Приложение

к приказу

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

. 10 . 05 . 2012 № 522

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями

при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях

районных, областных и республиканских организаций здравоохранения

ГЛАВА I

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинический протокол диагностики и лечения пациентов с ревматическими заболеваниями (далее - клинический протокол) предназначен для врачей-ревматологов,врачей-терапевтов/ общей практики (в случае отсутствия врача-ревматолога), оказывающих специализированную ревматологическую помощь взрослому населению Республики Беларусь, а так же осуществляющих динамическое диспансерное наблюдение в амбулаторных условиях.

Клинический протокол определяет перечень заболеваний ревматологического профиля, подлежащих лечениюи наблюдению у врача-ревматолога(врача –терапевта в районных, городских учреждениях здравоохранения). Другие заболевания, входящие в современную классификацию ревматических болезней, но не включенные в настоящий клинический протокол, подлежат наблюдению и лечению у врачей других специальностейс учетомдоминирующих клинических проявлений заболевания при консультативной поддержке врача-ревматолога.

Объем проводимого обследования и лечения осуществляется с учетом уровня оказания помощи (в условиях районных, межрайонных, городских, областных, республиканских организаций здравоохранения), а также условий оказания помощи (в амбулаторных и стационарных условиях).

Проводимое обследование включает исследования, необходимые для постановки диагноза, выявления признаков обострения болезни, определения темпов прогрессирования заболевания и состоит из обязательного и дополнительного объемов. Обязательный объем предполагает проведение исследований, без которых невозможна верификация диагноза и назначение адекватной фармакотерапии.Дополнительный объемвыполняется по показаниям и включает исследования, позволяющие уточнить характер поражения органов и систем при выявлении изменений в обязательных обследованиях; диагностировать заболевание на ранней рентгеннегативной стадии болезни, исключить другие, схожие по симптоматике болезни в диагностически сложных случаях.

Обследование не дублируется, если оно выполнено на предыдущем этапе (амбулаторном или стационарном).Перечень специальных обследований, необходимый для диагностики и лечения пациентов с ревматическими заболеваниями промаркирован цифрами, что позволяет конкретизировать их объем (обязательный и по показаниям), предусмотренный для выполнения в условиях: (1)- республиканских организаций здравоохранения; (2)– областныхорганизаций здравоохранения; отсутствие маркировки-предполагает проведение обследований в условиях амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, Центральных районных больницах (далее ЦРБ) и вышеперечисленных структур (1;2).

В рубрике «лечение» перечислены группы и лекарственные средства, определенные для лечения перечисленных заболеваний, указан режим их дозирования, продолжительность применения.В протокол включены только лекарственные средства, зарегистрированные в установленном порядке в соответствии с законодательством Республики Беларусь.Выбор лекарственных средств из перечисленных в клиническом протоколе осуществляет врач-ревматолог (врач-терапевт/врач общей практики) в индивидуальном порядке с учетом особенностей течения заболевания, активности патологического процесса, сопутствующей патологии. Препараты патогенетической терапии (метотрексат, сульфасалазин, лефлуномид, гидроксихлорохин и гюкокортикоиды) назначаются врачом-ревматологом или по его рекомендации.Препараты биологической генно-инженерной терапии назначаются по решению консилиума с привлечением главного ревматолога (Республики, области, города Минска).Внутрисуставное введение препаратов для пациентов ревматологического профиля в амбулаторных условиях осуществляет врач-ревматолог(или врач-травматолог/хирург в случае отсутствия врача-ревматолога).

Объем физиотерапевтического лечения определяет врач-физиотерапевт и/или врач-реабилитолог с учетом имеющихся показаний и противопоказаний.

В рубрике «средняя длительность» указана рекомендуемая продолжительность приема лекарственных средств на амбулаторном (для каждой из групп препаратов) и стационарном (соответствует средним срокам пребывания в стационаре) этапах.

Термин «длительно» предполагает продолжительный прием лекарственного средства, регулируемыйлечащим врачом с учетом активности заболевания, темпов прогрессирования, развития осложнений и др. Термин «постоянно» применяется в отношении немедикаментозных методов лечения и предполагает соблюдение диетотерапии,коррекцию ортопедических нарушений, занятие ЛФК (под контролем врача-ЛФК) на протяжении жизни пациента.

«Планируемые результаты лечения» отражают оптимально возможные результаты лечения на амбулаторном и стационарном этапах в зависимости от сроков постановки диагноза, активности процесса, темпов прогрессирования заболевания, индивидуального ответа пациента на лечение, преносимости терапии, наличия сопутствующих заболеваний.

«Снижение активности заболевания; достижение ремиссии; замедление темпов прогрессирования заболевания, улучшение функциональной активности; повышение качества жизни»характеризуют эффективность проводимого лечения и определяются на основании критериев,изложенныхвПриложении.

ГЛАВА 2

Диагностика и лечение пациентов с ревматическими заболеваниями (взрослое население)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозологическая форма заболевания (шифр по МКБ-10) | Диагностика | | | Лечение | | Планируемые результаты лечения |
| обязательная | кратность | дополнительная (по показаниям) | необходимое | средняя длительность |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях | | | | | | |
| Острая ревматическая лихорадка (I00-I04) | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, С-реактивного белка (далее-СРБ\*), | 2-4/ год  2-4/ год  2-4/ год | 1. Биохимическое исследование крови: определение активности, креатинфосфокиназы (далее-КК)  МВ-фракции КК1;2  2. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (далее-УЗИ ОБП) | Продолжение терапии стационарного этапа:  1. Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства внутрь (далее-НПВС) - ибупрофен 1200-1600 мг/сутки илиацеклофенак 200 мг/сут или диклофенак – 75-100 мг/сут или мелоксикам 7,5-15 мг/сут внутрь до стойкой нормализации лабораторных показателей (КК, МВ-КК, АлАТ, АсАТ, СОЭ, СРБ).  2. Глюкокортикоиды (далее - ГК) для системного применения: преднизолон 0,25-0,3 мг/кг/сут (метилпреднизолон 0,20-0,25 мг/кг/сут). | До 2-х месяцев  (с учетом стационарного этапа)  2-3 недели (с учетом стационарного этапа) | 1.Выздоровление  2.Формирование минимальных клапанных повреждений. |

| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | 6 | 7 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | антистрептолизина-О (далее-АСЛ-О\*), калия, активности аспартатаминотрансферазы (далее-АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее-АлАТ).  4. Эхо-КГ  5. ЭКГ  6. Рентгенография органов грудной полости.  7. Консультация врача-оториноларинголога | | 2 раза в течение первого года  (включая стационарное лечение); затем 1 раз в год  1-2/год  1/год  1/далее по показаниям | | 3.Определение содержания антифосфолипидных антител(волчаночный антикоагулянт (далее - ВА) 1;2; антител к кардиолипину  (далее - аКЛ) 1;2, IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I1;2 IgG и/или IgM изотипов  4. Консультация врача-стоматолога  5. Консультация врача-невролога | | 2-3 недели с учетом стационарного этапа с последующим постепенным снижением дозы на 2,5-5 мг/2-4 мг 1 раз в 3-5 дней до полной отмены.  3. При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.  4. Профилактика рецидивов:  бензатин бензилпенициллин (ретарпен) 2,4 млн. ЕД. в/м. 1 раз в 3 недели:  4.1. в случае острой ревматической лихорадки без кардита (артрит, хорея) не менее 5 лет после последней атаки или до 21-летнего возраста (по принципу «что дольше?»);  4.2.в случаях излеченного кардита без формирования порока сердца- не менее 10 лет после последней атаки или до 21-летнего возраста  4.3.для больных с пороком сердца (в том числе после оперативного лечения) не менее 10 лет после последней атаки или до 40-летнего возраста | с последующей отменой  На период приема НПВС, ГКС  5 лет или до достижения 21 года  10 лет или до 21-летнеговозраста  не менее 10 лет или до 40-летнего возраста | (посткраевой фиброз) при поздней диагностике заболевания. |
| Хроническая ревматическая болезнь сердца: пороки митрального и аортального клапанов  -изо-лированные, сочетанные, комбинированные (I05-I08. 9) | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка, билирубина, СРБ\*; калия, мочевины, активности АсАТ, АлАТ, AСЛ-O\*.  4. Исследование показателей гемостаза: определение ПТВ с расчетом МНО (при применении непрямых антикоагулянтов)  5. Эхо-КГ  6. Рентгенография органов грудной полости.  7. Тест 6-минутной ходьбы  8. Измерение АД (профиль); ЧСС  9.Контроль массы тела | | 2 / год  2 / год  1-2 / год  1-2/мес  1/год  1/год  Постоянно с оценкой при контрольных визитах  2-3/год  -//-  -//- | | 1. УЗИ органов брюшной полости  2. Чреспищеводная Эхо-КГ1,2  3.Консультация врача-стоматолога  4. Консультация врача-оторинола-ринголога | | 1.Комплексная терапия (продолжение лечения, подобранного в стационарных условиях в соответствии с протоколами лечения хронической сердечной недостаточности; нарушений сердечного ритма).  2. Профилактика вторичного инфекционного эндокардита.  2.1. Стоматологические, оральные, респираторные и эзофагальные процедуры:  -амоксициллин 2 г внутрь за 1 час до манипуляции;  - при невозможности приема через рот – амоксициллин или ампициллин 2 г в/в за 30-60 минут до манипуляции.  Пациенты с аллергией к пенициллину:  - клиндамицин 600 мг или азитромицин 500 мг за 1 час до процедуры.  2.2. Процедуры на желудочно-кишечном и мочеполовом трактах.  – ампициллин или амоксициллин 2 г в/в + гентамицин 1,5 мг/кг в/в за 30-60 минут до процедуры;  через 6 часов – ампициллин или амоксициллин 1 г внутрь. | Длительно  перед и после проведения манипуляции | 1.Замедление темпов прогрессирования хронической сердечной недостаточности (далее - ХСН).  2. Увеличение продолжительности жизни пациентов.  3.Достижение компенсации ХСН.  4.Улучшение качества жизни пациентов.  5.Уменьшение числа регоспитализаций.. |
| Реактивные артропатии (М02)  Болезнь Рейтера (М02.3.) | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, калия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Трехстаканная/двухстаканая проба мочи  5. Определение антигена гистосовместимости HLA-B271,2  (после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)  6.Определение фрагментов ДНК Сhl. trachomatis в биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального канала +сок простаты)методом полимеразной цепной реакции (далее-ПЦР)1;2  7. Определение в сыворотке крови антител к иерсиниям (при наличии в анамнезе диареи).  8. Рентгенография пораженных суставов, илео-сакральных сочленений; пораженных отделов позвоночника  9. Рентгенография органов грудной полости.  10. ЭКГ  11. Консультация врача-акушера-гинеколога/  врача-уролога с проведением обследования  12. Консультация врача-инфекцио-ниста (при наличии диареи) | | 2-4/год  чаще по показаниям \*\*  -//-  -//-  1-2/год  1  Исходно (при постановке диагноза, обострении) и через 1,5 месяца после завершения курса антибактериалной терапии (контроль излеченности)  Исходно и в динамике через 7-10 дней  (на этапе постановки диагноза)  1/год  1/год  1-2/год (чаще при наличии показаний)  1/год  при наличии показаний | | 1. Определение антигена Chl. trachomatis в биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального канала +сок простаты) методом иммунофлюоресценции (далееРИФ1;2),  2. Определение в сыворотке крови антител к Сhl. trachomatis классов IgA, IgM, IgGметодом иммуноферментного анализа (далее ИФА1;2)  3.Определение фрагментов ДНК Chl. trachomatis в синовиальной жидкости 1  4. Обследование на другие инфекции, передаваемые половым путем (далее-ИППП): определение фрагментов ДНК Trichomonasvaginalis; Herpessimplex в биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального канала +сок простаты методом ПЦР1,2  5.Иммунологическое исследование крови: определение концентрации ревматоидного фактора (далее-РФ)\*; антител к циклическому цитруллинированному пептиду (далее-АЦЦП)1,2  6. УЗИ органов брюшной полости  7. УЗИ пораженных суставов1,2  8.УЗИ предстательной железы; органов малого таза (у женщин)  9. Магнитно-резонансная томография (далее-МРТ) илео-сакральных сочленений, пораженных отделов позвоночника1,2  10. Эхо-КГ  11. Консультация врача-дерматове-неролога  12. Консультация врача-оторинола-ринголога | | 1. Антибактериальные лекарственные средства (тетрациклины, макролиды, фторхинолоны) в случае реактивного артрита урогенной этиологии.  1.1. Макролиды: азитромицин 0,5-1 г/сут или рокситромицин 0,3 г/сут, или спирамицин по 4,5-9 млн.ЕД/сут. или джозамицин 1000 мг/сут внутрь  или  1.2. Тетрациклины: доксициклин 0,2 г/сут. внутрь  или  1.3. Фторхинолоны внутрь: офлоксацин 0,4-0,8 г/сут; ломефлоксацин 0,8 г/сут; моксифлоксацин внутрь 0,4 г/сут; левофлоксацин 0,5 г/сут.  Продолжительность лечения составляет 1 месяц одним из выше перечисленных лекарственных средств (возможен последовательный прием антибактериальных препаратов из каждой группы в течение 10 дней в случае наличия микст-инфекции).  2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  3. При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут. и др.  4. ГК для системного применения(назначаются ревматологом совместно с препаратами патогенетической терапии):  4.1. Преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут, (метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут) внутрь при наличии системных проявлений (кардит, артрит)с последующим постепенным снижением (2,5/2 мг/сут в неделю) до полной отмены.  4.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав; периартикулярно в область энтезисов; в/мышечно однократно после консультации врача-ревматолога)  5. Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-2 г/сут внутрь (по показаниям, назначается врачом-ревматологом) при неэффективности симптоматической терапии.  6. Лечебная физкультура (далее-ЛФК).  7. Физиотерапевтическое лечение (далее-ФТЛ) (по показаниям в зависимости от активности процесса): электро-, бальнео-, ультразвуко-лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов. | В течение месяца  (с учетом стационарного этапа в случае пребывания пациента в стационаре)  До купирования явлений артрита и болевого синдрома  На протяжении периода приема НПВС, ГК  До стабилизации процесса (3-4 недели с учетом стационарного этапа)  По показаниям  Длительно  Постоянно  1-2 раза в год | 1.Выздоровление  2. Достижение ремиссии  3. Достижение низкой активности патологического процесса. |
| Псориатические и энтеропатические артропатии (М07) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (здесь и далее, HBsAg-поверхностный антиген вируса гепатита В; HBс-corе антитела к нуклеокапсиду вируса гепатита В; а/HCV-антитела к антигенам вируса гепатита С– однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  5. Определение антигена гистосовместимости HLA-B271,2  (после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)  6. Рентгенография илео-сакрального сочленения (в случае его поражения); пораженных отделов позвоночника; суставов  7. МРТ илео-сакральных сочленений, пораженных отделов позвоночника (дорентгенологическая стадия, после консультации врача-ревматолога)1,2  8. Рентгенография органов грудной полости.  9.ЭКГ  10. Консультация врача-дерматолога  11. Консультация врача-гастроэнтеролога (в случае энтеропатической артропатии) | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1  1  1/год  1(на этапе постановки диагноза), далее по показаниям  1/год  1-2/год, чаще по показаниям  1/далее по показаниям  1/ (с последующим наблюдением у врача-гастроэнтеролога) | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации  креатинина; холестерина, липидного спектра крови  2. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*; антител к циклическому цитруллинированному пептиду (далее –АЦЦП1,2  3.Фиброгастродуоденоскопия (далее-ФГДС)  4.Эхо-КГ  5. УЗИ ОБП  6. Проба Манту  7.Консультация врача-офтальмолога | | 1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  2**.** При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.  3.Патогенетические лекарственные средства (назначаются врачом-ревматологом в амбулаторных или стационарных условиях с продолжением на амбулаторном этапе):  3.1. Антиметаболиты: метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь, п/к или в/мыш. (при псориатической артропатии):  или  3.2.Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь (припсориатической и энтеропатической артропатиях)  или  3.3. Селективные иммунодепрессанты: лефлуномид 20 мг/сут внутрь (в случае неэффективности и/или непереносимости метотрексата, сульфасалазинапри псориатической артропатии по решению консилиума).  4. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут. внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема).  5. ГК для системного применения (назначаются ревматологом совместно с препаратами патогенетической терапиив амбулаторных или стационарных условиях с последующим продолжением на амбулаторном этапе):  5.1.Преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/кг/сут) внутрь – до развития эффекта от применения препаратов патогенетической терапии в течение 3 месяцев (исчезновения/ уменьшения боли, скованности, нормализации СРБ, СОЭ) с последующей постепенной отменой - по 0,125-0,5 мг/сут преднизолона (1-2 мг/сут метилпреднизолона) в неделю.  5.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав; периартикулярно в область энтезисов; в/мышечно однократно по показаниям после консультации врача-ревматолога).  6. ЛФК.  7. Массаж (по показаниям, вне обострения) № 10.  8.ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10. | До купирования явлений артрита и болевого синдрома  На протяжении пеиода приема НПВС, ГК  Длительно  -//-  -//-  -//-  -//-  В течение 3 месяцев (с учетом стационарного этапа) с последующей постепенной отменой  По показаниям  Постоянно  1-2 раза в год  1-2 раза в год | 1. Достижение ремиссии  или  2.Достижение минимальной активности заболевания.  3.Замедле  ние темпов рентгенологического прогрессирования заболевания.  4.Повышение качества жизни пациентов.  5. Увеличение продолжительности жизни.  6.Уменьшение числа регоспитализаций. |
| Анкилозирующий спондилит (далее-АС) (М45) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ\*, калия; активности АсАТ, АлАТ.  4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg;HBс-corе; а/HCV - однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  5. Определение антигена гистосовместимости HLA-B271,2  (после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)  6. Рентгенография илео-сакрального сочленения, пораженных отделов позвоночника; суставов.  7. МРТ илео-сакрального сочленения и пораженных отделов позвоночника (дорентгенологическая стадия, после консультации врача-ревматолога) 1,2  8. Рентгенография органов грудной полости.  10. ЭКГ | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1  1  1/год  1/год  1/год  1-2/год; чаще-по показаниям | | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации  креатинина; ЩФ1,2, холестерина, липидного спектра крови  2. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи  3. Анализ мочи по Нечипоренко  4. Определение маркеров костного ремоделирования: β-КроссЛапс1;2, остеокальцин1;2, ионизированный кальций1  5. Эхо-КГ  6. УЗИ органов брюшной полости  7.ФГДС  8. Рентгеновская компьютерная томография (далее-КТ)легких высокого разрешения1,2  9.Проба Манту  10.Определение минеральной плотности костной ткани (далее-МПК) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (далее ДРА)1,2  11.Консультация врача-офтальмолога  12.Консультация врача-уролога  13. Консультация врача-нефролога  14. Консультация  врача-нейрохи-рурга1,2 | 1.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  2. При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут. и др.  3. ГК для системного применения (назначаются врачом- ревматологом совместно с препаратами патогенетической терапии в амбулаторных или стационарных условиях с продолжением на амбулаторном этапе):  3.1.Преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь – до развития эффекта (исчезновения/уменьшения боли, скованности; нормализации СРБ, СОЭ) с последующей постепенной отменой - по 0,125-0,5 мг/сут преднизолона (1-2 мг/сут метилпреднизолона) в неделю.  3.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав; периартикулярно в область энтезисов или в/мышечно однократно по показаниям после консультации врача-ревматолога).  4. Патогенетические лекарственные средства (назначаются врачом-ревматологом в амбулаторных или стационарных условиях с продолжением на амбулаторном этапе):  4.1. Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь(в случае недостаточной эффективности симптоматической терапии, рецидивирующем увеите)  или  4.2.Антиметаболиты(при неэффективности сульфасалазина): метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь, п/к или в/мыш.  5. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут. внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема).  6. Препараты для лечения и профилактики остеопороза.  7. ЛФК.  8.Массаж (вне обострения) №10 1- 2 раза в год.  9. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов. | Длительно  На протяжении периода приема НПВС, ГК  1-3 месяца (с учетом стационарного этапа) с последующим постепенным снижением и отменой  По показаниям  Длительно  -//-  -//-  -//-  Длительно  Постоянно  По показаниям  1-2/год | 1. Достижение ремиссии  или  2.Достижение минимальной активности заболевания.  3.Замедление темпов рентгенологического прогрессиирования заболевания.  4.Повышение качества жизни пациентов.  5. Увеличение продолжительности жизни.  6.Уменьшение числа регоспитализаций.  Снижение активности заболевания. |
| Недифференцированный спондилоартрит (М46.9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе ; а/HCV - однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  5. Определение антигена гистосовместимости HLA-B271,2  (после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)  6. Рентгенография илео-сакрального сочленения, пораженных отделов позвоночника; суставов.  7.МРТ илео-сакрального сочленения и пораженных отделов позвоночника (доренгенологическая стадия, после консультации врача-ревматолога)1,2  8. Рентгенография органов грудной полости.  9. ЭКГ | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1  1  1/год  1/год  1/год  1-2/год | 1. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи  2. Эхо-КГ  3. ФГДС  4.ДРА1;2  5.Определение маркеров костного ремоделирования: β-КроссЛапс1;2, остеокальцин1;2, ионизированный кальций1 | | 1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  2.При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут. и др.  3. ГК для системного применения (назначаются врачом-ревматологом совместно с препаратами патогенетической терапии в амбулаторных или стационарных условиях с продолжением на амбулаторном этапе):  3.1. Преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь –при развитии системных проявлений заболевания до развития эффекта от применения препаратов патогенетической терапии в течение 3 месяцев (исчезновения/уменьшения боли, скованности; нормализации СРБ, СОЭ) с последующей постепенной отменой - по 0,125-0,5 мг/сут преднизолона (1-2 мг/сут метилпреднизолона) в неделю.  3.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав; периартикулярно в область энтезисов или в/мышечно однократно по показаниям, после консультации врача-ревматолога).  4. Патогенетические лекарственные средства (назначаются врачом-ревматологом в амбулаторных или стационарных условиях с продолжением на амбулаторном этапе):  4.1.Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь(в случае недостаточной эффективности симптоматической терапии, при поражении периферических суставов, рецидивирующем увеите)  или  4.2.Антиметаболиты: метотрексат 7,5-25 мг/нед.внутрь, п/к; в/мыш (при неэффективности сульфасалазина).  5. Фолиевая кислота 1-3мг/сутки вгутрь(при приеме метотрексата вне дней его приема).  6. ЛФК.  7.Массаж мышц спины № 10 (вне обострения по показаниям).  8. ФТЛ (по показаниям):электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов. | Длительно  Длительно  По показаниям  3 месяца (с учетом стационарного этапа) с последующим постепенным снижением до полной отмены  По показаниям  Длительно  -//-  **-//-**  -//-  Постоянно  1-2 раза в год  1-2 раза в год | 1. Достижение ремиссии  или  2.Достижение минимальной активности заболевания.  3.Замедление темпов рентгенологического прогрессирования заболевания.  4.Повышение качества жизни пациентов.  5.Уменьшение числа регоспитализаций. |
| Ревматоидный артрит серопозитивный (М05-05. 9)  Другие ревматоидные артриты (М06-06. 9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, калия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ  4.Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*;АЦЦП(после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)1,2  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBс-corе; а/HCV-одно-кратно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов)  6. Рентгенография суставов кистей, стоп;  других пораженных суставов  7. Рентгенография органов грудной полости.  8. ЭКГ | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1  1  1/год  1/год  1-2/год | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, ЩФ1,2 , содержания ферритина в сыворотке крови1,2; холестерина,липидного спектра крови  2. Определение маркеров костного ремоделирования: β-КроссЛапс1;2, остеокальцин1;2, ионизированный кальций1  3. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи  4.Исследование синовиальной жидкости1,2,  5. Определение фрагментов ДНК Chl. trachomatis в синовиальной жидкости методом ПЦР1,2.  6.Эхо-КГ  7.УЗИ органов брюшной полости  8. ФГДС  9.Рентгенография шейного отдела позвоночника (при подозрении на подвывих атланто-окципи-тального сочленения)  10.МРТ шейного отдела позвоночника1,2  11.ДРА1;2 (по показаниям)  12. Проба Манту  13.Консультция врача-травматолога-ортопеда | | 1. Патогенетические лекарственные средства (назначаются врачом-ревматологом в амбулаторных или стационарных условиях с продолжением на амбулаторном этапе):  1.1. Антиметаболиты: метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь, п/к; в/мыш или  1.2.Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь (при наличии побочных эффектов или непереносимости метотрексата) или  1.3.Селективные иммунодепрессанты: лефлуномид 20 мг/сут внутрь (при неэффективности/непереносимости метотрексата, сульфасалазина по решению консилиума)  или  1.4. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 200 мг/сут внутрь (в случае непереносимости метотрексата, сульфасалазина, лефлюномида на фоне низкой активности РА)  2. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут.внутрь(при приеме метотрексата вне дней его приема).  3. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  4.Ингибиторы протонной помпы (при наличии факторов риска ЖК осложнений): омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут  идр  5. ГК для системного применения (назначаются ревматологом совместно с препаратами патогенетической терапии в амбулаторных или стационарных условиях с последующим продолжением вна амбулаторном этапе):  5.1.Преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь – при развитии системных проявлений заболевания; до развития эффекта от применения препаратов патогенетической терапии в течение 3 месяцев (исчезновения/уменьшения боли, скованности; нормализации СРБ, СОЭ) с последующей постепенным снижением до полной отмены - по 0,125-0,5 мг/сут преднизолона (1-2 мг/сут метилпреднизолона) в неделю.  5.2. Преднизолон – 10-40мг/сут (метилпреднизолон -8-32 мг/сут) внутрь при системных проявлениях, особых синдромах (синдром Стилла; Фелти) как продолжение терапии стационарного этапа 1-1,5 месяцадо развития эффекта от применения препаратов патогенетической терапии в течение 3 месяцев (исчезновения/уменьшения боли, скованности; нормализации СРБ, СОЭ) с последующей постепенной снижением дозы- по 0,125-0,5 мг/сут преднизолона (1-2 мг/сут медрола) в неделю до поддерживающей (преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) длительно  5.3.Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав; периартикулярно или в/мышечно по показаниям однократно после консультации врача-ревматолога)  6.Препараты для лечения и профилактики остеопороза.  7. ЛФК.  8. Массаж(по показаниям) №10 1-2 раза в год  9. ФТЛ: электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 | Длительно  -//-  -//-  -//-  -//-  Длительно  От 2 недель и более до купирования обострения суставного синдрома  На период приема НПВС, ГК по показаниям  3 месяца (с учетом стацио-нарного этапа) с последу-ющим по-степенным снижени-ем до пол-ной отме-ны  1-1,5 месяца (с учетом стационарного этапа) с последующим постепенным снижением дозы до поддерживающей дозы длительно  По показаниям  Длительно  Постоянно  По показаниям  1-2 раза в год | 1. Достижение ремиссии  или достижение минимальной активности заболевания.  2.Замедле-ние темпов рентгенологического прогрессирования заболевания.  3.Повышение качества жизни пациентов.  4. Увеличение продолжительности жизни.  5.Уменьшение числа регоспитализаций. |
| Недифференцированный артрит (М13. 0; М13. 9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ  4. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи  5.Иммунологическое исследование крови (после консультации врача-ревматолога): определение концентрации РФ\*, АЦЦП1,2; антинуклеарных антител (далее АНА)1,2, антител к двухспиральной ДНК1,2.  6.Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита(HBsAg; HBс-corе; а/HCV -одно-кратно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  7. Исследование синовиальной жидкости (после консультации врача-ревматолога): определение концентрации ревматоидного фактора1,2; содержания кристаллов мочевой кислоты1,2  8. Определение антигена гистосовместимости HLA-B271,2(после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)  9. Рентгенография кистей, стоп;  пораженных суставов.  10. Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений  11. Рентгенография органов грудной полости.  12. ЭКГ | | 2-4/год  -//-  -//-  1  1  1  1  1  1  1/год  1/год  1-2/год | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, холестерина  2. Иммунологическое исследование: определение содержания антител к Sm антигену  1; рибонуклеопротеину1; гистонам 1; к Ro/SS-A и La/SS-B антигенам 1  3. Определение фрагментов ДНК Chl. trachomatis в синовиальной жидкости 1,2  4. УЗИ органов брюшной полости  5. Эхо-КГ  6. ФГДС | | 1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  2.Ингибиторы протонной помпы(при наличии риска ЖК осложнений): омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут. и др.  3. ГК для системного применения (назначаются врачом-ревматологом):  3.1. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав; периартикулярно или однократно внутримышечно после консультации врача-ревматолога)  4. ЛФК  5. ФТЛ: электро-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 (по показаниям). | До купирования явлений артрита  В течение периода приема НПВС, ГК  Длительно  Разово по показаниям  Постоянно  2 раза в год | 1.Выздоровление.  2.Достижение ремиссии или  низкой активности.  3.Повышение качества жизни пациентов. |
|  | |  | |  |  | |  |  |  |
| Подагра  (М10-М10.9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка, мочевины, мочевой кислоты, глюкозы, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  Уровень мочевой кислоты в крови на этапе подбора дозы аллопуринола контролируется еженедельно, затем 2 раза в год.  4. Исследование синовиальной жидкости (после консультации врача-ревматолога): определение кристаллов мочевой кислоты1,2  5.Рентгенография пораженных суставов  6. Рентгенография органов грудной полости.  7. УЗИ органов  брюшной полости  8. ЭКГ | | 1-2/год  однокатно при верификации диагноза, чаще-по показаниям  1/год  1/год  1/год  1-2/год; чаще- по показаниям  1(на этапе верификации диагноза)/далее по показаниям  1/год  1/год  1/год  1-2/год | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, холестерина, его фракций  2. Трехстаканная проба мочи  3. ФГДС  4. Эхо-КГ  5. Консультация врача-эндокринолога  6. Консультация врача-хирурга  7. Консультация врача-нефролога | | Острый приступ,  1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  2.При наличии риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.  3. ГК для системного применения (продолжение терапии стационарного этапа в случае начала терапии в стационаре):  3.1. Преднизолон 15-30 мг/сут (метилпреднизолон 12-24 мг/кг/сут) внутрь (при неэффективности, непереносимости НПВС, полисуставном характере поражения) в первый день с последующим снижением дозы на 5 мг/сут (4 мг/сут) каждый последующий день до полной отмены или  3.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав или периартикулярно).  4. ФТЛ: электро-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 (при невыраженном обострении).  ХРОНИЧЕСКАЯ ПОДАГРА  В межприступный период.  1. Диета с ограничением продуктов богатых пуриновыми основаниями, углеводами; отказ от алкоголя, нормализация массы тела.  2. Избегать приема ацетилсалициловой кислоты, мочегонных лекарственных средств (тиазидовые и петлевые диуретики), инозина.  3. Коррекция метаболического синдрома (в рамках утвержденных клинических протоколов).  4.Ингибиторы ксантиноксидазы (учащение приступов до 4 и более в год, назначает врач-ревматолог):  аллопуринол 100-300 мг/сут внутрь (назначаются вне приступа подагры). Начальная доза 50-100 мг/сут с последующим постепенным повышение суточной дозы на 100 мг 1 раз в неделю до достижения целевого уровня мочевой кислоты 0,36 ммоль/л.  5.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут на период подбора дозы аллопуринола с целью предотвращения развития приступа.  6.При наличии риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной помпы: омепра-зол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.  Лечение при обострении хронической подагры – см. лечение острого приступа подагры. | До купирования приступа  На период приема НПВС, ГК  До купирования приступа  Однократно  По показаниям  При обострении  Постоянно  Постоянно  Длительно  Длительно  В течение периода подбора дозы аллопуринола  На период приема НПВС | 1.Купирование приступа.  2.Урежение частоты приступов.  3. Уменьшение числа регоспитализаций.  4.Замедление темпов прогрессирования заболевания.  5. Увеличение продолжительности жизни пациентов |
| Пирофосфатная артропатия  (М11.1-11.2) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, мочевой кислоты, глюкозы, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ  4. Исследование синовиальной жидкости на наличие кристаллов мочевой кислоты и пирофосфата кальция (после консультации врача-ревматолога)1,2  5. Рентгенография пораженных суставов.  6. Рентгенография органов грудной полости.  7. ЭКГ | | 1-2/год  1-2/год  1-2/год  1 (далее по показаниям)  1/год  1/год  1/год | 1. Трехстаканная проба мочи  2. ФГДС  3. УЗИ пораженных суставов1,2  4. Консультация врача-эндокрино-лога  5. Консультация врача-хирурга  6. Консультация врача-невролога | | 1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  2.При наличии риска гастроэнтерологических осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут. и др.  3. ГК для системного применения (при неэффективности/неперенсимости НПВС, назначаются на амбулаторном или стационарном этапах):  3.1.Преднизолон 15-30 мг/сут (метилпреднизолон 12-24 мг/сут)  внутрь в первый день с последующим снижением дозы на 5 мг/сут (4 мг/сут) каждый последующий день до полной отмены или  3.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав; периартикулярно в область энтезисов)  4. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства; назначаются врачом-ревматологом): гидроксихлорохин 0,2-0,4 г/сут (по показаниям) внутрь.  5. ФТЛ (по показаниям): импульсные токи, лазеротерапия, лекарственный электрофорез курсами № 7-10 сеансов. | До купирования явлений артрита  На период приема НПВП, ГК  7-10 дней  однократно  Длительно  На период обострения | Купирование обострения |
| Полиартроз (М15)  Коксартроз (М16)  Гонартроз (М17) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка, мочевины, глюкозы, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Исследование синовиальной жидкости (при наличии синовита после консультации врача-ревматолога)1,2  5. Рентгенография пораженных суставов  6. Рентгенография органов грудной полости.  7. ЭКГ | | 1-2/год  1-2/год  1/год  1 (на этапе постановки диагноза)  1/год  1/год  1-2/год | 1. УЗИ суставов  2. ФГДС  3. МРТ пораженных суставов (диагностика на ранней стадии) 1,2  4. Консультация врача травматолога-ортопеда | | 1. Симптоматические лекарственные средства быстрого действия:  1.1 НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  2. Опиоидный анальгетик:  трамадол 50-200 мг/сут внутрь или в/м (при отсутствии эффекта от применения НПВС)  3.При наличии факторов риска ЖК осложнений-ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.  4. Симптоматические лекарственные средства медленного действия (при I-IIстадиях остеоартроза):  4.1. Хондроитина сульфат 1000-1500 мг/сут внутрь  или  4.2.Хондроитина сульфат 200 мг в/ мышечно через день № 25  или  4.3. Глюкозамина сульфат 1500 мг/сут внутрь, или по 2 мл в/мышечно через день (6-8 инъекций 2 -3 раза в год)  5. Симтоматическая терапия:  5.1. Центральные миорелаксанты (при выраженном мышечном компоненте боли- коксартрозе): толперизон по 150 мг 3 раза в день внутрь и др  .  5.2. Антиагреганты: пентоксифиллин (600-800 мг/сут) внутрь и др  5.3. Антидепрессанты (в рамках лечения хронического болевого синдрома):  селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: флуоксетин 20 мг/сути др.  5.4. ГК внутрисуставно (не чаще 1-2 раза в год только при наличии синовита) или периартикулярно: бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав)  6. ЛФК.  7. ФТЛ: электро-, тепло -, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.  9. Массаж прилегающих групп мышц №10 (по показаниям).  10. Коррекция ортопедических нарушений | До купирования болевого синдрома 2-4 недели  До купирования болевого синдрома  На период приема НПВП (по показаниям)  1,5-3 месяца 1-2 раза в год  25 инъекций 1-2 раза в год  1,5-3 месяца 1-2 раза в год  2-4 недели  -//-  по показаниям  по показаниям  Разово по показаниям  Постоянно  1-2 раза в год  1-2 раза в год  постоянно | 1.Купирование болевого синдрома.  2. Повышение функциональной активности.  3.Замедление темпов рентгенологического прогрессирования.  4.Снижениечисла регоспитализаций.  5. Повышение качества жизни. |
| Неспецифический аортоартериит (М31.4) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBс-corе; а/HCV -одно-кратно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  5.Ультразвуковая ангиодопплерография брахио-цефальных сосудов, брюшного отдела аорты 1,2.  6. Рентгенография органов грудной полости.  7. ЭКГ | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1  1/год  1/год  1-2/год | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации  креатинина, холестерина  липидного спектра крови  2. УЗИ органов брюшной полости.  3.Эхо-КГ  4. ФГДС  5. ДРА1,2  6. КТ высокого разрешения или магнитно-резонансная ангиография (далее МР ангиография с контрастным усилением1,2)  7. Консультация врача-ангиохирурга1,2  8. Консультация врача-офтальмолога  9. Консультация врача-невролога | | Продолжение терапии стационарного этапа:  1. ГК для системного применения:  1.1. Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы (преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут)  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства (назначаются врачом-ревматологом):  2.1. Антиметаболиты: метотрексат 17,5 мг/нед внутрь, п/к или в/м или  2.2. Иммунодепрессанты (при непереносимости метотрексата)–азатиоприн 2−3 мг/кг/сут внутрь.  3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут внутрь  4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут. внутрь  5.При наличии факторов риска ЖК осложнений: ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.  6.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза.  7. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут (при приеме метотрексата вне дней его приема). | 2-4 неделибез учета стационарного этапа с последующим погстепенным переходом на поддерживающую дозу длительно  Длительно  -//-  -//-  -//-  -//-  На период приема НПВС, ГК  Длительно  В течение периода приема метотрексата | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Уменьшение числа регоспитализаций. |
| Узелковый полиартериит (М30.0) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, альбумина, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ  4. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита(HBsAg; HBс-corе; а/HCV -однократно перед назначением цитостатических имму-нодепрессантов).  5. Иммунологическое исследование крови: определение уровня антицитоплазматических антител(далее-АНЦА)1,2  6.Рентгенография органов грудной полости.  7. ЭКГ  8. Консультация врача-невролога | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1  1/год  1-2/год  1/год  1-2/год | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации, щелочной фосфатазы1,2,  2. Определение содержания антифосфолипидных антител1;2 ВА1;2; аКЛ1;2 IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I 1;2 IgG и/или IgM изотипов  3. УЗИ ОБП  4.ФГДС  5. Эхо-КГ  6. Исследование функции внешнего дыхания  7.Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разрешения1,2  8. ДРА1,2  9. Консультация врача-инфекциониста  10. Консультация врача-нефролога | | Продолжение терапии стационарного этапа.  1. ГК для системного применения:  Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или ме-тилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут (4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства (назначаются врачом-ревматологом):  2.1. Алкилирующие соединения: циклофосфамид 600-1000 мг в/венно капельно 1 раз в 2-4 недели ( при отсутствии маркеров репликации вируса гепатитаВ; при высоком риске прогрессирования заболевания. Вводится в стационарных условиях–см. стационарный этап).  2.2.Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь.  3. Коррекция артериальной гипертензии (см. клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с артериальной гипертензией)  4. НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  5. При наличии факторов риска ЖК осложнений: ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут. и др.  6.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза | 4-10 недель без учета стационарного этапа с последующим постепенным снижением до поддерживающей дозы (длительно)  Длительно (2-5 лет)  От 6 месяцев до 2-5 лет (определяет врач-ревматолог)  Длительно в качестве поддерживающей терапии после достижения ремиссии  Длительно  2-4 недели  На период приема НПВС, ГК  Длительно | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Уменьшение числа регоспитализаций. |
| Гранулематоз Вегенера (М31.3) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина,глюкозы, общего белка, СРБ\*, калия, активности АсАТ, АлАТ.  4. Иммунологическое исследование крови (после консультации врача-ревматолога): определение уровня АНЦА. 1,2  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммуноде-прессантов).  6. УЗИ органов брюшной полости  7.Рентгенография органов грудной полости.  8.Рентгенография придаточных пазух носа  9. ЭКГ  10. Консультация врача-оторино-ларинголога | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1-2/год  1  1/год  1-2/год  1/год  1-2/год  1/год  (чаще по показаниям) | 1. Биохимическое исследование крови: определение щелочной фосфатазы1,2,,  2.Анализ мочи по Нечипоренко  3. Исследование функции внешнего дыхания1,2  4. ФГДС  5.Эхо-КГ  6. Рентгеновская компьютерная томография легкихвысокого разрешения1,2  7. Рентгеновская комьюторная томография придаточных пазух носа1,2  8.ДРА 1,2.  9. Консультация врача-фтизиатра  10. Консультация врача-офтальмолога  11. Консультация врача-нефролога | | Продолжение терапии стационарного этапа.  1.ГК для системного применения:  Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или ме-тилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства(назначаются врачом-ревматологом):  2.1. Алкилирующие соединения: циклофосфамид 600-1000 мг в/венно капельно 1 раз в 2-4 недели (при высоком риске прогрессирования заболевания.Вводится в стационарных условиях – см. стационарный этап).  2.2.Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь или  2.2. Антиметаболиты (при непереносимости азатиоприна):метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь, п/кожно или в/мыш.  3. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза  4.Ингибиторы протонной помпы(при наличии факторов риска ЖК осложнений): омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сутили эзомепразол 20-40 мг/сут и др.  5. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут (при приеме метотрексата вне дней его приема). | 4-10 недель без учета стационарного этапа с последующим постепенным снижением до поддерживающей (длительно  Длительно  (2-5 лет)  От 6 месяцев до 2-5 лет (определяет врач-ревматолог)  -//-  -//-  Длительно  На период приема НПВС, ГК  Длительно | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Уменьшение числа регоспитализаций. |
| Синдром Чарджа-Стросс (М30.1) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины,креатинина, глюкозы, общего белка, альбумина, СРБ\*, калия, активности АсАТ, АлАТ  4. Иммунологическое исследование крови: определение уровня АНЦА (после консультации врача-ревматолога)1,2  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммуноде-прессантов).  6. Исследование функции внешнего дыхания1,2  7. Рентгенография органов грудной полости.  8. ЭКГ  9. Консультация врача-пульмонолога1,2 | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1-2/год  1  1-2/год  1/год  1-2/год  1/далее по показаниям | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации холестерина  2. ФГДС  3. Эхо-КГ  4. УЗИ органов брюшной полости  5. Рентгеновская компьютерная томография легких легкихвысокого разрешения1,2  6. ДРА1,2  7. Консультация врача-невролога  . | | Продолжение терапии стационарного этапа  1. ГК для системного применения:  Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или ме-тилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до под-держивающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).  2.Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства(назначаются врачом-ревматологом):  2.1.Алкилирующие соединения: циклофосфамид 600-1000 мг в/венно капельно 1 раз в 2-4 недели (при высоком риске прогрессирования заболевания.Вводится в стационарных условиях–см. стационарный этап).  2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь  2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь, п/к или в/мыш  3.НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  4. При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-4- мг/сут идр.  5.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза.  6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема). | 4-10 недель без учета стационарного этапа с последующим постепенным снижением до поддерживающей (длительно)  Длительно  (2-5 лет)  От 6 месяцев до 2-5 лет (определяет врач-ревматолог)  Длительно  -//-  2-4 недели  На период приема НПВС, ГК  Длительно  Длительно | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Уменьшение числа регоспитализаций. |
| Микроскопический полиангиит  (М30.60) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Анализ мочи по Нечипоренко  4. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина , глюкозы, общего белка, альбумина, калия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  5. Иммунологическое исследование крови:определение уровня АНЦА (после консультации врача-ревматолога) 1,2  6. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  7. УЗИ органов брюшной полости  8. Рентгенография органов грудной полости.  9. ЭКГ | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  -//-  1/год  1  1/год  1/год  1-2/год | 1. ФГДС  2. Исследование функции внешнего дыхания1,2  3. Рентгеновская комьютерная томография легких высокого разрешения1,2  4. ДРА1,2.  5. Консультация врача-нефролога1,2 | | Продолжение терапии стационарного этапа  1. ГК для системного применения:  Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут(не более 60 мг/сут) или ме-тилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до под-держивающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).  2.Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства (назначает врач-ревматолог):  2.1..Алкилирующие соединения: циклофосфамид 600-1000 мг в/венно капельно 1 раз в 2-4 недели (при высоком риске прогрессирования заболевания.Вводится в стационарных условиях–см. стационарный этап).  2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь  2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-17.5 мг/нед. внутрь, п/к или в/мыш или  2.4. Микофеноловая кислота 2 г/сут внутрь (при неэффективности/непереносимости метотрексата и азатиоприна)  3. НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  4. При наличии факторов риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-4- мг/сут и др.  5. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза | 4-10 недель без учета стационарного этапа с последующим постепенным снижением до поддерживающей (длительно)  Длительно  (2-5 лет)  От 6 меся-цев до 2-5 лет (опре-деляет врач-ревмато-лог)  Длительно  -//-  -//-  2-4 недели  на период  приема НПВС,ГК  длительно | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Уменьшение числа регоспитализаций. |
| Гигантоклеточный артериит  (М31.5) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  5.Ультразвуковая ангиодопплерографиямагистральных артерий шеи, конечностей, аорты (после консультации врача-ревматолога)1,2  6. Рентгенография органов грудной полости.  7. ЭКГ  8. Консультация врача-офтальмолога | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1  1/год  1/год  1-2/год  1/далее  по показаниям | 1. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*; уровня АЦЦП1.,2,; определение содержания антифосфолипидных антител: ВА1,2; аКЛ1,2 IgG или IgM- изотипов; ат к антител к β2-ГПантител: ВА1,2; аКЛ1,2 IgG или IgM- изотипов; ат к антител к β2-ГП I 1,2 IgG и/или IgM изотипов  2. ДРА1,2  3. Консультация врача-ангиохирурга 1,2  4. Консультация врача-невролога | | Продолжение терапии стационарного этапа:  1. ГК для системного применения:  Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или ме-тилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут (4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства (назначает врач-ревматолог):  2.1. Антиметаболиты: метотрексат 17,5 мг/нед внутрь, п/кожно или в/мыш  или  2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2−3 мг/кг/сут (при непереносимости метотрексата).  3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут длительно.  4. НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  5.Ингибиторы протонной помпы (при наличии риска ЖК осложнений): омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.  6. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза. | 2-10 недель без учета стационарного этапа с послед переходом на поддерживающую дозу (длительно)  Длительно  (2-5 лет)  длительно  -//-  -//-  Длительно  2-4 недели  На период приема НПВС, ГК  Длительно | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Уменьшение числа регоспитализаций. |
| Ревматическая полими-алгия (М35.3) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, калия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*  5. Рентгенография органов грудной полости.  6. ЭКГ  7.Консультация врача-невролога | | 2-4 /год  2-4 /год  2-4 /год  1  1/год  1-2/год  1/далее по показаниям | 1. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АЦЦП 1,2  2. Электромиография1,2  3. Ультразвуковая ангиодопплерография магистральных артерий шеи, конечностей, аорты1, 2  4. УЗИ органов брюшной полости  5.ФГДС | | Продолжение терапии стационарного этапа:  1. ГК для системного применения: преднизолон 15-20 мг/сут (метилпреднизолон 12-16 мг/сут) в 2-3 приема внутрь до достижения ремиссии и в течение 1 месяца после достижения ремиссии с последующим снижением на 1,25 мг/сут (1 мг/сут) в 7-10 дней до 10 мг/сут (8 мг /сут); затем по 1мг/сут (0,8 мг/сут) каждые 4 недели до полной отмены. | 2-4 месяца | 1.Достижение ремиссии.  2.Уменьшение числа регоспитализаций. |
| Геморрагический васкулит  (пурпура Шенлейна-Геноха) (D69.0) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ\*;  активности АсАТ, АлАТ  4. Иммунологическое исследование крови:определение концентрации РФ\*  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6.ФГДС  7. УЗИ органов брюшной полости  8. Рентгенография органов грудной полости.  9. ЭКГ | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1/далее  по показаниям  1  1/далее  по показаниям  1/далее по показаниям  1/год  1-2/год | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина  2. Анализ мочи по Нечипоренко  3. Рентгенография пораженных суставов | | Продолжение терапии стационарного этапа.  1. ГК для системного применения:  Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут(не более 60 мг/сут) или ме-тилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до под-держивающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства:  2.1.Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь (по показаниям).  3. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2-0,4/сут.Внутрь по показаниям (после консультации врача-ревматолога)  4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  5.При наличии факторов риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-4- мг/сут и др.  6. Антиагреганты: пентоксифиллин 600-800 мг/сут.Внутрь. | 1-1,5 месяца с учетом стационарного этапа с последующим постепенным снижением дозы до поддерживающей  Длительно  -//-  До купирования суставного синдрома  2-4 недели  На период приема НПВС, ГК  Курсом по  4-6 недель  1-2 раза в год | 1.Достижение ремиссии.  2.Выздоровление  3.Уменьшение числа регоспитализаций |
| Эссенциальный криоглобулинемический васкулит (М36.8) | | 1.Общий анализ крови.  2.Общий анализ мочи.  3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина , глюкозы, общего белка, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4.Исследование крови на наличие маркеров гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  5.Иммунологическое исследование крови: определение содержания РФ\*.  6. Рентгенография органов грудной полости.  7.ЭКГ | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1/далее  по показаниям  1-2/год  1/год  1-2/год | 1.Иммунологическое исследование крови: определение содержания криоглобулинов1 | | Продолжение терапии стационарного этапа (при наличии маркеров реприкации вируса гепатита С лечение осуществляется совместно с врачом-инфекционистом.)  1. ГК для системного применения:  Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или ме-тилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до под-держивающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут)  2. НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  3.При наличии факторов риска ЖК осложнекний - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 600-1200 мг/сут  и др.  4. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза: | 12-24 не-дели на этапе ин-дукции ре-миссии с учетом стац этапа и далее  2-5 лет  на этапе поддержания ремиссии  2-4 недели до купирования суставного синдрома  На период приема НПВС, ГК  Длительно | 1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания.    2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Снижение числа регоспитализаций |
| Облитерирующий тромбангиит (болезнь Винивартера-Бюр-гера) (М36.8; 173.1) | | 1.Общий анализ крови.  2.Общий анализ мочи.  3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ\*; активности  АсАТ, АлАТ  4.Рентгенография органов грудной полости.  5.Ультразвуковая ангиодопплерография сосудов верхних и нижних конечностей(после консультации врача-ревматолога)1,2.  6.ЭКГ  7.Консультация врача-ангиохирурга (после консультации врача-ревматолога) 1,2. | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1/год  1-2/год  1/далее по показаниям | 1.Биохимическое исследование крови: определение концентрации холестерина, его фракций  2. Определение содержания антифосфолипидных антител: (волчаночный антикоагулянт- далее ВА) 1;2; антител к кардиолипину  (далее аКЛ) 1;2, IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I1;2 IgG и/или IgM изотипов.  3.Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разрешения1,2  4.Консультация врача-невролога | | Продолжение терапии стационарного этапа:  1. ГК для системного применения:  Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или ме-тилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до под-держивающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).  2.Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут. внутрь;  пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь  3. Статины: аторвастатин 10-20 мг/сут внутрь и др.  4. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза | 12-24 недели без учета стационарного этапа на этапе индукции ремиссии с учетом стац этапа далее  2-5 лет  на этапе поддержа-ния ре-миссии  1,5-2 месяца 2 раза в год  длительно  -//- | 1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания.    2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Снижение числа регоспитализаций. |
| Болезнь Бехчета  (М35.2) | | 1.Общий анализ крови.  2.Общий анализ мочи.  3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ\*; активности  АсАТ, АлАТ.  4.Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*  5.Ультразвуковая ангиодопплерография сосудов (после консультации врача-ревматолога)1,2.  6. Рентгенография органов грудной полости.  7.ЭКГ  8.Консультация  врача-офтальмолога  9. Консультация врача- гинеколога. | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1/год  1-2/год  1/далее по показаниям  1-2/год  1/далее по показаниям  1/далее по показаниям | 1.Биохимическое исследование крови: определение концентрации холестерина, его фракций;  2.ФГДС  3.УЗИ органов брюшной полости | | Продолжение терапии стационарного этапа. Лечение осуществляется врачом- ревматологом совместно с другим специалистом (или врачом другой специальности при консультативной поддержке врача-ревматолога) по принципу доминирующих клинических проявлений заболевания:  1.ГК для системного применения:  1.1.Преднизолон (метилпреднизолон) 1-2 мг/кг/сут (0,8-1,6 мг/кг/сут)  внутрь до 12-24 недель внутрь с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы (преднизолон 5-15мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут)длительно.  1.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно по показаниям)  2.Иммунодепрессанты: азатиоприн внутрь 2,5 мг/кг /сут.  3. Противовирусные лекарственные средства (интерфероны) – притяжелом рефрактрном увеитепосле консультации врача офтальмолога  4.Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота и ее аналоги): сульфасалазин 2 г/сут (при поражении ЖКТ) внутрь или  5. Антиметаболиты: метотрексат 7.5-10 мг/неделю внутрь, п/кожно или, в\мыш при суставных проявлениях  6.НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  7. При наличии факторов риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной помпыомепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.  8. Фолиевая кислота: 1-3 мг/сут внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема). | 12-24 недели без учета стационарного этапа  далее  2-5 лет  на этапе поддержа-ния ре-миссии  по показаниям  Длительно  3 месяца с учетом стационарного этапа  Длительно  Длительно  2-4 недели  По показаниям, на период приема НПВС,ГК  длительно | 1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания    2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Снижение числа регоспитализаций |
| Системная красная волчанка (М32-М32. 9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, холестерина, его фракций, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Иммунологическое исследование крови (после консультации врача-ревматолога): определение концентрации РФ\*; АНА1,2,, антител к двухспиральной ДНК1,2; Sm антигену1; рибонуклеопротеину1; - гистонам 1; к Ro/SS-A и La/SS-B антигенам 1; определение активности компонентов комплемента С3 и С41  5.Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6. Анализ мочи по Нечипоренко  7. Рентгенография органов грудной полости.  8. УЗИ органовбрюшной полости  9. ЭКГ | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1-2/год  1  1-2/год  1/год  1/далее по показаниям  1/год | 1. Определение концентрации антифосфолипидных антител: ВА1,2; аКЛ1,2 IgG или IgM- изотипов; ат к β2-ГП I 1,2IgG и/или IgM изотипов  2. ФГДС  3. Рентгенография пораженных суставов  4. Рентгеновская компьюторная томография легких высокого разрешения1,2  5 .ЭЭГ1,2  6. ДРА1,2  7. СМАТ1,2  8. ВЭМ  9. Эхо-КГ  10. Консультация врача-невролога  11. Консультация  врача-нефролога  12. Консультация врача-офтальмолога | | Продолжение терапии стационарного этапа  1. ГК для системного применения:  преднизолон 0,25-1,0 мг/кг/сут (метилпреднизолон 0,2-0,8 мг/сут) внутрь.  При нормализации клинико-лабораторных показателей (АНА, ат к ДНК, СОЭ) снижение дозы преднизолона на 2,5-5 мг/сут в 2 недели (метилпреднизолона - на 2-4 мг/сут) до поддерживающей дозы (преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут).длительно  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства:  2.1. Алкилирующие средства: циклофосфамид 600-1000 мг/сут внутривенно капельно 1 раз в месяц 6 месяцев, затем каждые 3 месяца в течение 2 лет (вводится в условиях стационара при поражении ЦНС; при пролиферативном вариантелюпус-нефрита; аутоиммунная гемолитическая анемия, тромбоцитопении, васкулите, пневмоните).  2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг в сут. внутрь (в качестве  поддерживающей терапии индуцированной циклофосфамидом ремиссии волчаночного нефрита, аутоиммунной гемолитической анемии, тромбоцитопении) или  2.3.Антиметаболиты: метотрексат 12,5-17,5 мг/нед. при поражениях суставов) внутрь, п/кожно или в/мыш  или  3. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2-1 г/сут. (при поражениях кожи,суставов) внутрь  4. НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  5.При наличии факторов риска ЖК осложнений: ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.  6. Антиагреганты: дипиридамол 150 -200 мг/сут внутрь (длительно при люпус-нефрите), пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь.  7. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза.  8.Фолиевая кислота: 1-3 мг/сут внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема). | 1-1,5 месяцас учетом стационарного этапа споследующим переходом на поддерживающую дозу длительно  от 6 месяцев до 2 лет  Длительно  -//-  -//-  До купирования суставного синдрома  На период приема НПВС,ГК  Длительно  Длительно | 1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Снижение числа регоспитализаций.  4. Повышение качества жизни. |
| Дерматополимиозит (М33) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, холестерина, СРБ\*; активности КК1,2,; АсАТ, АлАТ  4. Иммунологическое исследование крови (после консультации врача-ревматолога): определение концентрации АНА1,2; миозитспецифических антисинтетазных антител1 (к гистидил тРНК синтетазе – Jo-1)  5.Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6. Электромиография(после консультации врача-невролога при постановке диагноза)1,2  7. Рентгеноскопия органов грудной полости.  8. ЭКГ  9. Консультация врача-невролога  10. Консультация  врача-отоневролога1,2 | | 2-4 /год,  \*\*  -//-  -//-  1-2/год  1  1/чаще, по показаниям  1/год  1-2/год  1/год  1/далее по показаниям | 1. Исследование функции внешнего дыхания1,2  2. УЗИ органов брюшной полости.  3. МРТ мышечной ткани1,2.  4. Рентгеновская компьюторная томография легких высокого разрешения1  5. Капилляроскопия1,2  5. ФГДС  6. ДРА1,2  7. Консультация врача-дермато-лога.  8. Консультация врача-инфекцио-ниста | | Продолжение терапии стациионарного этапа:  1. ГК для системного применения:  преднизолон 0,25-1,0 мг/кг/сут (ме-тилпреднизолон 0,2-0,8 мг/кг/сут) внутрь. При нормализации клинико-лабораторных показателей (СРБ, СОЭ) снижение дозы преднизолона на 2,5-5 мг/сут в 2 недели (метилпреднизолона - на 2-4 мг/сут) до о поддерживающей дозы (преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут)  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства (назначает врач-ревматолог):  2.1.Антиметаболиты: метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь или п/кожно или в/мыш  2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 100-200 мг/сут (при неэффективности, непереносимости метотрексата).  3. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолоновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2-0,4 г/сут внутрь при поражениях кожи.  4. НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  5 .При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сутили эзомепразол 20-40 мг/сут и др.  6. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза | 8-12недель с учетом стационарного этапа с последующим снижением до поддерживающей (длительно)  Длительно  -//-  -//-  -//-  -//-  На период прима НПВС, ГК  Длительно | 1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Снижение числа регоспитализаций.  4. Повышение качества жизни Достижение ремиссии. |
| Системный склероз (М34-34.9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, калия, натрия, глюкозы, общего белка, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ  4. Иммунологическое исследование крови (после консультации врача-ревматолога): определение концентрации РФ\*; АНА1,2; антител к топоизомеразе-1 (анти-Scl-70)1; к РНК полимеразам I и III1, антицентромерных антител1  5.Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6. Исследование функции внешнего дыхания.  7. ФГДС  8. Рентгеноскопия органов грудной клетки с контрастированием пищевода (акт глотания).  9. Рентгенография пораженных суставов  10. Капилляроскопия (после консультации врача-ревматолога)1,2  11. ЭКГ | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям4  -//-  -//-  1/год  1  1/год  1/далее по показаниям  1/год  .  1/год  1/год  1-2/год | 1. Тест 6-минутной ходьбы  2.Рентгеновская компьюторная томография легких высокого разрешения 1,2  3. Эхо-КГ  4. УЗИ ОБП  5. Реовазография  кистей и стоп1,2  6. Консультация врача-нефролога | | 1. Антифиброзная терапия (газначает врач-ревматолог по показаниям):  Пеницилламин 450-900 мг/сут 2-3 месяца с последующим снижением дозы до 250-300 мг/сут внутрь длительно  или  2. Антиметаболиты: метотрексат 10-15 мг/нед (при поражении суставов, сочетании ССД с ревматоидным артритом и полимиозитом) внутрь, п/кожно или в/мыш  3. ГК для системного применения (при диффузном поражении кожи, поражении легких):  Преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут (ме-тилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут)  внутрь с последующим снижением дозы через 2-4 недели на2,5- 5 мг/сут (2-4 мг/сут)до поддерживающей дозы (преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут)  4. Антагонисты кальция: нифедипин 30-60 мг/сут (или амлодипин 5-10 мг/сут) внутрь  5. Ингибиторы АПФ (каптоприл 12,5-100 мг/сут, эналаприл 5-40 мг/сут) внутрь  6. НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  7.При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.  8. Прокинетики: метоклопрамид 30-40 мг/сут. внутрь  9. Антиагреганты: пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь  10. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема)  11. ФТЛ (по показаниям):  электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов. | Длительно  Длительно  2-4 недели с последующим снижением и отменой  Длительно  Длительно  До купированиясуставного синдрома 2-4 недели  На период приема НПВС, ГК  Длительно/ по показаниям  1-2 раза в год курсами по 2-4 недели  Длительно  1-2 раза в год | 1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Снижение числа регоспитализаций.  4. Повышение качества жизни. |
| Сухой синдром [Шегрена] (М35) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка; СРБ\*, калия, натрия, кальция; активности АсАТ, АлАТ; ЩФ1,2  4. Иммунологическое исследование крови (после консультации врача-ревматолога): определение концентрации АНА1,2; РФ\*; криоглобулинов1; антител к растворимым ядерным антигенам –Ro/SS-A1; La/SS-B1.  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6.Исследование мочи на белок Бенс-Джонса 1,2.  7. Исследование функции внешнего дыхания1,2  8. Рентгенография оганов грудной полости.  9. Рентгенография пораженных суставов.  10. УЗИ органов брюшной полости.  11. ЭКГ  13. Консультация врача-офтальмо-лога с проведением офтальмологического обследования:  13.1.исследование уровня базальной и стимулированной слезной секреции с применением теста Ширмера1,2;  13.2.окраска эпителия конъюктивы и роговицы бенгальским розовым и флюоресцеином1.  14. Консультация врача-стоматолога с проведением стоматологического обследования:  14.1.сиалография околоушных слюнных желез1,2  или  14.2. УЗИ околоушных слюнных желез1.,2; | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1-2/год  1  1/далее по показаниям  1/далее по показаниям  1/год  1/далее по показаниям  1/год  1-2/год  1/год  1/ год  1/ год  1/год  1/далее по показаниям  1/далее по показаниям | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина.  2. Иммунологическое исследование: определение концентрации АЦЦП 1,2  в сыворотке крови  3. Анализ мочи по Нечипоренко  4. ФГДС  5.Сцинтиграфия слюнных желез1  6. УЗИ щитовидной железы  7. Эхо-КГ  8. Рентгеновская комьюторная томография легких высокого разрешения1,2  9. ДРА1,2  10. Консультация врача-онколога  11. Консультация  врача-гематолога  12. Консультация врача-нефролога  13. Консультация врача-акушера-гинеколога | | 1.Продолжение терапии стационарного этапа  1.ГК для системного применения внутрь: преднизолон 0,25-1,0 мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,2-0,8 мг/кг/сут. с последующим постепенных переходом на поддерживающую дозу 5-10 мг/сут преднизолона (4-8 мг/сут медрола) длительно  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства:  2.1.Алкилирующие средства хлорамбуцил 2-8 мг/сут внутрь.  2.2. Циклофосфамид (см стационарный этап)  3. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые производные): гидроксихлорохин 0,2-0,4 г/сут. Внутрь.  4. НПВС (при наличии суставного синдроиа): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.  5. При наличии факторов риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др  6. Антагонисты кальция: нифедипин 30-60 мг/сут (или амлодипин 5-10 мг/сут).внутрь  8. Антиагреганты: пентоксифиллин 300-800 мг/сут внутрь  9.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза.  10. ФТЛ (по показаниям):  электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.  11. ЛФК. | 1-1,5 месяца с учетом стационарного этапа)с последующим переходом на поддерживающую дозу длительно  Длительно  -//-  -//-  До купирования суставного синдрома  На период прима НПВС, ГК  Курсами по 1-2 мес 1-2 раза в год  -//-  Длительно  2 раза в год  Постоянно | 1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Снижение числа регоспитализаций.  4. Повышение качества жизни. |
| Другие перекрестные синдромы (смешанное заболевание соединительной ткани; недифференцированные заболевания соединительной ткани) (М35; 35.1) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Иммунологическое исследование крови (после консультации врача-ревматолога): определение концентрации РФ\*; АНА 1,2; антител к двухспиральной ДНК1,2; антител к Sm антигену1; рибонуклеопротеиду1; гистонам1;  антител к растворимым ядерным антигенам -Ro/SS-A и La/SS-B антигенам1; антител к топоизомеразе-1 (анти-Scl-70) 1; РМ-Scl1; U3 рибонуклеопротеину1; антицентромерные антитела1; антиситетазные антитела) 1.  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6.ЭКГ  7. Рентгенография органов грудной полости.  8. Рентгенография пораженных суставов | | 2-4 /год,  чаще-по показаниям\*\*  -//-  -//-  1-2/год  1  1-2/год  1/год  1/год | 1. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АЦЦП1,2  2. Анализ мочи по Нечипоренко.  3. Исследование функции внешнего дыхания.  4. ФГДС  5. УЗИ органов брюшной полости.  6. Эхо-КГ.  7.ЭМГ1,2.  8. КТ легких высокого разрешения1,2.  9. Капилляроскопия1  10. Консультация врача-невролога. | | Продолжение терапии стационарного этапа  1.ГК для системного применения: преднизолон 0,25-1,0 мг/кг/сут или ме-тилпреднизолон 0,2-0,8 мг/кг/сут. с последующим постепенных переходом на поддерживающую дозу 5-10 мг/сут преднизолона (4-8 мг/сут медрола) длительно  .  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства:  2.1.Антиметаболиты: метотрексат- 7,5-15 мг/нед.внутрь., п/кожно или в/мыш  2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 50-150 мг/сут внутрь.  3. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2 г/сут. внутрь  4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  5.Ингибиторы протонной помпы(по показаниям): омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др  6. Антагонисты кальция: нифедипин длительного действия 30-60 мг/сутвнутрь  7Антиагреганты: пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь  9.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза:  10 ЛФК | 1-1,5 ме-сяца с учетом стацио-нарного этапа)с последу-ющим пе-реходом на под-держива-ющую до-зу дли-тельно  Длительно  -//-  -//-  -//-  До купирования болевого синдрома  На период приема НПВС, ГК  Длительно  -//-  -//-  постоянно | 1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Снижение числа регоспитализаций.  4. Повышение качества жизни. |
| Антифосфолипидный синдром, ассоциированный с системными заболеваниями соединительной ткани (СКВ; ССД; ДМ) | | 1.Выполнение обследований, необходимых для диагностики основного заболевания и определения активности процесса (СКВ, ССД; ДМ/ПМ, СШ)  2.Общий анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов.  3. Микрореакция преципитации с кардиолипиновым антигеном  4.Исследование показателей гемостаза: определение протромбинового времени (далее-ПТВ) с расчетом показателей МНО  5.Определение содержания антифосфолипидных антител (после консультации врача-ревматолога)1,2: ВА1,2; аКЛ1,2 IgG или IgM- изотипов; ат к β2-ГП1,2 I IgG и/или IgM изотипов.  6.Рентгенография органов грудной полости.  7. Эхо-КГ  8.Консультация врача-отоларинголога  9.Консультация врача-стоматолога  10. Консультация врача-акушера-гинеколога | | 1-2/год  2-4/год  1  1-2 / месяц  1/ через 12 нед, далее 1-2/год  1/год  1/далее по показаниям  1/далее по показаниям  -//-  -//- | 1. УЗИ сосудов1,2  2.Консультация врача-гематолога  3. Консультация врача-невролога  4. Консультация врача- офтальмолога  5. Консультация врача-хирурга  6. Консультация врача-нефролога  7. Консультация врача-ангиохирурга1,2 | | 1.Фармакотерапия основного заболевания, направленная на снижение его активности и прогрессирования  2. Санация очагов хронической инфекции  3. Антиагрегантная терапия: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут внутрь.  4. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2-0,4/сут внутрь (по показаниям, назначается врачом-ревматологом)  5.Непрямые антикоагулянты: варфарин 2,5-7,5 мг/сут. Доза препарата подбирается индиивидуально под контролем МНО с достижением его целевых значений (от 2 до 3- при венозных тромбозах; более 3-при артериальных и рецидивирующих тромбозах) | Длительно  Постоянно  Длительно  -//-  -//- | 1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Снижение числа регоспитализаций.  4. Снижение риска повторных тромбозов. |
| Рецидивирующий панникулит Вебера-Крисчена (М 35.6) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ  4. ЭКГ  5. Рентгенография органов грудной полости. | | 2-4 /год  2-4 /год  1-2/год  1/год  1/год | 1. УЗИ органов брюшной полости  2. ФГДС | | Продолжение терапии стационарного этапа  1. Санация очагов хронической инфекции  2.ГК для системного применения: преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут внутрь (метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут) 2-3 недели с учетом стационарного этапа с последующим постепенным снижением дозы до полной отмены  2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  .  3. При наличии факторов риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др | 4-6 недель с учетом стационарного этапа  2-4 недели  -  На период приема НПВС, ГК | 1.Стабилизация процесса.  2.Улучшение состояния.  3.Снижение числа регоспитализаций. |
| Глюкокортикоидный остеопороз  (М81.4, М80.4) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации кальция, ионизированного кальция1, альбумина, активности ЩФ1,2.  4. Рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях  5. ДРА1,2 | | 1/год  1/год  1/год  1/далее по показаниям  1/год | 1. Исследование содержания гормонов щитовидной железы в сыворотке крови1,2: трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ).  2. Исследование содержания тестостерона1,2, фолликулстимулирующего1,2, лютеинизирующего гормонов, эстрадиола1,2  2.Исследование концентрации витамина Д1 | | 1. Опиоидные анальгетики (при купировании болевого синдрома на фоне остеопоротических переломов):  1.1. Трамадол 50-200 мг/сут внутрь или в/м.  2.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза:  2.1. Бисфосфонаты: алендроновая кислота 5-10 мг/сут или 70 мг/нед; ибандроновая кислота 150 мг/мес. внутрь или 3 мг в 3 мл в/венно 1 раз в 3 мес  2.2. Комбинированные препараты карбоната кальция (из расчета 800-1200 мг/сут) в сочетании с колекальциферолом (800 МЕ/сут) внутрь.  2.3.Кальцитонин 200 МЕ/сут (при выраженном болевом синдроме, связанном с компрессионными переломами позвонков) интраназально, п/кожно или в/мышечно  2.4. Стронция ранелат 2,0 г/сут (при развитии заболевания на фоне постменопаузального остеопороза) | До купирования болевого синдрома  Длительно  -//-  -//-  -//-  -//- | 1.Снижение выраженности болевого синдрома.  2.Снижение риска развития переломов стабилизация процесса.  3. Уменьшение числа регоспитализаций.  4. Повышение качества жизни. |
| Фибромиалгия (М79.0) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации СРБ\*, глюкозы, альбумина, калия, натрия, активности АлАТ, АсАТ  4. Рентгенография органов грудной полости.  5. ЭКГ  6. Консультация врача-психотерапевта1,2 | | 1/год  1/год  1/год  1/год  1-2/год  1/год | 1. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*; АНА 1,2; антител к двухспиральной ДНК1,2; антител к Sm антигену1; рибонуклеопротеиду1; гистонам1;  антител к растворимым ядерным антигенам -Ro/SS-A и La/SS-B антигенам1; антител к топоизомеразе-1 (анти-Scl-70) 1; РМ-Scl1; U3 рибонуклеопротеину1; антицентромерные антитела1; антиситетазные антитела1; АЦЦП1,2  2. Консультация врача-психиатра  3. Консультация врача-невролога | | Уменьшение выраженности болевого синдрома  1Антидепрессанты: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: флуоксетин 20 мг/сут внутрь  или  2. Опиоидные анальгетики (центрального действия):  Трамадол 50-250 мг/сут. внутрь или в/мыш  3. Противоэпилептические средства: прегабалин450 мг/сут внутрь (с целью снижения выраженности болевого синдрома, коррекции нарушений сна, утомляемости – назначается псле консультации врача-невролога по показаниям) и др.  4. ФТЛ: гидротерапия, массаж - 7-10 сеансов.  5. ЛФК | На период обострения  -//-  -//-  -//-  1-2 раза в год по показаниям  Постоянно | 1.Уменьшение выраженности болевого синдрома.  2.Улучшение качества жизни.  3.Уменьшение выраженности депрессии. |
| **Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в стационарных условиях** | | | | | | | | | |
| Острая ревматическая лихорадка (I00-I04) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, СРБ\*, АСЛ-О\*, калия, натрия; активности АсАТ, АлАТ, миоглобина1;2 КК 1;2, МВ-фракции КК1;2  4. ЭКГ  5. Эхо-КГ  6. Рентгенография органов грудной полости.  7. Консультация врача-оториноларинголога | | 1/7 дней  1/7дней  1/7дней  1/7 дней  1/далее по показаниям  1  1 | 1. Определение содержания антифосфолипидных антител: ВА1,2;  аКЛ1,2 IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I1,2 IgG и/или IgM изотипов.  2. СМЭКГ 1,2  3. Чреспищеводная Эхо-КГ1,2.  4. Определение антител к Borreliaburgdorferiклассов IgM, IgG  5. Определение антител классов IgA, M, Gк Chl. trachomatis1,2 | | 1. Антибактериальная терапия (10-14 дней): эрадикация β-гемолитического стрептококка группы А:  Препараты первой линии  1.1.бензилпенициллин 6-12 млн. ЕД в сутки в/м в 4-6 инъекцийили  1.2.ампициллин 8-12 г/сут в/м, или  Альтернативные антибактериальные (АБ) лекарственные средства (при аллергии к пенциллину)  1.3.азитромицин-1 г в 1-й день, затем по 0,5 г внутрь в течение 5-7 дней или  1.4.спирамицин по 3 млн.ЕД 2 раза в день внутрь 7-10 дней  или  АБ резерва (в случае развития аллергической реакции к пенициллинам, макролидам):  1.5.линкомицин 600-900 мг/сут в/м - 7-10 дней  2.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрьcпоследующим продолжением на амбулаторном этапе  3. Глюкококортикоиды для системного применения(при высокой активности, панкардите): преднизолон 0,25-0,3 мг/кг/сут (метилпреднизолон 0,20-0,25 мг/кг/сут)2-3 недели с последующим постепенным снижением дозы (см амбулаторный этап)  4. При наличии факторов риска ЖК осложнений ингибиторы протонной помпы:  4.1 Омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  4.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  5. Бензатин бензилпенициллин 2,4 млн. ЕД в/м однократно после завершения курса АБ терапии ( далее см профилактику рецидивов на амбулаторном этапе). | 10-16 дней | 1.Выздоровление  2.Формирование минимальных клапанных повреждений (посткраевой фиброз) при поздней диагностике заболевания |
| Хроническая ревматическая болезнь сердца: пороки митрального и аортального клапанов  -изолированные, сочетанные, комбинированные (I05-I08.9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка, СРБ\*; AСЛ-O\*; калия, натрия, мочевины, креатинина, глюкозы; активности АсАТ, АлАТ.  4. Исследование показателей гемостаза – определение ПТВ с расчетом МНО.  5. ЭКГ  6. Эхо-КГ  7. Рентгенография органов грудной полости.  8. Консультация врача-оториноларинголога | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  Исходно; на  2; 3; 5 дни приема варфарина, далее 1 раз в 2 недели  Исходно и перед выпиской  1/далее по показаниям  Исходно и перед выпиской  1 | 1 Определение содержания антифосфолипидных антител: ВА1,2;  аКЛ1,2 IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I1,2 IgG и/или IgM изотипов 1,2  2. Определение концентрации натрийуретического пептида1.  3. СМЭКГ1,2  4. Чреспищеводная Эхо-КГ1,2.  5 Определениепоказателей (центральной гемодинамики (ЦГД, 1,2 )  6. Реоэнцефалограмма (РЭГ)1,2  7. Консультация:  врача-стоматолога  8. Консультация  врача-кардиохирурга1,2. | | Консервативное лечение пациентов с ХРБС осуществляется в рамках клинических протоколов диагностики и лечения пациентов с ХСН; нарушений сердечного ритма  6. Кардиохирургическое лечение (по показаниям). | 12-14 дней | 1. Замедление темпов прогрессирования хронической сердечной недостаточности (далее ХСН).  2. Увеличение продолжительности жизни пациентов.  3. Достижение компенсации ХСН.  4. Улучшение качества жизни пациентов. |
| Реактивные артропатии (М02)  Болезнь Рейтера (М02.3.) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи  4. Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка, мочевины, глюкозы, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  5. Определение антигена гистосовместимости HLA-B271,2(после консультации врача-ревматологаоднократно приверификации диагноза)  6. Определение фрагментов ДНК Сhl. Trachomatisв биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального канала +сок простаты методом ПЦР 1;2  7. Определение в сыворотке крови антител к иерсиниям (при наличии в анамнезе диареи).  8. Посев кала на патогенную кишечную флору (при наличии диареи).  9. Рентгенография пораженных суставов,илео-сакральных сочленений (при наличии симптоматики сакроилеита);  пораженных отделов позвоночника.  10. Рентгенография органов грудной полости.  11. ЭКГ  12. Консультация врача-акушера-гинеколога/  врача-уролога с забором биологического материала.  13. Консультация врача-инфекциониста | | 1/7 дней  1/7 дней  1  1/7 дней  1  1  (на этапе постановки диагноза)  1 и в динамике через 7-10 дней  1  1  1  1/ 7 дней  1  1 | 1.Определение антигена Chtrachomatis в биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального канала +сок простаты) методом РИФ1;2,  2.Определение в сыворотке крови иммуноглобулинов классов А,M, G к Сhl. trachomatis методом ИФА1;2,  3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина.  4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*; АЦЦП1,2  5. УЗИ органов брюшной полости.  6. УЗИ пораженных суставов1,2.  7. УЗИ предстательной железы; органов малого таза (у женщин)  8. МРТ илео-сакральных сочленений, пораженных отделов позвоночника 1,2.  9. Эхо-КГ.  10. Исследование синовиальной жидкости  11. Определение фрагментов ДНК Chtrachomatis в синовиальной жидкости 1,2.  12. Исследование на другие ИППП (Trichomonasvaginalis; Herpessimplex)1,2  12. Консультация врача-дерматове-неролога | | 1. Антибактериальная терапия (проводится в случае реактивного артрита урогенной этиологии) Назначаются антибактериальные лекарственные средства, обладающие активностью в отношении Chtrachomatis (тетрациклины, макролиды, фторхинолоны). Продожительность терапии соответствует продолжительности стационарного этапа с последующим продолжением антибактериальной терапии на амбулаторном (см амбул этап).  1.1. Макролиды: азитромицин 0,5-1 г/сут или рокситромицин 0,3 г/сут, или спирамицин по 4,5-9 млн. ЕД/сут. (внутрь или внутривенно) или джозамицин 1000 мг/сут внутрь или  1.2. Тетрациклины: доксициклин 0,2 г/сут. внутрь или  1.3. Фторхинолоны: офлоксацин 0,4-0,8 г/сут (внутрь или в/венно); моксифлоксацин внутрь 400 мг/сут внутрь; левофлоксацин 500 мг/сут внутрь или в/венно  2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  3.При наличии факторов риска ЖК осложнений:  3.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  3.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  4. ГК для системного применения (при наличии системных проявлений (кардит, артрит, высокой активности):  4.1.Преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут, (метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут) внутрь до стабилизации процесса (3-4 недели) (далее см амбулаторный этап)  4.2.Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав; периартикулярно в область энтезисов)  5.Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь(при неэффективности терапии НПВС; антибактериальной терапии в случае реактивного артрита).  6. ЛФК  7. Массаж (вне обострения) - 7-10 сеансов  8. ФТЛ (по показаниям в зависимости от активности процесса):  электро-, бальнео-, ультразвуко-лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов. | 12-14 дней | 1. Снижение активности заболевания.  2. Повышение функциональной активности.  3. Повышение качества жизни. |
| Псориатические и энтеропатические артропатии (М07) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, калия, натрия, глюкозы, общего белка, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  5. Рентгенография илео-сакральных сочленений;  пораженных суставов  6. МРТ илео-сакральных сочленений, пораженных отделов позвоночника1,2  (дорентгенологическая стадия, после консультации врача-ревматолога)  7. Определение антигена гистосовместимости HLA-B271,2 (после консультации врача-ревматолога однократно при вверификации диагноза)  8. Рентгенография органов грудной полости  9. ЭКГ  10. Консультация врача-дерматолога | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1  Исходно и при выписке  1 | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, холестеринаи его фракций  2. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*АЦЦП1,2  3. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи  4. Определение в сыворотке крови титров антител классов IgM, G к хламидиям, иерсиниям, боррелиям.  5. Консультация врача-гастроэнтеролога (в случае энтеропатической артропатии)  6. Бактериологическое исследование кала на наличие возбудителей дизентерии, сальмонеллеза (при наличии энтероколита).  7. Сцинтиграфия костно-суставной системы1,2  8. Эхо-КГ  9. ФГДС  10. Консультация врача-офтальмолога.  11. Консультация врача-дерматолога.  12. Проба Манту | | 1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  2. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  2.1.Ингибиторы протонной помпыомепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  2.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  3. Патогенетические лекарственные средства  3.1. Антиметаболиты: метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь или п/к или в/мыш. (при псориатической артропатии) или  3.2. Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь (в случаеэнтеропатической артропатии; при псориатической артропатии в случае непереносимости метотрексата) или  3.3. Селективные иммунодепрессанты: лефлуномид 20 мг/сут (при псориатической артропатии в случае непереносимости/неэффективности метотрексата, сульфасалазина, по решению консилиума)  4. Фолиевая кислота 1-3 мг/неделю однократно при приеме метотрексата  5. ГК для системного применения (при наличии системных проявлений):  5.1.Преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/кг/сут) внутрь до развития эффекта от применения препаратов патогенетической терапии на период стационарного лечения, далее см амбулаторный этап)  5.2.Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав; периартикулярно в область энтезисов)по показаниям  6. Селективные иммунодепрессивные лекарственные средства - химерные моноклональные антитела к ФНО-ά(при неэффективности, непереносимости НПВС, сульфасалазина, метотрексата, лефлюномида. Назначается по решению консилиума) - инфликсимаб -3-5 мг/кг массы тела внутривенно по схеме: 0 недель, 2; 6; 8 недели, далее 1 раз в 8 недель (введение препарата осуществляется в условиях стационара).  7. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез (при высокой активности псориатической артропатии с наличием системных проявлений и/или в сочетании с распространенным псориазом в случае недостаточного ответа на проводимую патогенетическую терапию)  8. ЛФК  9. Массаж (по показаниям)  10. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия - 7-10 сеансов | 14 суток (10-16) | 1. Снижение активности заболевания.  2. Повышение функциональной активности.  3. Повышение качества жизни. |
| Анкилозирующий спондилит (М45) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, калия, натрия, глюкозы, общего белка, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Определение антигена гистосовместимости HLA-B271,2(после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза) .  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6.Рентгенография илео-сакрального сочленения, пораженных отделов позвоночника; суставов.  7.МРТ илео-сакрального сочленения и пораженных отделов позвоночника ( до рентгенологическая стадия после консультации врача-ревматолога)1, 2  8. Рентгенография органов грудной полости  9. ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1  исходно и при выписке | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, холестерина, его фракций, ЩФ1,2  2. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи.  3. Определение суточной протеинурии.  4. Исследование фильтрационной функции почек – определение клиренса по эндогенному креатинину1,2  5. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*.  6. Обследование на наличие хламидийной инфекции (см. реактивные артропатии).  7.Определение маркеров костного ремоделирования:β-Кросс-Лапс1,2, остеокальцин1,2, ионизированного кальция1,2  8.Эхо-КГ  9. УЗИ органов брюшной полости  10. УЗИ предстательной железы.  11.ФГДС  12. КТ легких высокого разрешения1,2  13. Биопсия почки  (при подозрении на амилоидоз) с  гистологическим исследованием биоптата1.2.  14. Консультация врача-офтальмолога.  15. Консультация  врача-уролога.  16. Консультация врача-нефролога  17. Консультация врача-нейрохирурга1.2..  18. Проба Манту | | 1.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  2. ГК для системного применения(при высокой активности, системных проявлениях):  2.1. Метилпреднизолон по 250-500-1000 мг в/в в течение 3 дней (по показаниям) с приемом ГК внутрь : преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь на период госпитализациис последующим продолжением на амбулаторном этапе ( см леч в амбул условиях)  2.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно; периартикулярно в область энтезисов)  3. Патогенетические лекарственные средства ( при наличии периферического артрита) с последующим продолжением на амбулаторном этапе:  3.1. Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь или  3.2.Антиметаболиты: метотрексат 10-15 мг/нед.внутрь или п/к или в/мыш(при неэффективности или непереносимости сульфасалазина).  4. Селективные иммунодепрессивные средства: химерные моноклональные антитела к ФНО-ά (при неэффективности/непереносимости НПВС; сульфасалазина; метотрексатау пациентов с высокой активностью заболевания по решению консилиума)инфликсимаб -3-5 мг/кг массы тела по схеме: 0 недель, 2; 6; 8 недели, далее 1 раз в 8 недель  5.При наличии факторов риска ЖК осложнений:  5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др  или  5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  6. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза  7.ЛФК  8. Массаж мышц спины (при наличии спондилита, минимальной активности болезни или ремиссии).  9. ФТЛ (по показаниям):электро-, тепло-, бальнео- ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов. | 10-14 дней | 1.Снижение активности заболевания  2. Повышение функциональной активности  3.Повышение качества жизни |
| Недифференцированная спондилоартропатия (М 46.9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи.  4. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  5. Определение антигена гистосовместимости HLA-B271,2(после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)  6. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  7.Рентгенография илео-сакрального сочленения, пораженных отделов позвоночника; суставов.  8.МРТ илео-сакрального сочленения и пораженных отделов позвоночника (до рентгенологи-ческая стадия, после консультации врача-ревматолога) 1,2  9. Рентгенография органов грудной полости.  10. ЭКГ | | 1/7дней  1/7дней  1  1/7дней  1  1  1  1  1  1/7 дней | 1. Обследование на хламидийную инфекцию  (см. реактивные артриты)  2. Эхо-КГ  3. ФГДС  4. УЗИ органов брюшной полости  5. Консультация врача-уроло-га/гинеколога;  6. Консультация врача-дерматолога | | 1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  2. ГК для системного применения(при высокой активности, системных проявлениях):  2.1. Метилпреднизолон по 250-500-1000 мг в/в в течение 3 дней (по показаниям) с приемом ГК внутрь : преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь на период госпитализациис последующим продолжением на амбулаторном этапе ( см леч в амбул условиях)  2.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно; периартикулярно в область энтезисов)  3. Патогенетические лекарственные средства  3.1. Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь  или  3.2.Антиметаболиты: метотрексат 10-15 мг/нед. внутрь или п/к или в/мыш (при неэффективности или непереносимости сульфасалазина).  4. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  4.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сутили эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др.  или  4.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  5. ЛФК  6. Массаж мышц спины № 7-10 (по показаниям)  7. ФТЛ (по показаниям):электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов. | 10-14 дней | 1.Снижение активности заболевания  2. Повышение функциональной активности  3.Повышение качества жизни |
| Ревматоидный артрит серопозитивный (М05-05.9)  Другие ревматоидные артриты (М06-06.9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*; АЦЦП (после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)1,2  5. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита(HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6. Исследование синовиальной жидкости (определение РФ1,2, физико-химических свойств, микроскопия).  7. Рентгенография суставов кистей, стоп;  других пораженных суставов  8. Рентгенография органов грудной полости.  9. ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1  1  исходно и при выписке | 1. Биохимическое исследование крови: определение содержания: холестерина и его фракций ,ЩФ1,2 , креатинина,  ферритина1,2  в сыворотке крови  2. Иммунологическое исследование крови: определение уровня АНА1,2  антител к двухспиральной ДНК1,2  3. Определение концентрации маркеров костного ремоделирования (β-КроссЛапс; остекальцина в сыворотке крови1,2  4. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи.  5. Определение фрагментов ДНК Chl/. trachomatis в синовиальной жидкости 1,2.  6.УЗИ органов брюшной полости  7. Эхо-КГ.  8. ФГДС  9. ДРА1,2  10. Рентгенография шейного отдела позвоночника (при подозрении на подвывих атланто-окципиталь-ного сочленения).  11. МРТ шейного отдела позвоночника1,2  12. Консультация врача травматолога-ортопеда  13. Проба Манту | | 1. Патогенетические лекарственные средства:  1.1. Антиметаболиты: метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь, п/к; в/мыш или  1.2. Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь (неэффективности/ непереносимости метотрексата) или  1.3.Селективные иммунодепрессанты: лефлуномид 20 мг/сут внутрь (при неэффективности/непереносимости метотрексата, сульфасалазина по решению консилиума)  1.4.Противопротозойные лекарственные средства (аминохинохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 200 мг/сут внутрь (в случае неэффективности/ непереносимости: метотрексата, сульфасалазина, лефлюномида при условии низкой активности заболевания)  2.Селективные иммунодепрессивные лекарственные средства (при неэффективности/непереносимости метотрексата, сульфасалазина, лефлюномида или комбинации этих препаратов у пациентов с высокой активности патологического процесса по решению консилиума)  2.1.Моноклональные химерные антитела к ФНО-ά инфликсимаб 3-5 мг/кг массы тела по схеме: 0 недель, 2; 6; 8 недели, далее 1 раз в 8 недель (назначаются в сочетании с метотрексатом 12,5-25 мг/неделю внутрь, п/кожно или в/мышечно)  или  2.2.Моноклональные антитела к антигену CDB20клеток:ритуксимаб (при наличии противопоказаний к назначению ингибиторов ФНО-ά, а также неэффективности/непереносимости инфликсимаба и других препаратов патогенетической терапии) 500-1000 мг в/в капельно 1 раз в 2 недели с последующим введением через 6 месяцев (назначаются в сочетании с метотрексатом 12,5-25 мг/неделю внутрь, п/кожно или в/мышечно)  или  2.3. Тоцилизумаб (при неэффективности/непереносимости метотрексата, сульфасалазина, лефлюномида или комбинации этих препаратов у пациентов с высокой активности патологического процесса) 8 мг/кг массы тела в/в 1 раз в месяц  3. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут. внутрь(при приеме метотрексата вне дней его приема).  4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  5. При наличии факторов риска ЖК осложнений  5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др.  или  5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь  6. ГК для системного применения (назначаются совместно с препаратами патогенетической терапии):  6.1. Пульс терапия: 250-1000 мг солу-медрола в/в капельно № 3 (при высокой активности патологического процесса, наличии системных проявлений, особых синдромах-Фелти, Стилла) с последующим назначением ГК внутрь:  6.2. Преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь на период до развития эффекта от применения препаратов базисной терапии до трех месяцев, включая амбулаторный этап (см амбулаторный этап)  6.3. Преднизолон – 10-40 мг/сут (метилпреднизолон -8-32 мг/сут) внутрь при системных проявлениях, особых синдромах (синдром Стилла; Фелти) в течение периода стационарного лечения с последующим продолжением терапии на амбулаторном этапе ( см амбулаторный этап)  6.4. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставнопо показаниям).  7. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез; гемосорбция (при прогностически неблагоприятном течении заболевания)  8. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза  9. ЛФК  10. Массаж(по показаниям) №10  11. ФТЛ: электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10. | 12-14 | 1.Снижение активности заболевания  2. Повышение функциональной активности  3.Повышение качества жизни |
| Недифференцированный артрит (М13.0; М13.9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, мочевой кислоты, глюкозы, общего белка, холестерина, АСЛ-О\*, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*, АЦЦП1,2, АНА1,2, антител к ДНК1,2  5. Исследование синовиальной жидкости (при верификации диагноза): с определением физико-химических свойств, РФ\*, мочевой кислоты1,2  6. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических имму-нодепрессантов).  7. Рентгенография пораженных суставов.  8. Рентгенография органов грудной полости.  9. ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1  1/7 дней | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина.  2. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи.  3. Определение фрагментов ДНК Chltrachomatis в синовиальной жидкости 1,2.  4. УЗИ органов брюшной полости  5. Эхо-КГ.  6. ФГДС  7. Рентгенография крестцово-подвздшных сочленений, пораженных отделов позвоночника.  8. МРТ крестцово-подвздошных сочленений1,2 | | 1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 20-40 мг/сут внутрь  2.При наличии факторов риска ЖК осложнений  2.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразоль или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  2.2 Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  3. ГК: бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно по показаниям)  4. ЛФК  5. ФТЛ: электро-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 (по показаниям). | 10-12 дней | 1.Снижение активности заболевания  2. Повышение функциональной активности  3.Повышение качества жизни |
| Подагра  (М10-М10.9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, мочевой кислоты, глюкозы, холестерина, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Рентгенография пораженных суставов.  5. Рентгенография органов грудной полости.  6. УЗИ органов брюшной полости  7. ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1/7 дней | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина  2. Трехстаканная проба мочи.  3. Анализ мочи по Нечипоренко  4. Определение суточной экскреции мочевой кислоты.  5. Эхо-КГ  6. СМАТ1,2  7. СМЭКГ1,2  8. ФГДС  9. Исследование фильтрационной функции почек- определение клиренса по эндогенному креатинину.1,2  10. Консультация врача-эндокринолога.  11. Консультация врача-хирурга.  12. Консультация врача-нефролога | | Купирование подагрического приступа  1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  и/или  2. ГК для системного применения (при неэффективности, непереносимости НПВС, полисуставном харакере поражения):  2.1. В/в капельно солу-медрол 250-500 мг/сут № 3 (в случае полисуставной подагры;неэффективности/непереносимости НПВС) с последующим переходом на преднизолон15-30 мг/сут (метилпреднизолон 12-24 мг/кг/сут) внутрь (в первый день с последующим снижением дозы на 5 мг/сут (4 мг/сут) каждый последующий день до полной отмены  или  2.2.Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно) при моно-олигоартикурярном поражении  3. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  3.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др  или  3.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  4. Аллопуринол - 100-300 мг/сут (после купирования приступа.Начальная доза-100 мг/сут с последующим повышением на 50-100 мг/неделю до достижения целевого уровня мочевой кислоты- 0,36 ммоль/л на амбулаторном этапе)  5. ФТЛ: импульсные токи, лазеротерапия, лекарственный электрофорез курсами № 7-10 сеансов. | 10-14 дней | 1.Купирование обострения  2. Снижение риска повторных приступов  3. Повышение качества жизни пациентов |
| Пирофосфатная артропатия (М11.1-11.2) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, мочевой кислоты, глюкозы, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Исследование синовиальной жидкости на наличие кристаллов пирофосфата кальция (при верификации диагноза)1,2  5. Рентгенография пораженных суставов.  6. ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1/7 дней | 1. Трехстаканная проба мочи  2. ФГДС  3. УЗИ пораженных суставов1,2  4. Артроскопия1,2  5. Консультация врача-эндокринолога.  6. Консультация врача-хирурга.  7. Консультация врача-невролога | | 1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут  или  2. ГК для системного применения(с целью купирования приступа при псевдоподагрическом варианте течения, олиго-полисуставном характере поражения);  2.1. Преднизолон 15-30 мгсут (ме-тилпреднизолон 12-24 мг/сут)  внутрь в первый день с последующим снижением дозы на 5 мг/сут (4 мг/сут ) каждый последующий день до полной отмены  или  2.2.Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно или периартикулярно) в случае моно-, олигоартикулярном вариантах, поражении периартикулярных структур.  4. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 200 мг/сут внутрь (при ревматоидоподобном варианте течения)  5. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  5.1.Ингибиторы протонной помпыомепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  5.2Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  6. ФТЛ (по показаниям): импульсные токи, лазеротера пия, лекарственный электрофорез курсами № 7-10 сеансов.  7. ЛФК | 10-12 дней | 1.Купирование обострения  2. Повышение качества жизни |
| Полиартроз (М15)  Коксартроз (М16)  Гонартроз (М17) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, холестерина, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Исследование синовиальной жидкости (при наличии синовита)  5. Рентгенография пораженных суставов  6. Рентгенография органов грудной полости.  7. ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1/7 дней | 1. УЗИ суставов  2. ФГДС  3. МРТ пораженных суставов 1,2  4. Консультация врача травматолога-ортопеда | | 1.Симптоматические лекарственные средства быстрого действия:  НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь или кеторолак 30-60 мг/сут внутрь или в/мыш  2. Опиоидный анальгетик – трамадол50-200 мг/сут.  3.При наличии факторов риска ЖК осложнений:  3.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  3.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  4. Симптоматические лекарственные средства медленного действия (I-IIстадии гонартроза и коксартроза):  4.1.Хондроитина сульфат 1000-1500 мг/сут внутрь или в/мышечно  200 мг через день с продолжением курса терапии на амбулаторном этапе (до 25 инъекций)  или  4.2. Глюкозамина сульфат 1500 мг/сут внутрь или по 2 мл в/мыш через день с продолжением терапии на амбулаторном этапе (см амб этап)  5. Симтоматическая терапия:  5.1 ГК для внутрисуставного введения (однократно в сустав при наличии синовита и отсутствия эффекта от НПВС): бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг  5.2. Миорелаксанты: толперизон по 150 мг 3 раза в день внутрь или в/мышечно  5.3. Антиагреганты: пентоксифиллин (600-800 мг/сут) внутрь или 200-400 мг/сут в/в капельно на физиологическом растворе.  6.ФТЛ (электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия) № 7-10 сеансов.  7. ЛФК  8. Массаж прилегающих групп мышц.  9.Коррекция ортопедических нарушений | 10-14 дней | 1.Купирование болевого синдрома.  2. Улучшение функциональной активности.  3.Повышение качества жизни. |
| Неспецифический аортоартериит (М31.4) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, калия, натрия, глюкозы, общего белка, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатитаHBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  5. Ультразвуковая ангиодопплерография брахио-цефальных сосудов, брюшного отдела аорты1,2.  6. Эхо-КГ  7. Магнитно-резонансная ангиографияс контрастным усилением (по показаниям)1  8. Рентгенография органов грудной полости  9. ЭКГ  10. Консультация врача-ангиохирурга (по показаниям) 1,2.  10. Консультация врача-офтальмолога | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1  1/7 дней  1  1 | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации холестерина и его фракций;  2. Иммунологическое исследование: определение концентрации РФ\*, содержания антифосфолипидных антител: ВА1,2,; аКЛ1,2 IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I1,2 IgG и/или IgM изотипов  3. СМАТ1,2  4. ФГДС  5. Радиоизотопная ренография (далее-РРГ).  6. УЗИ органов брюшной полости  7. КТ ангиография1,2 | | 1. ГК для системного применения:  1.1. Преднизолон внутрь из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) с последующим продолжением на амбулаторном этапе  1.2. Метилпреднизолон по 250-500-1000 мг в/в в течение 3 дней (по показаниям)  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства:  2.1. Антиметаболиты: метотрексат 17,5 мг/нед внутрь, п/к или в/мили  2.2. Иммунодепрессанты (при непереносимости метотрексата)– азатиоприн 2−3 мг/кг/сут внутрь.  3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут внутрь  4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сутвнутрь  5.При наличии факторов риска ЖК осложнений:  5.1.Ингибиторы протонной: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  5.2Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут (при приеме метотрексата вне дней его приема)  7. Антигипертензивные лекарственные средства ( осуществляется в соответствии с клиническими протоколами по диагностике и лечению пациентов с артериальной гипертензией)  8. Статины:аторвастатин 10-20 мг/сут и дрдлительно.  9. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза | 14-16 дней | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Замедление темпов прогрессирования заболевания. |
| Узелковый полиартериит (М30.0) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, альбумина, СРБ\*, калия, натрия; активности АсАТ, АлАТ.  4. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  5.Кожно-мышечная биопсия с гистологическим исследованием биоптата (однократно при верификации диагноза)1,2  7.Электромиография (при верификации диагноза, чаще- по показаниям)1,2  8. Эхо-КГ  9. Рентгенография органов грудной полости.  10. ЭКГ  11. Консультация врача-невролога. | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1  1/7 дней  1 | 1. Иммунологическое исследование крови: определение содержания антифосфолипидных антител:  ВА1,2,; аКЛ1,2 IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I1,2 IgG и/или IgM изотипов; АНФ1,2  2. Иммунологическое исследование  крови: определение концентрации АНЦА1,2.  3. Исследование фильтрационной функции почек –определение клиренса по эндогенному креатинину  4. РРГ  5. ФГДС  6. УЗИ органов брюшной полости  7. Исследование функции внешнего дыхания.  8.КТ легких высокого разрешения1,2  9.Ангиография,1,2  10. Биопсия почек, легких с гистологическим исследованием биоптата1,2 | | 1. ГК для системного применения:  1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям)  1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,4- 0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства:  2.1.Алкилирующие агенты (вводят в условиях стационара по схеме): циклофосфамид 600-1000 мг (15 мг/кг ) внутривенно капельно однократно с последующим повторением через 2 и 4 недели при повторных госпитализациях1 раз в 2 недели № 3; затем – 1 раз в 3 недели до достижения ремиссии(коррекция дозы при нарушении функции почек) с последующим назначением  2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 50-150 мг/сут внутрь или  2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь (при неэффективности/непереносимости азатиоприна); п/кожно или в/мышечно  3.Моноклональные антитела к антигену CDB20 клеток ритуксимаб 375 мг/м2в/вено капельно при рефрактерном течении васкулита (по решению консилиума) 1 раз в 1-2 недели с последующим повторением при необходимости через 6 месяцев.  4.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сутвнутрь  5. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сутили эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут вне дней приема метотрексата  7.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза  8.Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез | 14-18 дней | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Замедление темпов прогрессирования заболевания. |
| Гранулематоз Вегенера (М31.3) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, альбумина, СРБ\*, калия, натрия; активности АсАТ, АлАТ.  4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНЦА 1,2  5. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6. Рентгенография придаточных пазух носа.  7.Рентгенография органов грудной полости.  8.Биопсия слизистой верхних / нижних дыхательных путей илипочек с гистологичесим исследованием биоптата (при верификации диагноза)1,2  10. ЭКГ  11. Консультация врача-оториноларинголога | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1  1/7 дней  1 | 1. Анализ мочи по Нечипоренко  2. Исследование фильтрационной функции почек – определение клиренса по эндогенному креатинину  3. Исследование функции внешнего дыхания  4. Эхо-КГ  5.УЗИ органов брюшной полости  6. Рентгеновская компьюторная томография легкихвысокого разрешения 1,2;  7. КТ высокого разрешения придаточных пазух носа1,2.  8. РРГ  9. Бронхоскопия  10. ФГДС  11. Консультация врача-фтизиатра  12. Консультация врача-нефролога | | 1. ГК для системного применения:  1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям)  1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,4- 0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства:  2.1.Алкилирующие агенты (вводят в условиях стационара по схеме): циклофосфамид 600-1000 мг(15 мг/кг )внутривенно капельно однократно с последующим повторением через 2 и 4 недели при повторных госпитализациях1 раз в 2 недели № 3; затем – 1 раз в 3 недели до достижения ремиссии(коррекция дозы при нарушении функции почек) с последующим назначением  2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 50-150 мг/сут внутрь или  2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь (при неэффективности/непереносимости азатиоприна); п/кожно или в/мышечно  3.Моноклональные антитела к антигену CDB20 клеток ритуксимаб 375 мг/м2в/вено капельно при рефрактерном течении васкулита (по решению консилиума) 1 раз в 1-2 недели с последующим повторением при необходимости через 6 месяцев.  4.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак600-1200 мг/сутвнутрь  5. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут вне дней приема метотрексата  7.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза  8.Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез | 14-18 дней | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Замедление темпов прогрессирования заболевания. |
| Синдром Чарджа-Стросс (М30.1) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ\*, калия, натрия; активности АсАТ, АлАТ  4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНЦА1,2  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6.Исследование функции внешнего дыхания1,2  7. Рентгенография органов грудной полости.  8. ЭКГ | | 1  1  1  1  1  1  1  1/7 дней | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина  2.Бронхоскопия.  3. Трансбронхиальная биопсия с гистологическим исследованием биоптата1,2.  4. ФГДС  5. Рентгеновская компьюторная томография легких высокого разрешения1,2.  6. Магнитно-резонансная ангиография с контрастным усилением1.  7.УЗИ органов брюшной полости  8.Эхо-КГ  9. Консультация врача-невролога  10. ФГДС  11. Консультация врача-фтизиатра  12. Консультация врача-нефролога | | 1. ГК для системного применения:  1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям)  1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,4- 0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства:  2.1.Алкилирующие агенты (вводят в условиях стационара по схеме): циклофосфамид 600-1000 мг (15 мг/кг ) внутривенно капельно однократно с последующим повторением через 2 и 4 недели при повторных госпитализациях1 раз в 2 недели № 3; затем – 1 раз в 3 недели до достижения ремиссии(коррекция дозы при нарушении функции почек) с последующим назначением  2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 50-150 мг/сут внутрь  или  2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь (при неэффективности/непереносимости азатиоприна); п/кожно или в/мышечно  3.Моноклональные антитела к антигену CDB20 клеток ритуксимаб 375 мг/м2в/вено капельно при рефрактерном течении васкулита (по решению консилиума) 1 раз в 1-2 недели с последующим повторением при необходимости через 6 месяцев.  4.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сутвнутрь  5. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут вне дней приема метотрексата  7.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза  8.Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез | 14-18 дней | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Замедление темпов прогрессирования заболевания. |
| Микроскопический полиангиит  (М30.60) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Анализ мочи по Нечипоренко  4. Определение суточной протеинурии.  5. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина глюкозы, общего белка, альбумина, СРБ\*; калия, натрия; активности АсАТ, АлАТ.  6. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНЦА 1,2  7. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  9. УЗИ органов брюшной полости.  10. Рентгенография органов грудной полости.  11. ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1  1  1/7 дней  1  1  1  1  1/7 дней | 1. Исследование функции внешнего дыхания  2. Бронхоскопия.  3. Бронхоальвеолярный лаваж.  4. Определение клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина.  5. Трансбронхиальная биопсия легких1,2.  6. ФГДС  7.Эхо-КГ  8. Рентгеновская компьюторная томография легких высокого разрешения1,2.  9. Магнитно-резонансная ангиография с контрастным усилением1.  10.Биопсия почек с гистологическим исследованием биоптата1,2  11. Консультация врача-офтальмолога  12. Консультация  врача-невролога. | | 1. ГК для системного применения:  1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям)  1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,4- 0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства:  2.1.Алкилирующие агенты (вводят в условиях стационара по схеме): циклофосфамид 600-1000 мг (15 мг/кг) внутривенно капельно однократно с последующим повторением через 2 и 4 недели при повторных госпитализациях1 раз в 2 недели № 3; затем – 1 раз в 3 недели до достижения ремиссии(коррекция дозы при нарушении функции почек) с последующим назначением  2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 50-150 мг/сут внутрь  или  2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь (при неэффективности/непереносимости азатиоприна); п/кожно или в/мышечно  2.4. Микофеноловая кислота 2 г/сут внутрь (при неэффективности/непереносимости метотрексата и азатиоприна)  3.Моноклональные антитела к антигену CDB20 клеток ритуксимаб 375 мг/м2в/вено капельно при рефрактерном течении васкулита (по решению консилиума) 1 раз в 1-2 недели с последующим повторением при необходимости через 6 месяцев.  4.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сутвнутрь  5. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрьи др  или  5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут вне дней приема метотрексата  7.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза  8.Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез | 14-18 дней | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Замедление темпов прогрессирования заболевания. |
| Гигантоклеточный артериит  (М31.5) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ  4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  5.Ультразвуковая ангиодопплерографиямагистральныхартерий шеи, конечностей, аорты1,2  6. Рентгенография органов грудной клетки.  7.Биопсия ви сочной артерии с гистологическим исследованием биоптата1,2.  8. ЭКГ  9. Консультация врача-офтальмолога. | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1/7 дней  1 | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина  2. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*.  3. Ангиографическое исследование височной артерии 1,2.  4. Консультация врача-невролога.  5. Консультация  врача-ангиохирурга1,2 | | 1. ГК для системного применения:  1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3 дней с последующим назначением  1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,4- 0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства:  2.1. Антиметаболиты: метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь, п/кожно, в/мыш  или  2.2.Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь( при неэффективности/непереносимомти метотрексата)  3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота -75 мг/сут, пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь или 200-400 мг/сут в/вено  4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сутвнутрь  5. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут (при приеме метотрексата вне дней его приема)  7.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза | 14-16 дней | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Увеличение продолжительности жизни.  3.Замедление темпов прогрессирования заболевания. |
| Ревматическая полимиалгия (М35.3) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*, АЦЦП (после консультации врача - ревматолога однократно при верификации диагноза)1,2  5. УЗИ органов брюшной полости  6. Рентгенография шейного отдела позвоночника.  7. Рентгенография органов грудной полости.  8. ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1/7 дней | 1. Ультразвуковая ангиодопплерография магистральных артерий шеи, конечностей, аорты.  2. УЗИ щитовидной железы.  3. ФГДС  4. Ректороманоскопия.  5. Колоноскопия.  6.Электромиография1,2.  7. Консультация врача-невролога | | 1. Преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут (метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут) в 2-3 приема до достижения ремиссии с последующим постепенным снижением и отменой на амбулаторном этапе  2. ЛФК | 10-14 дней | 1.Достижение ремиссии или снижение активности заболевания. |
| Геморрагический васкулит  (пурпура Шенлейна-Геноха) (D69.0). | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ, амилазы.  4. Иммунологическое исследование крови:  определение концентрации иммуноглобулинов  классов А, М, G1 (однократно при верификации диагноза)  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV – однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов)  6.ФГДС  7. УЗИ органов брюшной полости.  8. Рентгенография органов грудной полости.  9.ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1  1/7 дней | 1.Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина  2. Анализ мочи по Нечипоренко.  3. Определение суточной протеинурии.  4. Исследование фильтрационной функции почек – определение клиренса по эндогенному креатинину  5. РРГ  6. Колоноскопия  7.Биопсия почек; кожи;  слизистой оболочки ЖКТ  с гистологическим исследованием биоптата1.2. | | 1. Санация очагов хронической инфекции.  2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сутвнутрь  3. ГК для системного применения:  3.1. Пульс-терапия: метилпреднизолон 250-500-1000 мг в/в капельно с последующим назначением  3.2.Преднизолон (метилпреднизолон) 0,5-1,0 (0,4-0,8) мг/кг/сут внутрь с последующим продолжением на амбулаторном этапе  4. Цитостатические иммунодепрессанты:  4.1.Алкилирующие агенты: циклофосфамид 600-1000 мг(10-15 мг/кг/сут) в/в капельно 1 раз в месяц до достижения ремиссии или  4.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь  5. Антиагреганты: пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь или 200-400 мг/сут в/венно  6. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  6.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  6.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  7 ЛФК | 12-14 дней | 1.Выздоровление  2.Достижение  ремиссииили низкой активности. |
| Эссенциальный криоглобулинемический васкулит (М36.8) | | 1.Общий анализ крови.  2.Общий анализ мочи  3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, холестерина, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4.Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  5.Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*.  6.Рентгенография органов грудной полости.  7.ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1/7 дней | 1.Иммунологическое исследование крови: определение содержания криоглобулинов1  2. Биохимическое исследование крови: определение концентрации фракций холестерина.  3Анализ мочи по Нечипоренко.  4.Определение суточной протеинурии.  5.Исследование фильтрационной функции почек с определением клиренса по эндогенному креатинину  6.Сиалография1,2.  7.УЗИ околоушных слюнных желез1,2.  8.ФГДС  9.УЗИ органов брюшной полости.  10.Эхо-КГ | | 1. ГК для системного применения:  1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям)  1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,4-0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства:  2.1.Алкилирующие агенты (вводят в условиях стационара по схеме): циклофосфамид 600-1000 мг(15 мг/кг) внутривенно капельно однократно с последующим повторением через 2 и 4 недели при повторных госпитализациях1 раз в 2 недели № 3; затем – 1 раз в 3 недели до достижения ремиссии(коррекция дозы при нарушении функции почек) с последующим назначением  3.Моноклональные антитела к антигену CDB20 клеток ритуксимаб 375 мг/м2в/вено при рефрактерном течении васкулита (по решению консилиума) 1 раз в 1-2 недели с последующим повторением при необходимости через 6 месяцев  4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сутвнутрь  5. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  5.2Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  6.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза  7. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез . | 14-16 дней | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Замедление темпов прогрессирования заболевания. |
| Облитерирующий тромбангиит (болезнь Винивартера-Бюргера) (М36.8; 173.1) | | 1.Общий анализ крови.  2.Общий анализ мочи.  3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, холестерина, его фракций; СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ  4. Рентгенография органов грудной полости.  5.Ультразвуковая ангиодопплерография сосудов верхних и нижних конечностей1,2  6.ЭКГ  7.Консультация врача-ангиохирурга1,2.  8.Консультация врача-невролога. | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1/7 дней  1  1 | 1.Биопсия сосудов верхних и/или нижних конечностей с гистологическим исследованием биоптата1,2  2. Магнитно-резонансная томография с контрастным усилением1  3.Консультация врача-невролога. | | 1. ГК для системного применения:  1.1.Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в (по показаниям) в течение 3-5 дней  1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5- 1 мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,4- 0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства:  2.1.Алкилирующие агенты: циклофосфамид 600-1000 в/в (15 мг/кг) ежемесячно в течение 3-6 месяцев (до достижения ремиссии).  3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота -75 мг/сут,пентоксифиллин 400-800 мг/сут внутрь, или 200-400 мг/сут в/венно  5. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  6. Статины: аторвастатин 10-20 мг/сут; внутрь и др | 14-16 дней | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Замедление темпов прогрессирования заболевания. |
| Болезнь Бехчета  (М35.2) | | 1.Общий анализ крови  2.Общий анализ мочи  3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4.Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*  5.ФГДС.  6.УЗИ органов брюшной полости.  7.Ультразвуковая ангиодопплерография сосудов1,2.  8. Рентгенография органов грудной полости.  9.ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1  1/7 дней | 1.Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина  2.Определение содержания антифосфолипидных антител: ВА1,2; аКЛ1,2 IgG или IgM- изотипов; ат к β2-ГП1,2 I IgG и/или IgM изотипов.  3.Ангиография2.  4.МРТ, КТ головного мозга;легких.  5.Колоноскопия.  6.Консультация врача-ангиохирурга1,2  7. Консультация врача-офтальмолога  8. Консультация врача-акушера-гинеколога  9. Консультация  врача- эндокринолога  10. Консультация  врача-невролога | | 1. ГК для системного применения:  1.1.Преднизолон внутрь из расчета 1 -2 мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,8-1,0 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с  1.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно или в/мыш)  2.Цитостатические иммунодепрессанты:  2.1. Иммунодепрессанты: азатиоприн внутрь 2,5 мг/кг /сут внутрь  2.2.Алкилирующие агенты: циклофосфамид 2 мг/кг/сут внутрь с последующим переходом на поддерживающую дозу – 1 мг/кг/сут или преднизолон (1-2 мг/кг/сут) в течение 2 лет.  3.Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 2 г/сут (при поражении ЖКТ).  4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь, диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м., или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  5. Селективные иммунодепрессанты: моноклональные антитела к ФНО-ά – инфликсимаб 5 мг/кг массы тела на 0; 2-й; 6-й неделе, далее 1 раз в 8 недель (при тяжелом рефрактерном течении васкулита, по решению консилиума)  6. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  6.1.Ингибиторы протонной помпыомепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  6.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др | 14-16 дней | 1.Достижениеремиссииили низкой активности.  2.Замедление темпов прогрессирования заболевания. |
| Системная красная волчанка (М32-32.9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*; АНА1,2, антител к двухспиральной ДНК1,2и С4 1.  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6.Исследование показателей гемостаза: определение времени свертывания крови по Ли-Уайту;  определение активированного частично тромбопластинового времени (далее-АЧТВ).  7.УЗИ органов брюшной полости  8. Рентгенография органов грудной полости  9. ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1/далее с учетом режима гепаринотерапии  1  1  1/7 дней | 1. Иммунологическое исследование крови: Sm антигену1; рибонуклеопротеину1; гистонам 1; к Ro/SS-A и La/SS-B антигенам1; определение активности компонентов комплемента С3 и С4 1.  2.Биохимическое исследование крови: определение концентрации холестерина, его фракций, креатинина  3. Исследование фильтрационной функции почек –определение клиренса по эндогенному креатинину.  4. Анализ мочи по Нечипоренко.  5. Определение суточной протеинурии.  6. ФГДС  7. Рентгеновская компьюторная томография легких высокого разрешения1,2.  8. МРТ головного  мозга1,2.  9. ЭЭГ1,2.  10. Эхо-КГ.  11. Рентгенография пораженных суставов.  12. Биопсия почек с гистологическим исследованием биоптата1,2  13. Консультация врача-невролога  14. Консультациия врача-нефролога. | | 1. ГК для системного применения:  1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям)  1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,25-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,2-0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства:  2.1. Алкилирующие лекарственные средства: циклофосфамид 600-1000 мг/сут (15 мг/кг/сут) внутривенно капельно 1 раз в месяц (коррекция дозы при нарушении функции почек) 6 месяцев, затем каждые 3 месяца в течение 2 лет (вводится в условиях стационара при поражении ЦНС; при пролиферативном вариантелюпус-нефрита; тромбоцитопении,системном васкулите, легочных геморрагиях).  2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг в сут. внутрь (в качестве  поддерживающей терапии индуцированной циклофосфамидом ремиссии волчаночного нефрита, аутоиммунной гемолитической анемии, тромбоцитопеии, поражениях кожи) или  2.3.Антиметаболиты: метотрексат 12,5-17,5 мг/нед. при поражениях суставов) внутрь или в/мыш; п/к  3. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2-1 г/сут. (при поражениях кожи,с уставов) внутрь  4.Селективные иммунодепрессанты: микофеноловая кислота 2-3 г/сут внутрь (при неэффективности/непереносимости циклофосфамида при лечении люпус-нефрита)  5. Моноклональные антитела к антигену CDB20 клеток ритуксимаб 375 мг/м2 в/в № 2 с интервалом в 2 недели (при отсутствии эффекта от  проводимой терапии ГК, противоопухолевыми и иммуномодулирующими лекарственными средствами, селективными иммунодепрессантами с прогрессированием люпус-нефрита по решению консилиума)  6. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  7.При наличии факторов риска ЖК осложнений:  7.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  7.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  8. Антиагреганты: дипиридамол 150 -200 мг/сутвнутрь (длительно при люпус-нефрите), пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь или 200-400 мг/сут в/в капельно  9.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза  10. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез (по показаниям). | 14-16 дней | 1.Достижение ремиссии илинизкой активности заболевания  2.Замедление темпов прогрессирования заболевания.  3. Повышение качества жизни пациентов. |
| Системный склероз (М34-34.9) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ\*, АНА1,2, антител к топоизомеразе-1 (анти-Scl-70) 1; антицентромерных антител1, антител к рибонуклеопротеину1.  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6.ФГДС  7.Рентгеноскопия органов грудной полости с контрастированием пищевода (акт глотания)  8.Рентгенография пораженных суставов.  9. ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1  исходно и при выписке | 1. Определение концентрации антифосфолипидных антител: ВА1,2,; аКЛ1,2 IgG или IgM- изотипов; ат к β2-ГП I1,2 IgG и/или IgM изотипов (при подозрении на наличие антифосфолипидного синдрома).  2. Анализ мочи по Нечипоренко.  3. Определение суточной протеинурии.  4. Исследование фильтрационной функции определение клиренса по эндогенному креатинину  5.Исследование функции внешнего дыхания.  6.УЗИ ОБП  7.КТ легких высокого разрешения1,2  8. Эхо-КГ  9. РРГ  10. СМЭКГ1,2  11.Бронхоскопия.  12. Ангиография2.  13.Ирригоскопия.  14.Биопсия кожи, почек1,2 с гистологическим исследованием биоптата.  15.Реовазография кистей и стоп1,2  16. Капилляроскопия1,2 | | 1. Терапия для подавления развития фиброза:пеницилламин 450-900 мг/сут внутрь 2-3 месяца с последующим снижением дозы до 250-300 мг/сут длительно.  2. Дигидропиридиновые антагонисты кальция: нифедипин 30-60 мг/сут (или амлодипин 5-10 мг/сут).  3. Антиагреганты  пентоксифиллин 300-800 мг/сут внутрь, в/венно, дипиридамол 150-300 мг/сут.  4. Ингибиторы АПФ (каптоприл 12,5-100 мг/сут, эналаприл 5-40 мг/сут) с нефропротективной целью (каптоприл –для купирования почечного криза)  5. ГК (диффузная склеродерма, альвеолит) для системного применения:  5.1. Преднизолон 0,25 -0,5мг/кг/сут (ме-тилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут)  внутрь с последующим снижением до-зы через 2-4 недели на2,5- 5 мг/сут (2-4 мг/сут) до поддерживающей дозы (см амбулаторный этап)  5.2. Пульс-терапия ГК( при развитии альвеолита : метилпреднизолон 500-1000 мг в/в № 3 три дня подряд ).  6. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства:  6.1. Алкилирующие агенты(при развитии альвеолита): циклофосфамид внутривенно -800-1000 мг /сут 1 раз в месяц 6 мес, затем 1 раз в 2-3 месяца до 2 лет  6.2. Антиметаболиты: метотрексат 10-15 мг/нед. - при поражении суставов, кожи внутрь, п/к или в/мыш  7. НПВС при суставном синдроме: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь; диклофенак 75-150 мг/сутвнутрь или в/м или ибупрофен 600-800 мг/сут внутрь или мелоксикам 15мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут  8. При наличии факторов риска ЖК осложнений, для устранения рефлюкс-эзофагита:  8.1.Ингибиторы протонной помпыомепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  8.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  9. Прокинетики (для купирования дисфагии): метоклопрамид 30-40 мг/сут  10. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез (по показаниям).  11. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов | 12-14 дней | 1.Достижение ремиссии или  низкой активности заболевания.  2.Замедление темпов прогрессирования заболевания.  3. Повышение качества жизни пациентов. |
| Дерматополимиозит (М33) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ\*; активности КК1,2; МВ-КК1,2  АсАТ, АлАТ  4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНА1,2; антител к гистидил-т-РНК-синтетазе (Jo-1)1.  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6.Электромиография1,2.  7. Рентгеноскопия органов грудной полости  8.Биопсия кожно-мышечного лоскута с гистологическим исследованием биоптата1,2  9. ЭКГ  10. Консультация врача-невролога.  11. Консультация  врача-отоневролога | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1  1/7 дней  1  1 | 1. ФГДС  2. УЗИ органов брюшной полости.  3. УЗИ предстательной железы.  4. УЗИ щитовидной железы.  5. Эхо-КГ  6. Рентгеновская компьюторная томография легких высокого разрешения1,2.  7. МРТ мышечной ткани2.  8. Капилляроскопия1,2  9. Холтеровское мониторирование ЭКГ1,2.  10. Колоноскопия  11. Исследование функции внешнего дыхания  12. Определение простатспецифического антигена  13. Консультация врача-дерматолога.  . | | 1. ГК для системного применения:  1.1.Преднизолон (метилпреднизолон) 0,5-1,0 мг/кг/сут (медрол 0,4-0,8 мг/кг/сут) в сутки в три приема.  1.2. Пульс-терапия: метилпреднизолон 500-1000 мг/сут № 3-5 дней по показаниям  2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства  2.1.Антиметаболиты: метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь, п/к или в/мыш  или  2.2. Иммунодепрессанты: азатоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь (при неэффективности, непереносимости метотрексата)  3.Противопротозойные лекарственные средства: гидроксихлорохин 0,2-0,4 г/сут внутрь при поражениях кожи.  4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь; диклофенак 100-150 мг/сут или в/м, мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, целекоксиб 400 мг/сут внутрь или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  5.При наличии факторов риска ЖК осложнений:  5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  6. Экстракорпоральные методы: плазмаферез (при резистентности к медикаментозной терапии)  7.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза  8. Фолиевая кислота: 1-3 мг/сут вне дней приема метотрексата (при его применении) | 12-14 дней | 1.Достижение ремиссии или  низкой активности заболевания  2.Замедление темпов прогрессирования заболевания  3. Повышение качества жизни пациентов |
| Сухой синдром [Шегрена] (М35) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка; СРБ\*, калия, натрия, кальция; активности АсАТ, АлАТ; ЩФ1,2, амилазы1,2.  4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНА 1,2,; РФ\*;антител к растворимым ядерным антигенам –Ro/SS-A1; La/SS-B1  5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBс-corе; а/HCV –однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).  6.Рентгенография органов грудной полости  7. ЭКГ  8. Консультация врача-офтальмолога с проведением офтальмологического обследования:  8.1.исследование уровня базальной и стимулированной слезной секреции с применением теста Ширмера;  8.2.окраска эпителия конъюктивы и роговицы бенгальским розовым и флюоресцеином1.  9. Консультация врача-стоматолога с проведением стоматологического обследования:  9.1.сиалография околоушных слюнных желез1,2  или  9.2. УЗИ околоушных слюнных желез1. 2 (по показаниям);  10. ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1/7 дней | 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина1,2,3, белковых фракций1,2  2.Иммунологическое исследование:  определение уровня АЦЦП1,2, криоглобулинов1 в сыворотке крови  3.Определение содержания антифосфолипидных антител в сыворотке крови: ВА1,2  аКЛ 1,2 IgG и/или IgМ- изотипов; ат к β2-ГПI1,2IgG и/или Ig М- изотипов  4. Анализ мочи по Нечипоренко.  5. Анализ мочи по Зимницкому.  6. Исследование мочи на наличие белки Бенс-Джонса1,2  7.Исследование фильтрационной функции почек -по клиренсу эндгенного креатинина  8. Исследование функции внешнего дыхания.  9. Рентгенография пораженных суставов.  10.УЗИ органов брюшной полости.  11. УЗИ щитовидной железы.  12. УЗИ околоушных слюнных желез  13. ФГДС  14. Эхо-КГ  15. Сцинтиграфия слюнных желез1,2.  16.КТ легких высокого разрешения1,2.  17. ДРА1,2.  18. РРГ  19.Биопсии малых слюнных желез с гистологическим исследованием биоптата1,2.  20. Биопсия околоушных слюнных желез;почек;кожи с гистологическим исследованием биоптата1,2.  21. Консультациия  врача-онколога  22. Консультация врача-акушера-гинеколога  23. Консультация врача-эндокринолога  24. Консультация  врача-акушера-гинеколога  25. Консультация  врача-онколога  28. Консультация врача-гематолога | | 1. ГК для системного применения:  1.1.Преднизолон 0,25-1 мг/кг/сут или ме-тилпреднизолон 0,2-0,8 мг/кг/сут. с последующим продолжением терапии на амбулаторном этапе (см амбулаторный этап).  1.2. Пульс-терапия: метилпреднизолон 250-1000 мг в/в капельно три дня подряд (по показаниям).  2. Цитостатические иммуносупрессанты:  2.1.Алкилирующие: хлорамбуцил 2-8 мг/сут внутрь или  2.2.Циклофосфамид 200-1000 мг в/в капельно (по показаниям)  3. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь; диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, мелоксикам 15 мг/сут в/м или внутрь, нимесулид 200-400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь  4. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  4.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь  или  4.2. Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь  5. Дигидропиридиновые антагонисты кальция: нифедипин 30-60 мг/сут (или амлодипин 5-10 мг/сут) внутрьпри наличии синдрома Рейно  6. Антиагреганты: пентоксифиллин 400-800 мг/сут внутрь или 200-400 мг в/в, дипиридамол 150-300 мг/сут внутрь  7. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез (при высокой иммунологической активности)  8.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза  9. Наблюдение и лечение у стоматолога и офтальмолога  10. ФТЛ (по показаниям):  электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.  11.ЛФК | 12-14 дней | 1.Достижение ремиссии или  низкой активности заболевания  2.Замедление темпов прогрессирования заболевания  3. Повышение качества жизни пациентов |
| Антифосфолипидный синдром, ассоциированный с системными заболеваниями соединительной ткани (СКВ; ССД; ДМ/ПМ, СШ) | | 1. Выполнение обследований, необходимых для диагностики основного заболевания (СКВ, ССД; ДМ/ПМ, СШ)  2. Общий анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов.  3. Реакция Вассермана.  4. Исследование показателей гемостаза: определение АЧТВ, ПТВ с расчетом МНО;  концентрации фибриногена.  5. Определение содержания антифосфолипидных антител: ВА1,2; аКЛ1,2 IgG или IgM- изотипов; ат к β2-ГП I1,2 IgG и/или IgM изотипов.  6. Ультразвуковое допплеровское сканирование сосудов1,2.  7. Рентгенография органов грудной полости.  8. ЭКГ  9. Консультация врача-оториноларинголога  10. Консультация врача-стоматолога | | 1  1/5-7 дней  1  1/далее в зависимости от характера антикоагулянтов  1/далее через 12 недель  1/чаще по показаниям  1  1/7 дней  1  1 | 1.Исследование показателей гемостаза:определение уровня Д-димеров1;  2.Эхо-КГ  3.Суточное мониторирование ЭКГ1,2.  4.МРТ головного мозга1,2.  5.КТ органов брюшной полости1,2.  6.Ангиография 1,2.  7.Биопсия почек, легких, сосудов с  гистологическим исследованием биоптата1,2.  8.Консультация врача-гематолога  9. Консультация врача-невролога  10. Консультация врача-офтальмолога  11. Консультация врача-хирурга  12. Консультация  врача-нефролога  13. Консультация врача-ангиохирурга1,2  14. Консультация врача-хирурга  15. Консультация врача гинеколога/уролога | | 1.Коррекция активности основного заболевания  2. Санация очагов хронической инфекции  3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут внутрь.  4. Противопротозойные лекарственные средства: гидроксихлорохил 0,2-0,4 г/сут  5. Прямые антикоагулянты:  5.1.Нефракционированный гепарин 20-30 000ЕД/сут п/к 4 раза в день (доза препарата должна обеспечивать терапевтический уровень гипокоагуляции путем подбора -до увеличения АЧТВ в 2-2,5 раза по сравнению с контролем) или  5.2. Низкомолекулярные гепарины: дальтепарин натрия 200 МЕ/кг/сут 2 раза с интервалом 12 часов, или надропарин кальция в дозе 86МЕ/кг (0,1 мл/10кг) через 12 часов подкожно, или эноксапарин натрия в разовой дозе 1 мг/кг, вводимой 2 раза в сутки через 12 часов.  6.Непрямые антикоагулянты: варфарин с титрование дозпод контролем МНО (от 2 до 3- венозные тромбозы; более 3-артериальные и рецидивирующие тромбозы).  7. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  7.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/скт внутрь и др  или  7.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др  При развитии тромбоза лечение осуществляется в стационаре соответствующего профиля с учетом локализации тромбоза (хирургии, кардиологии, неврологии, офтальмологии и др.) при тесном взаимодействии с ревматологом. | 12-14 дней | 1.Снижение активности основного заболевания  2.Снижение риска повторных тромбозов |
| Рецидивирующий панникулит Вебера-Крисчена (М35.6) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, холестерина, СРБ\*; активности АсАТ, АлАТ.  4. УЗИ органов брюшной полости  5. Рентгенография органов грудной полости.  6. Биопсия подкожного узла с гистологическим исследованием биоптата.  7. ЭКГ | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1  1  1/7 дней | 1. ФГДС | | 1.ГК для системного применения:  преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут внутрь (метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут) в течение периода госпитализации с последующим продолжением на амбулаторном этапе – см амбулаторный этап  2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь; диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь при выраженном болевом синдроме.  3. При наличии факторов риска ЖК осложнений:  3.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  3.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др | 12-14 дней | 1. Снижение активности процесса.  2. Замедление темпов прогрессирования заболевания. |
| Глюкокортикоидный остеопороз  (М81.4, М80.4) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации кальция, ионизированного кальция, альбумина, активности ЩФ1,2  4. Рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях  5. ДРА 1,2  6. ЭКГ | | 1  1  1  1  1  1/7 дней | 1. Исследование содержания гормонов щитовидной железы в сыворотке крови1,2: трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ)  2. Исследование содержания тестостерона1,2, фоллкулстимулирующего1,2, лютреинизирующего гормонов1,2, эстрадиола1,2  3. Исследование концентрации витамина Д1 | | 1. Опиоидные анальгетики (при купировании болевого синдрома на фоне остеопоротических переломов: трамадол 50-200 мг/сут  2. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза  2.1. Бисфосфонаты: алендроновая кислота 5-10 мг/сут или 70 мг/нед; ибандроновая кислота 150 мг/мес. внутрь или 3мг в 3 мл в/венно 1 раз в 3 месяца; золендроновая кислота 5 мг внутривенно 1 раз в год  2.3. Кальцитонин 200 МЕ/сут интраназально, п/кожно или в/мыш (при выраженном болевом синдроме, связанном с компрессионными переломами позвонков на фоне системного остеопороза)  2.4. Стронция ранелат 2 г/сут (при развитии постменопаузального остеопороза) внутрь  2.5.Комбинированные препараты карбоната кальция (из расчета 800-1200 мг/сут) в сочетании колекальциферолом (800 МЕ/сут) внутрь (для лечения и профилактики остеопороза)  3.При наличии факторов риска ЖК осложнений:  3.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или ра-бепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др  или  3.2..Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин  0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др | Длительно | 1.Снижение интенсивности болевого синдрома.  2. Снижение риска переломов. |
| Фибромиалгия (М79.0) | | 1. Общий анализ крови  2. Общий анализ мочи  3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, глюкозы, альбумина, СРБ\*, калия, натрия, активности АлАТ, АсАТ.  4. Рентгенография органов грудной полости.  5. ЭКГ  6. Консультация врача-психотерапевта | | 1/7 дней  1/7 дней  1/7 дней  1  1/7 дней  1 | 1. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНА1,2; антител к двухспиральной ДНК1,2; антител к Sm антигену1; рибонуклеопротеиду1; гистонам1;  антител к растворимым ядерным антигенам -Ro/SS-A и La/SS-B антигенам1; антител к топоизомеразе-1 (анти-Scl-70)1; РМ-Scl 1; U3 рибонуклеопротеину1; антицентромерные антитела1; антиситетазные антитела) 1;  РФ\*, АЦЦП1,2  2. Консультация врача-психиатра  3. Консультация врача-невролога | | Уменьшение выраженности болевого синдрома  1. Антидепрессанты:  1.1.Cелективные ингибиторы обратного захвата серотонина: флуоксетин 20 мг/сут внутрь или  1.2.Трициклические антидепрессанты: а митриптилин 10 мг за 2 часа до сна с дальнейшим титрованием до 50 мг/сут внутрьв зависимости от эффективности и переносимости  2. Опиоидные анальгетики (центрального действия):  2.1.Трамадол 50-250 мг/сут. внутрь или в/мыш  3. Противоэпилептические средства: прегабалин450 мг/сут внутрь (с целью снижения выраженности болевого синдрома, коррекции нарушений сна, утомляемости).  4. ФТЛ: гидротерапия, массаж - 7-10 сеансов.  5. ЛФК | 12-14 дней | 1.Уменьшение выраженности болевого синдрома.  2.Улучшение качества жизни.  3.Уменьшение выраженности депрессии. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание:

\* в условиях амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, ЦРБприменяется полуколичественное определение исследуемого параметра (СРБ и др), областном и республиканском-количественное

\*\* – обследования (общий анализ крови, биохимическое определение крови с исследованиемактивности АЛТ, АСТ, определением концентрации билирубина, мочевины, креатинина; общий анализ мочи) выполняются 1 раз в 6-8 недель в течение 6 мес (на этапе подбора дозы препаратов базисной терапии- метотрексата, сульфасалазина, лефлюномида, пеницилламина, хлорамбуцила, азатиоприна, гидроксихлорохина), далее- 1 раз в 12 недель. -

Приложение

к протоколу диагностики

и лечения пациентов (взрослое население)

с ревматическими заболеваниями

Индексыоценки активности заболевания, показатели ремиссии;

критерии оценки прогрессирования заболевания

Для оценки активности заболевания, показателей ремиссии; критериев оценки прогрессирования заболеваниявычисляются индексы и применяются критерии, изложенные ниже

1.Ревматоидный артрит

1.1. Активность заболевания

В качестве основного метода оценки активности заболевания при­меняют индекс DAS28, вычисляемый по формуле

DAS28 = 0,56√ЧБС+0,28√ЧПС+0,70lnСОЭ+0,014ООСЗ,

где ЧБС — количество болезненных суставов; ЧПС — число припухших суставов из следующих 28: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные (таблица 1); СОЭ — скорость оседания эритроцитов по методу Вестергрена, ООСЗ — общая оценка пациентом состояния здоровья в миллиметрах по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ).Вопрос, на который при этом должен ответить пациент, формулируется следующим образом: «Насколько сильно ухудшает Ваше состояние ревматоидный артрит?».При этом пациент должет отметить на 100 мм шкале результат своей оценки.

Таблица 1

Суставы, оцениваемые врачом-ревматологом при подсчете индекса активности DAS 28

|  |  |
| --- | --- |
| Суставы | Индекс 28 суставов (болезненность и припухлость) |
| Височно-нижнечелюстные | — |
| Грудино-ключичные | — |
| Акромиально-ключичные | — |
| Плечевые | 2 |
| Локтевые | 2 |
| Лучезапястные | 2 |
| Пястно-фаланговые | 10 |
| Проксимальные межфаланговые | 10 |
| Цистальные межфаланговые | — |
| Тазобедренные | — |
| Коленные | 2 |
| Голеностопные | — |
| Таранно-пяточные | — |
| Межплюсневые | — |
| Плюснефаланговые | — |
| Шейный отдел позвоноч­ника | — |
| Поясничный отдел позвоночника | — |
| Крестцово-подвздошные сочленения | — |

Примечание: Болезненность оценивается по 3-х бальной системе. 0-отсутствие боли; 1-пациент отмечает незначительную болезненность; 2- морщится; 3- отдергивает руку

1.2.Активность РА

низкая при DAS28 <3,2;

умеренная - 3,2 <DAS28 <5,1

высокая DAS28>5,1

1.3. Ремиссия

Ремиссия может быть определена по критеям EULAR, ACR и FDA.

Критерии ремиссии представлены в таблице 2.

Таблица 2

Критерии ремиссии ревматоидного артрита

|  |  |
| --- | --- |
| Критерии | Характеристика |
| ACR | • Утренняя скованность < 15 минут.  • Нет недомогания.  • Нет болей в суставах.  • Нет болей в суставах при движении.  • Нет припухлости суставов.  • СОЭ <30 мм/ч у женщин и 20 мм/ч у мужчин. Клиническая ремиссия: 5 из 6 признаков в течение 2 месяцев и более. |
| EULAR | Значение индекса DAS28 <2,6 |
| FDA | Ремиссия - клиническая ремиссия по ACR и отсутствие рент­генологического прогрессирования (метод Ларсена или Шарпа) в течение 6 мес в отсутствии терапии БПВП.  Полная клиническая ремиссия - клиническая ремиссия по ACR и отсутствие рентгенологического прогрессирования (метод Ларсена или Шарпа) в течение 6 месяцев на фоне терапии БПВП.  Клинический эффект — достижение ответа по ACR70 в течение, по крайней мере, 6 последующих месяцев. |

1.4. Оценка рентгенологического прогрессирования заболевания осуществляется по методу Шарпа в модификации vanderHeijde

Оценивают суставы кистей и дистальных отделов стоп.

1.4.1. Для подсчёта эрозий используют 16 суставов и костей в каждой кисти:

- проксимальные межфаланговые суставы со второго по пятый;

- пястно-фаланговые суставы с первого по пятый;

- первый запястно-пястный сустав;

- первый межфаланговый сустав;

- многоугольная (трапециевидная + трапеция), ладьевидная, полулунная, лучевая и локтевая кости.

Каждую эрозию оценивают в баллах от 0 до 5 по глубине поражения:

0 — нет эрозий;

1 — одна отдельная эрозия или вовлечение в деструктивный процесс менее 21% поверхности сустава;

2 — две отдельные эрозии или вовлечение 21-40% поверхности сустава;

3 — три отдельных эрозии или вовлечение 41—60% поверхности сустава;

4 — четыре эрозии или эрозирование 61—80% поверхности сустава;

5 — выраженная деструкция с вовлечением более 80% поверхности сустава, полная деструкция (коллапс) эпифиза кости в каждом суставе.

Сумма баллов (исследуют обе кисти) составляет от 0 до 160.

1.4.2. Для подсчёта эрозий в дистальных отделах стоп используют шесть суставов каждой стопы:

- плюснефаланговые суставы с первого по пятый;

- межфаланговый сустав I пальца стопы.

В суставах стоп при подсчёте эрозий по рекомендациям vanderHeijde качестве максимального балла используют 10 (по 5 баллов на каждую поверхность сустава), обосновывая это высокой частотой случаев разрушения головок плюсневых костей (5 баллов) при сохранении суставных поверхностей фаланг пальцев стоп. Сумма баллов (исследуют обе стопы) составляет от 0 до 120.

При необходимости сравнения степени деструктивных изменений в кистяхи стопах рекомендуют использовать процентные шкалы, К примеру, если счёт эрозий в каком-либо суставе равен 2 баллам, то составляет 40% для сустава кисти (2/5) и 20% для сустава стопы 10.

1.4.3. Для оценки сужения суставных щелей используют 15 суставов каждой кисти

- проксимальные межфаланговые суставы со второго по пятый;

- пястно-фаланговые суставы с первого по пятый;

- запястно-пястные суставы с третьего по пятый;

- ладьевидно-трапециевидный сустав;

- головчато-ладьевидно-полулунный сустав;

- лучезапястный сустав.

Сужение суставных щелей оценивают следующим образом:

0 баллов — нормальная суставная щель;

1 балл — локальное сужение или подозрение на него;

2 балла — диффузное сужение менее чем на 50% нормы;

3 балла — сужение более чем на 50% или подвывих сустава;

4 балла — костный анкилоз или полный вывих сустава.

Сумма баллов (исследуют обе кисти) составляет от 0 до 120.

1.4.4. Для оценки сужения суставных щелей в дистальных отделах стоп используют шесть суставов каждой стопы:

- плюснефаланговые суставы с первого по пятый;

- межфаланговый сустав I пальца стопы.

Сужение суставных щелей оценивают в баллах от 0 до 4 (как в кистях). Сумма баллов (исследуют обе стопы) составляет от 0 до 48.

Подсчёт изменений в суставах кистей имеет большее значение, чем в стопах. Максимальный общий счёт (atotalSharp'sscore) представляет собой сумму счёта эрозий и счёта сужений суставных щелей и составляет 448 баллов для одного человека.

*1.5.*Критерии эффективности терапиипредставлены в таблице 3

Таблица 3

Критерии эффективности терапии Европейской противоревматической лиги (DAS28)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| Исходное значение DAS28 | >1,2 | Уменьшение DAS28 >0,6<1,2 | <0,6 |
| <3,2 | Хороший эффект | Умеренный эффект | Эффект отсутствует |
| 3,2-5,1 | Умеренный эффект | То же | Тоже |
| >5,1 | То же | Эффект отсутствует | Тоже |

2.Спондилоартропатии.*Аксиальный вариант спондилоартропатий*(артропатии с преимущественным поражением позвоночника).

2.1. Оценка активности.

Для оценки активности анкилозирующего спондилита и аксиального варианта спондилоартропатий и применяется индексBASDAI(BathAnkylosingSpondylitisDiseaseActivityIndex).

Опросник для определения индекса BASDAI состоит из шести вопросов, на которые пациент отвечает самостоятельно. Для ответа на каждый вопрос предложена десятисантиметровая шкала ВАШ (левая крайняя точка соответствует отсутствию данного признака (0), правая крайняя точка соответствует крайней степени выраженности признака (100 мм); для последнего вопроса о длительности ско­ванности — 2 часа и более). Пациент должен ответить на каждый из при­ведённых ниже вопросов, выразив свой ответ чёрточкой, пересекающей 10 сантиметровую линию в выбранном им месте.

1. Как бы Вы расценили уровень общей слабости (утомляемости) за последнюю неделю?

2. Как бы Вы расценили степень боли в шее, спине или тазобедренных суставах за последнюю неделю?

3. Как бы Вы расценили уровень боли (или степень припухлости) в суставах (помимо шеи, спины или тазобедренных суставов) за последнюю неделю?

4.Как бы Вы расценили степень неприятных ощущений, возникающих при дотрагивании до каких-либо болезненных областей или давлении на них (за последнюю неделю)?

5. Как бы Вы расценили степень выраженности утренней скованности, возникающей после пробуждения (за последнюю неделю)?

6. Как долго длится утренняя скованность, возникающая после пробуждения (за последнюю неделю)?

Врач вычисляет сумму первых четырёх вопросов + среднее значение пятого и шестого вопросов и делит полученную сумму на 5. Величина индекса BASDAI, превышающая 4, свидетельствует о высокой активности заболевания.

2.2. Оценка эффективности терапии

Для оценки эффективности терапии аксиального варианта спондилоартропатий применяется индекс BASDAIв динамике.

*Периферический вариант спондилоартропатий*(с преимущественным поражением периферических суставов).

Эффективность терапии оценивается по критериям ACR(смотри ревматоидный артрит).

2.3. Критерии ремиссии представлены в таблице 4

Таблица 4

Критерии ремиссии спондилоартритов

|  |  |
| --- | --- |
| Клинические проявления | Значения |
| Усталость | Отсутствует |
| Боль в суставах  (включая воспалительную боль в спине)\* | Отсутствует |
| Длительность утренней скованности, мин | <15 |
| ЧБС | 0 |
| ЧПС (дактилит/энтезит) | 0 |
| СОЭ, мм/час  женщины  мужчины | <30  <20 |

Трактовка ремиссии: обязательно должны присутствовать пять признаков из шести в течение 2 последовательных месяцев.

3. Остеоартроз

3.1. Оценка эффективности терапии производится по индексуWOMAC(WesternOntarioandMcMasterUniversity, [www.ac-](http://www.ac-)[curheum.com/topics/womac.htm](http://curheum.com/topics/womac.htm)) — опросник для самостоятельной оценки пациентом выраженности боли (в покое и при ходьбе — 5 вопросов), скованности (длительность и выраженность — 2 вопроса) и функциональной недостаточности в повседневной деятельности (17 вопросов). Оценку проводят по ВАШ в сантиметрах — от 0 (нет симптомов/ ограничений) до 10 (максимальная выраженность симптомов/ограни­чений), затем все показатели суммируют.При оценке эффективности терапиииндекс WOMACопределяют в динамике.

4. Глюкокортикоидный остеопороз

4.1.Мониторинг эффективности терапии

У пациентов, получающих антиостеопоротическую терапию, определение МПКТ с помощью ДРА следует проводить не реже 1 раза в год.

При отсутствии снижения МПКТ более чем на 3% продолжают терапию. При снижении МПКТ более чем на 3% корректируют лечение.

5. Системная красная волчанка (СКВ)

5.1. Оценка активности заболевания(международные рекомендации по оценке активности заболевания, повреждения внутренних органов и систем оценке эффективности терапии при системной красной волчанке (OMERACT;GladmanD., IbanezD., UrowitzM.B. // J. Rheum. -2002. - Vol. 29. - Suppl. 2. - P. 288-291)

К одной из шкал, рекомендуемых для оценки общей активности заболевания относится шкалаSLEDAI

(таблица 5)

Таблица 5

Таблица 5

Активность системной красной волчанки по шкале SLEDAI-2K

В колонку SLEDAI-счёт вносят баллы, если данное клиническое проявление выявлено на момент осмотра

или присутствовало в течение 10 предшествовавших осмотру дней.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Баллы | SLEDAI-счёт | Проявление | Определение |
| 8 |  | Эпилептический приступ | Недавно возникший. Исключить метаболические, инфекционные и лекарственные причины |
| 8 |  | Психоз | Нарушение способности выпол­нять действия в нормальном режиме вследствие выраженного изменения восприятия действительности, включая галлюцинации, бессвязность, значительное снижение ассоциативных способностей, истощение мыслительной деятельности, выраженное алогичное мышление; странное, дезорганизованное или кататоническое поведение. Исключить подобные состояния, вызванные уремией или лекарственными средствами |
| 8 |  | Органические мозговые синдромы | Нарушение умственной деятельности с нарушением ориентации, памяти или других интеллектуальных способностей с острым началом и нестойкими клиническими проявлениями, включая затуманенность сознания со сниженной способностью к концентрации и неспособностью сохранять внимание к окружающему, плюс как минимум два признака из следующих:  • нарушение восприятия;  • бессвязная речь;  • бессонница или сонливость в дневное время;  • снижение или повышение психо-моторной активности. Исключить метаболические, инфекционные и лекарственные взаимодействия |
| 8 |  | Зрительные нарушения | Изменения на сетчатке, включая клеточные тельца, кровоизлияния, серозный экссудат или геморрагии в сосудистой оболочке, или неврит зрительного нерва. Исключить случаи подобных изменений при артериальной гипертензии, инфекции и лекарственных воздействиях |
| 8 |  | Расстройства со стороны черепных нервов | Впервыевозникшаячувствительнаяили двигательная невропатия черепныхнервов |
| 8 |  | Головная боль | Выраженная, персистирующая головная боль, может быть мигренозной, но обязательно не отвечающая на наркотические анальгетики |
| 8 |  | Нарушение мозгового кровообращения | Впервые возникшее, исключая таковое вследствие атеросклероза |
| 8 |  | Васкулит | Язвы, гангрена, болезненные узелки на пальцах, околоногтевые инфаркты, геморрагии либо данные биопсии или ангиограммы, подтверждающие васкулит |
| 4 |  | Артрит | Два и более болезненных сустава с при­знаками воспаления (то есть отёком или выпотом и болезненных) |
| 4 |  | Миозит | Проксимальная мышечная боль/слабость, ассоциированная с повышенной активностью КФК/альдолазы, либо данные ЭМГ или биопсии, подтверждающие миозит |
| 4 |  | Циллиндрурия | Зернистыеилиэритроцитарныецилиндры |
| 4 |  | Гематурия | Более 5 эритроцитов в поле зрения, ис­ключая случаи мочекаменной болезни, инфекции и другие причины |
| 4 |  | Протеинурия | Более 0,5 г/сут |
| 4 |  | Пиурия | Более 5 лейкоцитов в поле зрения, ис­ключая инфекционные причины |
| 2 |  | Высыпания на коже | Высыпания воспалительного характера |
| 2 |  | Алопеция | Повышенное очаговое или диффузное выпадение волос |
| 2 |  | Язвы слизистых оболочек | Изъязвления слизистой оболочки рта и носа |
| 2 |  | Плеврит | Боль в грудной клетке с шумом трения плевры или выпотом, или утолщение плевры |
| 2 |  | Перикардит | Перикардиальная боль как минимум с одним из следующих признаков:  •шум трения перикарда;  •выпот;  •подтверждение с помощью ЭКГ или Эхо-КГ |
| 2 |  | Низкое содержание компонентов комплемента | Снижение СН50, СЗ или С4 менее нижней границы нормы тестирующей лаборатории |
| 2 |  | Повышенное количество антител к двуспиральнойДНК | Более 25% связывания по методу Фарра или превышение нормальных значений тестирующей лаборатории |
| 1 |  | Лихорадка | Выше 38 "С, исключить инфекционные причины |
| 1 |  | Тромбоцитопения | < 100х109/л, исключая лекарственные причины |
| 1 |  | Лейкопения | <3х109/л,исключаялекарственныепричины |

Общий SLEDAI- счёт ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание.

SLEDAI-2K в отличие от SLEDAI позволяет учесть персистирующую активность, связанную с наличием высыпаний, язв слизистых оболочек, алопеции и протеинурии.SLEDAI учитывает только вновь возникшие или рецидив таких признаков, как кожная сыпь, алопеция, язвы слизистых оболочек и протеинурия, SLEDAI-2K — наличие любого варианта данных признаков (вновь возникший, рецидив, персистирующая активность). ФК — креатинфосфокиназа. МГ — электромиография.

5.2.Активность нефрита оценивают с учётом характера суточной протеинурии, мочевого осадка, клубочковой фильтрации. У больных с III и IV классами волчаночного нефрита прогностическое значение 'имеет определение индексов активности и хронизации.

*Подсчет* индекса активности и хронизации гломерулонефрита

Подсчёт индекса активности осуществляют по 3-балльной системе выраженности пролиферации мезангиальных клеток, фиброз-полулуний, воспалительной инфильтрации, наличия гиалиновых тромбов, фибриноидного некроза и кариорексиса (таблица 6). Наличие кариорексиса и/или клеточных полулуний оценивают как выраженные изменения, и их баллы удваивают.

Таблица 6

Индекс активности гломерулонефрита в баллах (0-24 балла)

|  |  |
| --- | --- |
| Изменения | Баллы |
| Пролиферация мезангиальных клеток | 0-3 |
| Инфильтрация лейкоцитами | 0-3 |
| Гиалиновые тромбы (депозиты) | 0-3 |
| Фибриноидный некроз и кариорексис | (0-3)х2 |
| Клеточные полулуния | (0-3)х2 |
| Интерстициальные инфильтраты | 0-3 |

Баллы определяют в соответствии с процентом поражения тканевых структур или наличием признака

(таблица 7).

Таблица 7

Подсчёт индекса активности гломерулонефрита

|  |  |
| --- | --- |
| Баллы | Изменения |
| 1 | Минимальные изменения, или поражение менее 25% клубочков |
| 2 | Умеренные изменения, или поражение 25-50% клубочков |
| 3 | Выраженные изменения, или поражение более 50% клубочков |

Определение индекса хронизации также проводят по 3-балльной си­стеме. При этом учитывают наличие

фиброзных полулуний, степень гломерулосклероза, атрофии эпителия и интерстициальной ткани (таблица 8).

Таблица 8

Индекс хронизации гломерулонефрита в баллах

|  |  |
| --- | --- |
| (0-12 баллов) | |
| Изменения | Баллы |
| Гломерулосклероз | 0-3 |
| Фиброзные полулуния | 0-3 |
| Атрофия канальцевого эпителия | 0-3 |
| Интерстициальный фиброз и склероз | (0-3)х2 |

5.3. Оценка повреждения внутренних органов и систем при СКВ

Для оценки повреждения внутренних органов применяется индекс повреждения SLICC/ACRDamageindex

(GladmanD.D., UrowitzM.B., GoldsmithС. //Arthr. Rheum. - 1997. - Vol. 40.- P. 809-813) –таблица 9

Таблица 9

Индекс повреждения при системной красной волчанке SLICC/ACRDamageIndex

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | | Счёт, баллы |
| Орган зрения (каждый глаз, при клинической оценке) | | |
| • Любая катаракта.  • Изменения сетчатки или атрофия зрительного нерва | | 1  1 |
| Нервная система | | |
| • Когнитивные нарушения (снижение памяти, трудности со счётом, плохая концентрация, трудности в разговорной речи или письме, нарушенный уровень исполнения) или большие психозы.  • Судорожные припадки, требующие лечения более 6 мес.  • Инсульты когда-либо (счёт 2, если >1) или церебральная резекция, не связанная с новообразованием.  • Черепно-мозговая или периферическая невропатия (исключая зрительную).  • Поперечный миелит | | 1-2  1  1-2  1  1 |
| Почки | | |
| • Клубочковая фильтрация <50 мл/мин.  • Протеинурия >3,5 г/сут.  • Конечная стадия почечного заболевания (вне зависимости от диализа или трансплантации) | 1  1  3 | |
| Лёгкие | | |
| • Лёгочная гипертензия (выбухание правого желудочка или звонкий Р2).  • Лёгочный фиброз (физикально и рентгенологически установлен­ный).  • Сморщенное лёгкое (рентгенологически).  • Плевральный фиброз (рентгенологически).  • Инфаркт лёгкого (рентгенологически) | 1  1  1  1  1 | |
| Сердечно-сосудистая система | | |
| • Стенокардия или аортокоронарное шунтирование.  • Инфаркт миокарда, произошедший когда-либо (счёт 2, если >1).  • Кардиомиопатия (дисфункция желудочков).  • Поражение клапанов (диастолический или систолический шум >3/6).  • Перикардит в течение 6 месяцев (или перикардэктомия) | 1  1-2  1  1  1 | |
| Периферические сосуды |  | |
| Перемежающаяся хромота в течение 6 мес.  Небольшая потеря ткани (подушечка пальца). | 1  1 | |
| * Значительная потеря ткани когда-либо (потеря пальца или конечности) (счёт 2, если больше, чем в одном месте). * Венозный тромбоз с отёком, изъязвлением или венозным стазом | 1-2  1 | |
| Желудочно-кишечный тракт |  | |
| Инфаркт/резекция кишечника (ниже двенадцатиперстной кишки), селезёнки, печени или жёлчного пузыря когда-либо, по любым причинам (счёт 1, если более, чем в одном месте).  Мезентериальная недостаточность.  Хронический перитонит.  Стриктуры или хирургические операции на верхней части ЖКТ | 1-2  1  1  1 | |
| Костно-мышечная система |  | |
| Мышечная атрофия или слабость.  Деформирующий или эрозивный артрит (включая вправимые деформации, исключая аваскулярные некрозы).  Остеопороз с переломами или коллапсом позвонков (исключая аваскулярный некроз).  Аваскулярный некроз (счёт 2, если >1).  Остеомиелит.  Разрыв сухожилий | 1  1  1  1-2  1  1 | |
| Кожа |  | |
| Рубцовая хроническая алопеция.  Обширное рубцевание или панникулит (кроме волосистой части головы и подушечек пальцев).  Изъязвления кожи (исключая тромбоз) в течение более 6 месяцев | 1  1  1 | |
| Половая система: преждевременная недостаточность гонад | 1 | |
| Эндокринная система: сахарный диабет (вне зависимости от терапии) | 1 | |
| Малигнизация (исключая дисплазию) (счет 2, если более одной локализации) | 1-2 | |

6. Системный склероз

6.1. Активность системного склероза.

Для оценки активности системного склероза используют индексы (таблица 10), разработанные Европейской группой по изучению системного склероза.

Баллы суммируют, максимально возможный балл-10; при показателе активности 3 балла и более, заболевание расценивают, как активное, менее 3 баллов-как неактивное.

Таблица 10

Оценка активности системного склероза

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметр | Балл | Характеристика |
| Кожный счет > 14 | 1 | Используется модифицированный кожный счет, оцениваемый в баллах от 0 до 3 в 17 областях тела |
| Cклеродерма | 0,5 | Утолщение мягких тканей, преимущественно на пальцах, за счет индурации кожи |
| Кожа | 2 | Ухудшение кожных проявлений за последний месяц, со слов пациента |
| Дигитальные некрозы  Сосуды | 0,5  0,5 | Активные дигитальные язвы или некрозы  Ухудшение сосудистых проявлений в течение последнего месяца, со слов пациента |
| Артриты | 0,5 | Симметричная припухлость суставов |
| Снижение ДС00 | 0,5 | ДС00 < 80% от нормального уровня |
| Сердце/легкие | 2 | Ухудшение сердечно-легочных проявлений за последний месяц, со слов пациента |
| СОЭ > 30 | 1,5 | по Вестергрену |
| Гипокомплементемия | 1 | Снижение уровня С3 или С 4 компонентов комплемента |

Примечание: ДС00 –диффузионная способность легких для оксида углерода

7.Системные васкулиты

7.1. Оценка активности васкулита, фазы и течения заболевания (в модификации)

При оценке активности васкулита принимают во внимание только признаки, обусловленные васкулитом на момент осмотра, а также появившиеся или прогрессирующие в течение последнего месяца до обсле­дования пациента.

В зависимости от активности выделяют несколько фаз заболевания. Чтобы оптимизировать тактику ведения больных, особенно на этапе индукции ремиссии, введён термин «рефрактерное течение васкулита».

Ремиссия — отсутствие признаков активности при нормальном содержание СРБ на фоне стабильной поддерживающей терапии.

Ответ на терапию (частичная ремиссия) — уменьшение на 50% от исходного состояния клинико-лабораторных проявлений заболевания.

Низкая активность (персистирующая активность) — персистенция общих симптомов воспаления (артралгии, миалгии и др.), которые купируются незначительным повышением дозы глюкокортикоидов (не требуют эскалации терапии).

Неактивная фаза — ремиссия, при которой нет необходимости в поддерживающей терапии.

«Большое» обострение — вовлечение в воспалительный процесс жиз­ненно важных органов или систем (лёгких, почек, ЦНС, сердечно­сосудистой системы). Необходимо назначение адекватной (эскалационной) терапии циклофосфамидом (как при режиме индукции ремис­сии) в сочетании с увеличением дозы глюкокортикоидов до 30 мг/сут. При необходимости проводят пульс-терапию метилпреднизолоном плазмаферез или введение иммуноглобулина человека нормального для внутривенного введения.

«Малое» обострение — «возврат заболевания» (увеличение дозы глюкокортикоидов до 30 мг/сут).

Персистенция активности — наличие клинического проявления и отсутствие его усугубления в течение 28 дней с момента предыдущего осмотра больного.

Рефрактерное течение АНЦА-васкулитов:

- увеличение или отсутствие положительной динамики при остром течении васкулита после 4 недель стандартной терапии или

- плохой ответ (<50%) на стандартную терапию в течение 6 недель лечения, или

- хроническая персистенция активности в течение более 12 недель лечения.

8. Ревматическая полимиалгия

8.1.Оценка активности

Оценка активности заболевания, достижения ремиссии и адекватности проводимой терапии осуществляют по упрощённому индексу активности болезни (simplifieddiseaseactivityindexpolymyalgiarheumatica— SDAIPMR).

Его рассчитывают следующим образом:

SDAIPMR = ВАШ пациента (0-10 см) + ВАШ исследователя (0-10 см) + [утренняя скованность (мин) х 0,1] + элевация верхних конечностей (3-0) + СОЭ (мм/ч)х0,1.

Интенсивность болевого синдрома рассчитывают по ВАШ, её оценивают пациент и исследователь.

Продолжительность утренней скованности пациент рассчитывает в минутах и оценивает с момента пробуждения.

Уровень элевации верхних конечностей рассчитывают от 0 до 180° и подразделяют на три степени в зависимости от полученных показателей.