверстников. Лучше отдавать предпочтение тем видам спорта, в которых механический стресс для суставов отсутствует или минимален, например, таким как плавание или катание на велосипеде.

Может ли ребенок регулярно посещать школу?

Крайне важно, чтобы ребенок систематически посещал школу. Ограниченная

подвижность может быть проблемой для посещения школы; она может вызвать трудности при ходьбе, быстрое устание, боль или скованность. В остром периоде болезни предпочтительнее обучение на дому. Вне активности заболевания ребенок может посещать школу как его здоровые сверстники. Физическое воспитание и участие в спортивных мероприятиях рекомендуется с учетом ограничения в подвижности, обусловленного активностью болезни. Школа для детей столь же важна, как работа для взрослых – это место, где ребенок учится, как стать самостоятельной личностью, продуктивной и независимой. Родителям и учителям необходимо сделать все возможное, чтобы стимулировать детей участвовать в школьных мероприятиях в обычном порядке, чтобы они были успешными в учебе, способными общаться со сверстниками и взрослыми, чтобы быть принятыми и ценимыми друзьями.

Разрешены ли профилактические прививки?

Если пациент находится на лечении иммуносупрессорами (метотрексат, сульфасалазин) прививки живыми ослабленными микроорганизмами (такие, как прививки от краснухи, кори, паротита и БЦЖ) проводить не рекомендуется из-за потенциального риска распространения инфекции в результате сниженной иммунной защиты. Вакцины, которые живых микроорганизмов не содержат, а содержат только патогенные белки, вводятся по индивидуальному графику, по показаниям после консультации ревматолога.

Будет ли у ребенка нормальная взрослая жизнь?

Это основная цель лечения, и в большинстве случаев так и происходит. В настоящее время использование лечения и реабилитации дает возможность предотвратить разрушение суставов у большинства пациентов. Велика привязанность родителей к своему ребенку, и чтобы упредить возможные проблемы ребенка, они его чрезмерно опекают. Положительно направленное отношение родителей, которые поддерживают ребенка и поощряют его к тому, чтобы он был, насколько это возможно, максимально самостоятельным, несмотря на болезнь, будет чрезвычайно ценной помощью ребенку для преодоления трудностей, связанных с заболеванием, позволит справляться со всем наравне со своими сверстниками и развиваться в независимую, уравновешенную личность.

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты не требуются

Новые, изданные в 2020-2025 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.