



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

1005.2012 № 522

г. Минск

г. Минск

Об утверждении клинического протокола диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446,
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить 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 согласно приложению к настоящему приказу.

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, руководителям ведомственных организаций здравоохранения обеспечить оказание медицинской помощи пациентам (взрослое население) с ревматическими заболеваниями в соответствии с клиническим протоколом, указанным в пункте 1 настоящего приказа.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Д.Л.Пиневиича.

Министр

В.И.Жарко

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 лечению и 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 специальностей с учетом доминирующих 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 объем выполняется по показаниям и включает исследования, позволяющие уточнить характер поражения органов и систем при выявлении изменений в обязательных обследованиях; диагностировать заболевание на ранней рентггенегативной 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)– областных организаций здравоохранения; отсутствие маркировки-предполагает проведение обследований в условиях амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, Центральные районные больницы (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 глюкокортикоиды) назначаются врачом-ревматологом или по его рекомендации. Препараты биологической генно-инженерной терапии назначаются по решению консилиума с привлечением главного ревматолога (Республики, области, города Мин-

ска). 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, регулируемый лечащим 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, переносимости 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, изложенных в Приложении.

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	2-4/ год	1. Биохимическое исследование крови: определение активности, креатинфосфокиназы (далее-КК)	Продолжение терапии стационарного этапа: 1. Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства внутрь (далее-НПВС) - ибупрофен 1200-1600 мг/сутки или ацеклофенак 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.
	2. Общий анализ мочи	2-4/ год	МВ-фракции КК ^{1:2} 2. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (далее-УЗИ ОБП)			
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, С-реактивного белка (далее-СРБ*),	2-4/ год				

1	2	3	4	5	6	7
	антистрептолизина-О (далее-АСЛ-О*), калия, активности аспартатаминотрансферазы (далее-АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее-АлАТ).		3.Определение содержания антифосфолипидных анти-тел(волчаночный антикоагулянт (далее - ВА) ^{1;2} ; антител к кардиолипину (далее - аКЛ) ^{1;2} , IgG или IgM- изо-типов; антител к β2-ГП I ^{1;2} IgG и/или IgM изотипов	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.	с последующей отменой	(посткраевой фиброз) при поздней диагностике заболевания.
	4. Эхо-КГ	2 раза в течение первого года (включая стационарное лечение); затем 1 раз в год	4. Консультация врача-стоматолога 5. Консультация врача-невролога	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	На период приема НПВС, ГКС	
	5. ЭКГ	1-2/год			5 лет или до достижения 21 года	
	6. Рентгенография органов грудной полости.	1/год			10 лет или до 21-летнего-возраста	
	7. Консультация врача-оториноларинго-	1/далее по показаниям		4.3.для больных с пороком сердца (в том числе после оперативного лечения) не менее 10 лет после последней атаки	не менее 10 лет или до 40-	

1	2	3	4	5	6	7
	лога			или до 40-летнего возраста		летнего возраста
Хроническая ревматическая болезнь сердца: пороки митрального и аортального клапанов -изолированные, сочетанные, комбинированные (I05-I08.9)	1. Общий анализ крови	2 / год	1. УЗИ органов брюшной полости	1.Комплексная терапия (продолжение лечения, подобранного в стационарных условиях в соответствии с протоколами лечения хронической сердечной недостаточности; нарушений сердечного ритма).	Длительно	1.Замедление темпов прогрессирования хронической сердечной недостаточности (далее - ХСН).
	2. Общий анализ мочи	2 / год	2. Чреспищеводная Эхо-КГ ^{1,2}	2. Профилактика вторичного инфекционного эндокардита.		
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка, билирубина, СРБ*; калия, мочевины, активности АсАТ, АлАТ, АСЛ-О*	1-2 / год	3.Консультация врача-стоматолога	2.1. Стоматологические, оральные, респираторные и эзофагальные процедуры: -амоксциллин 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.	перед и после проведения манипуляции	2. Увеличение продолжительности жизни пациентов.
	4. Исследование показателей гемостаза: определение ПТВ с расчетом МНО (при применении непрямых антикоагулянтов)	1-2/мес	4. Консультация врача-оториноларинголога	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;		
	5. Эхо-КГ	1/год				4.Улучшение качества жизни пациентов.
	6. Рентгенография	1/год				

1	2	3	4	5	6	7
	органов грудной полости.			через 6 часов – ампициллин или амоксициллин 1 г внутрь.		5. Уменьшение числа регоспитализаций..
	7. Тест 6-минутной ходьбы	Постоянно с оценкой при контрольных визитах 2-3/год				
	8. Измерение АД (профиль); ЧСС	-//-				
	9. Контроль массы тела	-//-				
Реактивные артропатии (M02)	1. Общий анализ крови	2-4/год чаще по показаниям **	1. Определение антигена Chl. trachomatis в биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального канала +сок простаты) методом иммунофлюоресценции (далее-РИФ ^{1;2}),	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	В течение месяца (с учетом стационарного этапа в случае пребывания пациента в стационаре)	1. Выздоровление 2. Достижение ремиссии 3. Достижение низкой активности патологического процесса.
Болезнь Рейтера (M02.3.)	2. Общий анализ мочи	-//-				
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, калия, СРБ*; ак-	-//-				

1	2	3	4	5	6	7
	тивности АсАТ, АлАТ.		2. Определение в сыворотке крови антител к Chl. trachomatis классов IgA, IgM, IgG методом иммуноферментного анализа (далее ИФА ^{1;2})	0,4-0,8 г/сут; ломефлоксацин 0,8 г/сут; моксифлоксацин внутрь 0,4 г/сут; левофлоксацин 0,5 г/сут.		
	4. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи	1-2/год	3. Определение фрагментов ДНК Chl. trachomatis в синовиальной жидкости ¹	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).		
	5. Определение антигена гистосовместимости HLA-B27 ^{1,2} (после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)	1	4. Обследование на другие инфекции, передаваемые половым путем (далее-ИППП): определение фрагментов ДНК Trichomonasvaginalis; Herpes simplex в биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального канала +сок простаты) методом полимеразной цепной реакции (далее-ПЦР) ^{1;2}	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.	До купирования явлений артрита и болевого синдрома	
	6. Определение фрагментов ДНК Chl. trachomatis в биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального канала +сок простаты) методом полимеразной цепной реакции (далее-ПЦР) ^{1;2}	Исходно (при постановке диагноза, обострении) и через 1,5 месяца после завершения курса антибактериальной	на другие инфекции, передаваемые половым путем (далее-ИППП): определение фрагментов ДНК Trichomonasvaginalis; Herpes simplex в биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального канала +сок простаты) методом	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.	На протяжении периода приема НПВС, ГК	
				4. ГК для системного применения (назначаются ревматологом сов-	До стабилизации	

1	2	3	4	5	6	7
		терапии (контроль излеченности)	ПЦР ^{1,2} 5. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации ревматоидного фактора (далее-РФ)*; антител к циклическому цитруллинированному пептиду (далее-АЦЦП) ^{1,2}	местно 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)	процесса (3-4 недели с учетом стационарного этапа)	
	7. Определение в сыворотке крови антител к иерсиниям (при наличии в анамнезе диареи).	Исходно и в динамике через 7-10 дней (на этапе постановки диагноза)	6. УЗИ органов брюшной полости 7. УЗИ пораженных суставов ^{1,2}	5. Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-2 г/сут внутрь (по показаниям, назначается врачом-ревматологом) при неэффективности симптоматической терапии.	По показаниям	
	8. Рентгенография пораженных суставов, илеосакральных сочленений; пораженных отделов позвоночника	1/год	8. УЗИ предстательной железы; органов малого таза (у женщин) 9. Магнитно-резонансная томография (далее-МРТ) илеосакральных сочленений, поражен-		Длительно	
	9. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		6. Лечебная физкультура (далее-ЛФК). 7. Физиотерапевтическое лечение (далее-ФТЛ) (по показаниям в зависимости от активности процесса): электро-,	Постоянно	
	10. ЭКГ	1-2/год			1-2 раза в год	

1	2	3	4	5	6	7
		(чаще при наличии показаний)	ных отделов позвоночника ^{1,2} 10. Эхо-КГ 11. Консультация врача-дерматолога 12. Консультация врача-оториноларинголога	бальнео-, ультразвуко-лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.		
	11. Консультация врача-акушера-гинеколога/ врача-уролога с проведением обследования	1/год				
	12. Консультация врача-инфекциониста (при наличии диареи)	при наличии показаний				
Псориа- тические и энтеро- патиче- ские арт- ропатии (M07)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, ка-	2-4 /год, чаще-по показа- ниям** -// -//	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина; холесте-рина, липидно-го спектра крови 2. Иммунологиче-ское исследование крови: определе-ние концентрации РФ*; антител к	1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутри или диклофенак 100-150 мг/сут внутри или в/м, или ибупрофен 1200- 2400 мг/сут внутри, или мелоксикам 15 мг/сут внутри или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутри, или целекоксиб 400 мг/сут внутри или этодолак 600- 1200 мг/сут внутри. 2. При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или ра- бепразол 20-40 мг/сут или лансопразол	До купи- рования явлений артрита и болевого синдрома На протя- жении пе- иода при- ема	1. Достиже- ние ремис- сии или 2. Достижен- ие мини- мальной ак- тивности заболева- ния.

1	2	3	4	5	6	7
	лия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.		циклическому цитруллинированному пептиду (далее –АЦЦП ^{1,2}	30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.	НПВС, ГК	3.Замедление темпов рентгенологического прогрессирования заболевания.
	4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (здесь и далее, HBsAg-поверхностный антиген вируса гепатита В; HBc-core антитела к нуклеокапсиду вируса гепатита В; а/НСV-антитела к антигенам вируса гепатита С– однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1	3.Фиброгастроудоскопия (далее-ФГДС) 4.Эхо-КГ 5. УЗИ ОБП 6. Проба Манту 7.Консультация врача-офтальмолога	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 (при псориатической и энтеропатической артропатиях) или 3.3. Селективные иммунодепрессанты: лефлуномид 20 мг/сут внутрь (в случае неэффективности и/или непереносимости метотрексата, сульфасалазина при псориатической артропатии по решению консилиума).	Длительно -/- -/- -/-	4.Повышение качества жизни пациентов. 5. Увеличение продолжительности жизни. 6.Уменьшение числа регоспитализаций.
	5. Определение антигена гистосовместимости HLA-B27 ^{1,2} (после консультации врача-	1		4. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут. внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема).	-/-	

1	2	3	4	5	6	7
	ревматолога однократно при верификации диагноза)					
	6. Рентгенография илео-сакрального сочленения (в случае его поражения); пораженных отделов позвоночника; суставов	1/год		5. ГК для системного применения (назначаются ревматологом совместно с препаратами патогенетической терапии в 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.	В течение 3 месяцев (с учетом стационарного этапа) с последующей постепенной отменой	
	7. МРТ илео-сакральных сочленений, пораженных отделов позвоночника (до рентгенологической стадии, после консультации врача-ревматолога) ^{1,2}	1(на этапе постановки диагноза), далее по показаниям		5.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамцинолон 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).	По показаниям	
	8. Рентгенография органов грудной полости.	1/год				
	9.ЭКГ	1-2/год, чаще по показаниям		6. ЛФК.	Постоянно	
				7. Массаж (по показаниям, вне обострения) № 10.	1-2 раза в год	

1	2	3	4	5	6	7
	10. Консультация врача-дерматолога	1/далее по показаниям		8.ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10.	1-2 раза в год	
	11. Консультация врача-гастроэнтеролога (в случае энтеропатической артропатии)	1/ (с последующим наблюдением у врача-гастроэнтеролога)				
Анкилозирующий спондилит (далее-АС) (M45)	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	2-4 /год, чаще-по показаниям** -/- -/- 1	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина; ЩФ ^{1,2} , холестерина, липидного спектра крови 2. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи 3. Анализ мочи по Нечипоренко 4. Определение маркеров костного ремоделирования:	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.	Длительно На протяжении периода приема НПВС, ГК	1. Достижение ремиссии или 2.Достижение минимальной активности заболевания. 3.Замедление темпов рентгенологического прогрессирования за-

1	2	3	4	5	6	7
	сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; a/HCV - однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).		β-КроссЛапс ^{1:2} , остеокальцин ^{1:2} , ионизированный кальций ¹			болевания.
	5. Определение антигена гистосовместимости HLA-B27 ^{1,2} (после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)	1	5. Эхо-КГ	3. ГК для системного применения (назначаются врачом-ревматологом совместно с препаратами патогенетической терапии в амбулаторных или стационарных условиях с продолжением на амбулаторном этапе):		4.Повышение качества жизни пациентов.
	6. Рентгенография илео-сакрального сочленения, пораженных отделов позвоночника; суставов.	1/год	6. УЗИ органов брюшной полости	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.	1-3 месяца (с учетом стационарного этапа) с последующим постепенным снижением и отменой	5. Увеличение продолжительности жизни.
	7. МРТ илео-сакрального сочленения и пораженных отделов	1/год	7.ФГДС	3.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциалон 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).	По показаниям	6.Уменьшение числа регоспитализаций. Снижение активности заболевания.
			8. Рентгеновская компьютерная томография (далее-КТ)легких высокого разрешения ^{1,2}	4. Патогенетические лекарственные средства (назначаются врачом-ревматологом в амбулаторных или ста-	Длительно	
			9.Проба Манту			
			10.Определение минеральной плотности костной ткани (далее-МПК) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (далее ДРА) ^{1,2}			

1	2	3	4	5	6	7
	позвоночника (дорентгенологическая стадия, после консультации врача-ревматолога) 1,2		11. Консультация врача-офтальмолога	ционарных 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)	-//-	
	8. Рентгенография органов грудной полости.	1/год	12. Консультация врача-уролога	или 4.2. Антиметаболиты (при неэффективности сульфасалазина): метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь, п/к или в/мыш.	-//-	
	10. ЭКГ	1-2/год; чаще-по показаниям	13. Консультация врача-нефролога	5. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут. внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема).	-//-	
			14. Консультация врача-нейрохирурга ^{1,2}	6. Препараты для лечения и профилактики остеопороза.	Длительно	
				7. ЛФК.	Постоянно	
				8. Массаж (вне обострения) №10 1-2 раза в год.	По показаниям	
				9. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.	1-2/год	

1	2	3	4	5	6	7
Недифференцированный спондилоартрит (M46.9)	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.</p> <p>4. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core ; a/HCV - однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).</p> <p>5. Определение антигена гисто-</p>	<p>2-4 /год, чаще-показаниям**</p> <p>-//-</p> <p>-//-</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>1. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи</p> <p>2. Эхо-КГ</p> <p>3. ФГДС</p> <p>4. ДРА^{1;2}</p> <p>5. Определение маркеров костного ремоделирования: β-КроссЛапс^{1;2}, остеокальцин^{1;2}, ионизированный кальций¹</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 (ис-</p>	<p>Длительно</p> <p>Длительно</p> <p>По показаниям</p> <p>3 месяца (с учетом стационарного этапа) с последу-</p>	<p>1. Достижение ремиссии</p> <p>или</p> <p>2. Достижение минимальной активности заболевания.</p> <p>3. Замедление темпов рентгенологического прогрессирования заболевания.</p> <p>4. Повышение качества жизни пациентов.</p> <p>5. Уменьшение числа регоспитализаций.</p>

1	2	3	4	5	6	7
	совместимости HLA-B27 ^{1,2} (после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)			чезновения/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.	ющим постепенным снижением до полной отмены	
	6. Рентгенография илео-сакрального сочленения, пораженных отделов позвоночника; суставов.	1/год		3.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциалон 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).	По показаниям	
	7.МРТ илео-сакрального сочленения и пораженных отделов позвоночника (дорентгенологическая стадия, после консультации врача-ревматолога) ^{1,2}	1/год		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-	Длительно	
	8. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		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-	-//-	
	9. ЭКГ	1-2/год			-//-	

1	2	3	4	5	6	7
				25 мг/нед.внутри, п/к; в/мыш (при неэффективности сульфасалазина).		
				5. Фолиевая кислота 1-3мг/сутки вгутьр(при приеме метотрексата вне дней его приема).	-//-	
				6. ЛФК.		Постоянно
				7.Массаж мышц спины № 10 (вне обострения по показаниям).		1-2 раза в год
				8. ФТЛ (по показаниям):электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.		1-2 раза в год
Ревматоидный артрит серопозитивный (M05-05.9)	1. Общий анализ крови	2-4 /год, чаще-по показаниам**	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, ЩФ ^{1,2} , содержания ферритина в сыворотке крови ^{1,2} ; холестерина,липидного спектра крови	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 (аминосалицоловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь (при наличии побочных	Длительно	1. Достижение ремиссии или достижение минимальной активности заболевания. 2.Замедле-
Другие ревматоидные	2. Общий анализ мочи	-//-	2. Определение			
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации би-	-//-				

1	2	3	4	5	6	7
артриты (М06-06.9)	лирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, калия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ		маркеров костного ремоделирования: β-КроссЛапс ^{1,2} , остеокальцин ^{1,2} , ионизированный кальций ¹	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 (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 200 мг/сут внутрь (в случае непереносимости метотрексата, сульфасалазина, лефлуномида на фоне низкой активности РА) 2. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут.внутри(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	-//- -//- Длительно От 2 недель и более до купирования обострения суставного синдрома На период	ние темпов рентгенологического прогрессирования заболевания. 3.Повышение качества жизни пациентов. 4. Увеличение продолжительности жизни. 5.Уменьшение числа регоспитализаций.
	4.Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*;АЦЦП(после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза) ^{1,2}	1	3. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи 4.Исследование синовиальной жидкости ^{1,2} 5. Определение фрагментов ДНК Chl. trachomatis в синовиальной жидкости методом ПЦР ^{1,2} .			
	5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(НВsAg; НВс-core; а/НСV-одно-кратно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов)	1	6.Эхо-КГ 7.УЗИ органов брюшной полости 8. ФГДС 9.Рентгенография шейного отдела позвоночника (при			
	6. Рентгенография	1/год				

1	2	3	4	5	6	7
	суставов кистей, стоп; других пораженных суставов	1/год	подозрении на подвывих атланто-окципи-тального сочленения)	наличии факторов риска ЖК осложне-ний): 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	приема НПВС, ГК по пока-заниям	
	7. Рентгенография органов грудной полости. 8. ЭКГ	1-2/год	10.МРТ шейного отдела позвоноч-ника ^{1,2}	идр		
			11.ДРА ^{1,2} (по по-казаниям)	5. ГК для системного применения (назначаются ревматологом совместно с препаратами патогенетической тера-пии в амбулаторных или стационарных условиях с последующим продолжени-ем вна амбулаторном этапе):		
			12. Проба Манту	5.1.Преднизолон 5-10 мг/сут (ме-тилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь – при развитии системных проявлений заболевания; до развития эффекта от применения препаратов патогенетиче-ской терапии в течение 3 месяцев (ис-чезновения/уменьшения боли, скован-ности; нормализации СРБ, СОЭ) с по-следующей постепенным снижением до полной отмены - по 0,125-0,5 мг/сут преднизолона (1-2 мг/сут метилпред-низолона) в неделю.	3 месяца (с учетом стацио-нарного этапа) с последу-ющим по-степенным снижени-ем до пол-ной отме-ны	
			13.Консультция врача-травматолога-ортопеда	5.2. Преднизолон – 10-40мг/сут (ме-тилпреднизолон -8-32 мг/сут) внутрь при системных проявлениях, особых	1-1,5 ме-сяца (с учетом	

1	2	3	4	5	6	7
				<p>синдромах (синдром Стилла; Фелти) как продолжение терапии стационарного этапа 1-1,5 месяца до 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 преднизолон (1-2 мг/сут медрол) в неделю до поддерживающей (преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) длительно</p>	<p>стационарного этапа) с последующим постепенным снижением дозы до поддерживающей дозы длительно</p>	
				<p>5.3.Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамцинолон 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)</p>	<p>По показаниям</p>	
				<p>6.Препараты для лечения и профилактики остеопороза.</p>	<p>Длительно</p>	
				<p>7. ЛФК.</p>	<p>Постоянно</p>	
				<p>8. Массаж(по показаниям) №10 1-2 раза в год</p>	<p>По показаниям</p>	

1	2	3	4	5	6	7
				9. ФТЛ: электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10	1-2 раза в год	
Недифференцированный артрит (M13. 0; M13. 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 кон-	2-4/год -//- -//- 1 1	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, холестерина 2. Иммунологическое исследование: определение содержания антител к Sm антигену ¹ ; рибонуклеопротеину ¹ ; 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 триамцинолон 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)	До купирования явлений артрита В течение периода приема НПВС, ГК Длительно Разово по показаниям	1. Выздоровление. 2. Достижение ремиссии или низкой активности. 3. Повышение качества жизни пациентов.

1	2	3	4	5	6	7
	<p>центрации РФ*, АЦЦП^{1,2}; анти- нуклеарных анти- тел (далее АНА)^{1,2}, антител к двух- спиральной ДНК^{1,2}.</p>			<p>4. ЛФК</p> <p>5. ФТЛ: электро-, ультразвуко-, лазеро- терапия курсами № 7-10 (по показани- ям).</p>	<p>Постоянно</p> <p>2 раза в год</p>	
	<p>6.Исследование сыворотки крови на наличие марке- ров вирусного ге- патита(НВsAg; НВс-core; а/НСV - одно-кратно перед назначением цито- статических им- мунодепрессан- тов).</p>	1				
	<p>7. Исследование синовиальной жидкости (после консультации вра- ча-ревматолога): определение кон- центрации ревма- тоидного факто- ра^{1,2}; содержания кристаллов моче- вой кислоты^{1,2}</p>	1				

1	2	3	4	5	6	7
	8. Определение антигена гистосовместимости HLA-B27 ^{1,2} (после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)	1				
	9. Рентгенография кистей, стоп; пораженных суставов.	1				
	10. Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений	1/год				
	11. Рентгенография органов грудной полости.	1/год				
	12. ЭКГ	1-2/год				
Подагра (M10-M10.9)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ	1-2/год	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации кре-	Острый приступ, 1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутри или диклофенак 100-150 мг/сут	До купирования	1.Купирование присту-

1	2	3	4	5	6	7
	мочи		атинина, холесте-рина, его фракций	внутри или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутри, или мелоксикам 15 мг/сут внутри или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутри, или целекоксиб 400 мг/сут внутри или этодолак 600-1200 мг/сут внутри.	приступа	па.
	3. Биохимическое исследование кро-ви: определение концентрации об-щего белка, моче-вины, мочевой кислоты, глюкозы, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. Уровень мочевой кислоты в крови на этапе подбора дозы аллопурино-ла контролируется еженедельно, за-тем 2 раза в год.		2. Трехстаканная проба мочи	2. 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 эзо-мепразол 20-40 мг/сут и др.	На период приема НПВС, ГК	2. Урежение частоты приступов.
	4. Исследование синовиальной жидкости (после консультации вра-ча-ревматолога): определение кри-сталлов мочевой кислоты ^{1,2}	однокат-но при верифи-кации чаще-по показани-ям	3. ФГДС	3. ГК для системного применения (про-должение терапии стационарного этапа в случае начала терапии в стационаре):	До купи-рования приступа	3. Умень-шение чис-ла регоспи-тализаций.
	5. Рентгенография	1/год	4. Эхо-КГ	3.1. Преднизолон 15-30 мг/сут (ме-тилпреднизолон 12-24 мг/кг/сут) внутри (при неэффективности, непере-носимости НПВС, полисуставном ха-рактере поражения) в первый день с последующим снижением дозы на 5 мг/сут (4 мг/сут) каждый последующий день до полной отмены или	Однократ-но	4. Замедлени-е темпов прогресси-рования за-болевания.
			5. Консультация врача-эндокринолога	3.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или ме-тилпреднизолон 40-80 мг (внутрису-ставно не чаще 2-3 раз/год в один су-став или периартикулярно).	По пока-заниям	5. Увеличе-ние про-должитель-ности жиз-ни пациен-тов
			6. Консультация врача-хирурга			
			7. Консультация врача-нефролога			

1	2	3	4	5	6	7		
	пораженных суставов			4. ФТЛ: электро-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 (при невыраженном обострении).	При обострении			
	6. Рентгенография органов грудной полости.	1/год						
	7. УЗИ органов брюшной полости	1/год						
	8. ЭКГ	1-2/год; чаще- по показаниям						
		1(на этапе верификации диагноза)/далее по показаниям		<p>ХРОНИЧЕСКАЯ ПОДАГРА В межприступный период.</p> <p>1. Диета с ограничением продуктов богатых пуриновыми основаниями, углеводами; отказ от алкоголя, нормализация массы тела.</p> <p>2. Избегать приема ацетилсалициловой кислоты, мочегонных лекарственных средств (тиазидовые и петлевые диуретики), инозина.</p> <p>3. Коррекция метаболического синдрома (в рамках утвержденных клинических протоколов).</p> <p>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 повышением суточной дозы на 100 мг 1 раз в неделю до достижения целевого уровня моче-</p>	Постоянно	Постоянно	Длительно	Длительно

1	2	3	4	5	6	7
				вой кислоты 0,36 ммоль/л.		
		1/год		5.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутри или диклофенак 100-150 мг/сут внутри или в/м, или ибупрофен 1200- 2400 мг/сут внутри, или мелоксикам 15 мг/сут внутри или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутри, или целекоксиб 400 мг/сут внутри или этодолак 600- 1200 мг/сут на период подбора дозы аллопуринола с целью предотвращения развития приступа.	В течение периода подбора дозы ал- лопурино- ла	
		1/год				
		1/год				
		1-2/год		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 эзо- мепразол 20-40 мг/сут и др.	На период приема НПВС	
				Лечение при обострении хронической подагры – см. лечение острого присту- па подагры.		

1	2	3	4	5	6	7
Пиро- фосфат- ная арт- ропатия (M11.1- 11.2)	1. Общий анализ крови	1-2/год	1. Трехстаканная проба мочи	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 триамцинолон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один су-	До купирования явлений артрита	Купирование обострения
	2. Общий анализ мочи	1-2/год	2. ФГДС		На период приема НПВП, ГК	
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, мочевой кислоты, глюкозы, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ	1-2/год	3. УЗИ пораженных суставов ^{1,2}			
	4. Исследование синовиальной жидкости на наличие кристаллов мочевой кислоты и пирофосфата кальция (после консультации врача-ревматолога) ^{1,2}	1 (далее по показаниям)	4. Консультация врача-эндокринолога			
	5. Рентгенография пораженных суставов.	1/год	5. Консультация врача-хирурга			
	6. Рентгенография органов грудной	1/год	6. Консультация врача-невролога			
					7-10 дней	
					однократно	

1	2	3	4	5	6	7
	полости. 7. ЭКГ	1/год		став; периартикулярно в область энтезисов) 4. Противопаразитарные 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.	Длительно На период обострения	
Полиартроз (M15)	1. Общий анализ крови	1-2/год	1. УЗИ суставов	1. Симптоматические лекарственные средства быстрого действия:		1.Купирование болевого синдрома.
Коксартроз (M16)	2. Общий анализ мочи	1-2/год	2. ФГДС	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.	До купирования болевого синдрома 2-4 недели	2. Повышение функциональной активности.
Гонартроз (M17)	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка, мочевины, глюкозы,	1/год	3. МРТ пораженных суставов (диагностика на ранней стадии) ^{1,2} 4. Консультация врача травматолога-ортопеда			3.Замедление темпов

1	2	3	4	5	6	7
	СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.			2. Опиоидный анальгетик: трамадол 50-200 мг/сут внутрь или в/м (при отсутствии эффекта от применения НПВС)	До купирования болевого синдрома	рентгенологического прогрессирования.
	4. Исследование синовиальной жидкости (при наличии синовита после консультации врача-ревматолога) ^{1,2}	1 (на этапе постановки диагноза)		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.	На период приема НПВП (по показаниям)	4. Снижение числа ре-госпитализаций.
	5. Рентгенография пораженных суставов	1/год				5. Повышение качества жизни.
	6. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		4. Симптоматические лекарственные средства медленного действия (при I-II стадиях остеоартроза):		
	7. ЭКГ	1-2/год		4.1. Хондроитина сульфат 1000-1500 мг/сут внутрь или	1,5-3 месяца 1-2 раза в год	
				4.2. Хондроитина сульфат 200 мг в/мышечно через день № 25 или	25 инъекций 1-2 раза в год	

1	2	3	4	5	6	7
				4.3. Глюкозамина сульфат 1500 мг/сут внутри, или по 2 мл в/мышечно через день (6-8 инъекций 2 -3 раза в год)	1,5-3 ме- сяца 1-2 раза в год	
				5. Симптоматическая терапия:	2-4 недели	
				5.1. Центральные миорелаксанты (при выраженном мышечном компоненте боли- коксартрозе): толперизон по 150 мг 3 раза в день внутри и др	-//-	
				5.2. Антиагреганты: пентоксифиллин (600-800 мг/сут) внутри и др	по показа- ниям	
				5.3. Антидепрессанты (в рамках лече- ния хронического болевого синдрома): селективные ингибиторы обратного за- хвата серотонина: флуоксетин 20 мг/сути др.	по показа- ниям	
				5.4. ГК внутрисуставно (не чаще 1-2 раза в год только при наличии синови- та) 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)	Разово по показани- ям	
				6. ЛФК.	Постоянно	
				7. ФТЛ: электро-, тепло -, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами	1-2 раза в год	

1	2	3	4	5	6	7
				№ 7-10 сеансов.		
				9. Массаж прилегающих групп мышц №10 (по показаниям).	1-2 раза в год	
				10. Коррекция ортопедических нарушений	постоянно	
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	2-4 /год, чаще-по показаниям** -//- -//- 1	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, холестерина липидного спектра крови 2. УЗИ органов брюшной полости. 3. Эхо-КГ 4. ФГДС 5. ДРА ^{1,2} 6. КТ высокого разрешения или магнитно-резонансная ангиография (далее МР ангиография с контрастным усилением ^{1,2})	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 подерживающей дозы (преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) 2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства (назначаются врачом-ревматологом):	2-4 недели без учета стационарного этапа с последующим постепенным переходом на поддерживающую дозу длительно Длительно	1. Достижение ремиссии или низкой активности. 2. Увеличение продолжительности жизни. 3. Уменьшение числа регоспитализаций.

1	2	3	4	5	6	7
	гепатита(НВsAg; НВс-core; a/НСV - одно-кратно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).		7. Консультация врача-ангиохирурга ^{1,2}	2.1. Антиметаболиты: метотрексат 17,5 мг/нед внутрь, п/к или в/м или	-//-	
	5.Ультразвуковая ангиодопплерография брахиоцефальных сосудов, брюшного отдела аорты ^{1,2} .	1/год	8. Консультация врача-офтальмолога	2.2. Иммунодепрессанты (при непереносимости метотрексата)–азатиоприн 2–3 мг/кг/сут внутрь.	-//-	
	6. Рентгенография органов грудной полости.	1/год	9. Консультация врача-невролога	3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут внутрь	-//-	
	7. ЭКГ	1-2/год		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.	На период приема НПВС, ГК	
				6.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза.	Длительно	

1	2	3	4	5	6	7
				7. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут (при приеме метотрексата вне дней его приема).	В течение периода приема метотрексата	
Узелковый полиартериит (M30.0)	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;	2-4 /год, чаще-по показаниям** -//- -//- 1	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации, щелочной фосфатазы ^{1,2} . 2. Определение содержания антифосфолипидных антител ^{1,2} ВА ^{1,2} ; аКЛ ^{1,2} 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	Продолжение терапии стационарного этапа. 1. ГК для системного применения: 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 5-15 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 ка-	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	1. Достижение ремиссии или низкой активности. 2. Увеличение продолжительности жизни. 3. Уменьшение числа регоспитализаций.

1	2	3	4	5	6	7
	НВс-core; a/НСV - однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).		функции внешнего дыхания	пельно 1 раз в 2-4 недели (при отсутствии маркеров репликации вируса гепатитаВ; при высоком риске прогрессирования заболевания. Вводится в стационарных условиях—см. стационарный этап).	лет (определяет врач-ревматолог)	
	5. Иммунологическое исследование крови: определение уровня антицитоплазматических антител(далее-АНЦА) ^{1,2}	1/год	7.Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разрешения ^{1,2} 8. ДРА ^{1,2}	2.2.Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь.	Длительно в качестве поддерживающей терапии после достижения ремиссии	
	6.Рентгенография органов грудной полости.	1-2/год	9. Консультация врача-инфекциониста 10. Консультация врача-нефролога	3. Коррекция артериальной гипертензии (см. клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с артериальной гипертензией)	Длительно	
	7. ЭКГ	1/год		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.	2-4 недели	
	8. Консультация врача-невролога	1-2/год		5. При наличии факторов риска ЖК	На период	

1	2	3	4	5	6	7	
				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.		приема НПВС, ГК	
				6.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		Длительно	
Гранулематоз Вегенера (M31.3)	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. Иммунологиче-	2-4 /год, чаще-по показаниям** -//- -//- 1-2/год	1. Биохимическое исследование крови: определение щелочной фосфатазы ^{1,2} , 2.Анализ мочи по Нечипоренко 3. Исследование функции внешнего дыхания ^{1,2} 4. ФГДС 5.Эхо-КГ 6. Рентгеновская	Продолжение терапии стационарного этапа. 1.ГК для системного применения: 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 подерживающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).	4-10 недель без учета стационарного этапа с последующим постепенным снижением до подерживающей (длительно	1.Достижен ремиссии или низкой активности. 2.Увеличение продолжительности жизни. 3.Уменьшение числа регоспитализаций.	

1	2	3	4	5	6	7
	ское исследование крови (после консультации врача-ревматолога): определение уровня АНЦА. ^{1,2}		компьютерная томография легких высокого разрешения ^{1,2}	2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства(назначаются врачом-ревматологом):	Длительно (2-5 лет)	
	5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBe-core; a/HCV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1	7. Рентгеновская компьютерная томография придаточных пазух носа ^{1,2}	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).	От 6 месяцев до 2-5 лет (определяет врач-ревматолог)	
	6. УЗИ органов брюшной полости	1/год	8.ДРА ^{1,2} .	2.2.Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь или	-//-	
	7.Рентгенография органов грудной полости.	1-2/год	9. Консультация врача-фтизиатра	2.2. Антиметаболиты (при непереносимости азатиоприна):метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь, п/кожно или в/мыш.	-//-	
	8.Рентгенография придаточных пазух носа	1/год	10. Консультация врача-офтальмолога			
	9. ЭКГ	1-2/год	11. Консультация врача-нефролога	3. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза	Длительно	
				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.	На период приема НПВС, ГК	
				5. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут (при	Длительно	

1	2	3	4	5	6	7
	10. Консультация врача-оториноларинголога	1/год (чаще по показаниям)		приеме метотрексата вне дней его приема).		
Синдром Чарджа-Стросс (M30.1)	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	2-4 /год, чаще-по показаниям** -/- -/- 1-2/год	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации холестерина 2. ФГДС 3. Эхо-КГ 4. УЗИ органов брюшной полости 5. Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разрешения ^{1,2} 6. ДРА ^{1,2} 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 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 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут). 2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства(назначаются врачом-ревматологом):	4-10 недель без учета стационарного этапа с последующим постепенным снижением до поддерживающей (длительно)	1. Достижение ремиссии или низкой активности. 2. Увеличение продолжительности жизни. 3. Уменьшение числа регоспитализаций.

1	2	3	4	5	6	7
	<p>крови: определение уровня АНЦА (после консультации врача-ревматолога)^{1,2}</p> <p>5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(НВsAg; НВс-core; а/НСV – однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).</p> <p>6. Исследование функции внешнего дыхания^{1,2}</p> <p>7. Рентгенография органов грудной полости.</p> <p>8. ЭКГ</p> <p>9. Консультация врача-пульмонолога^{1,2}</p>	<p>1</p> <p>1-2/год</p> <p>1/год</p> <p>1-2/год</p> <p>1/далее по показаниям</p>		<p>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).</p> <p>2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь</p> <p>2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь, п/к или в/мыш</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>От 6 месяцев до 2-5 лет (определяет врач-ревматолог)</p> <p>Длительно</p> <p>-//-</p> <p>2-4 недели</p> <p>На период приема НПВС, ГК</p>	

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

идр.

5. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза.

Длительно

6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема).

Длительно

Микроскопический полиангиит (M30.60)

1. Общий анализ крови

2-4 /год, чаще-по показаниям**

1. ФГДС

Продолжение терапии стационарного этапа

1. Достижен ремиссии или низкой активности.

2. Общий анализ мочи

-//-

2. Исследование функции внешнего дыхания^{1,2}

1. ГК для системного применения:

4-10

2. Увеличение продолжительности жизни.

3. Анализ мочи по Нечипоренко

-//-

3. Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разрешения^{1,2}

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 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).

недель без учета стационарного этапа с последующим постепенным снижением до поддерживающей (длительно)

3. Уменьшение числа регоспитализаций.

4. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, альбумина, калия, СРБ*; активности

-//-

4. ДРА^{1,2}.

5. Консультация врача-нефролога^{1,2}

2. Противоопухолевые и иммуномоду-

1	2	3	4	5	6	7
	АсАТ, АлАТ.			лирующие лекарственные средства (назначает врач-ревматолог):	Длительно (2-5 лет)	
	5. Иммунологическое исследование крови:определение уровня АНЦА (после консультации врача-ревматолога) ^{1,2}	1/год		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).	От 6 месяцев до 2-5 лет (определяет врач-ревматолог)	
	6. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; а/НСV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1		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)	Длительно -/- -/-	
	7. УЗИ органов брюшной полости	1/год		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.	2-4 недели	
	8. Рентгенография органов грудной полости.	1/год				
	9. ЭКГ	1-2/год		4. При наличии факторов риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной	на период приема	

1	2	3	4	5	6	7
				<p>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.</p> <p>5. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза</p>	<p>НПВС,ГК</p> <p>длительно но</p>	
<p>Гиганто-клеточный артериит (М31.5)</p>	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.</p> <p>4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(НВsAg; НВс-core; а/НСV –</p>	<p>2-4 /год, чаще-показаниям**</p> <p>-//-</p> <p>-//-</p> <p>1</p>	<p>1. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*; уровня АЦЦП^{1,2}; определение содержания антифосфолипидных антител: ВА^{1,2}; аКЛ^{1,2} IgG или IgM- изотипов; ат к антител к β2-ГПантител: ВА^{1,2}; аКЛ^{1,2} IgG или IgM- изотипов; ат к антител к β2-ГП I^{1,2} IgG и/или IgM изотипов</p> <p>2. ДРА^{1,2}</p> <p>3. Консультация врача-ангиохирурга^{1,2}</p>	<p>Продолжение терапии стационарного этапа:</p> <p>1. ГК для системного применения: 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 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).</p> <p>2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства (назначает врач-ревматолог):</p> <p>2.1. Антиметаболиты: метотрексат 17,5 мг/нед внутрь, п/кожно или в/мыш</p>	<p>2-10 недель без учета стационарного этапа с послед переходом на поддерживающую дозу (длительно)</p> <p>Длительно (2-5 лет) длительно</p> <p>-//-</p>	<p>1.Достижен ремиссии или низкой активности.</p> <p>2.Увеличение продолжительности жизни.</p> <p>3.Уменьшение числа регоспитализаций.</p>

1	2	3	4	5	6	7
	однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).		4. Консультация врача-невролога	или 2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2–3 мг/кг/сут (при непереносимости метотрексата).	-//-	
	5. Ультразвуковая ангиодопплерография магистральных артерий шеи, конечностей, аорты (после консультации врача-ревматолога) ^{1,2}	1/год		3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут длительно.	Длительно	
	6. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		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.	2-4 недели	
	7. ЭКГ	1-2/год		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.	На период приема НПВС, ГК	
	8. Консультация врача-офтальмолога	1/далее по показаниям		6. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза.	Длительно	

1	2	3	4	5	6	7
Ревматическая полимиалгия (М35.3)	1. Общий анализ крови	2-4 /год	1. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АЦЦП ^{1,2}	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. Общий анализ мочи	2-4 /год				2. Уменьшение числа регоспитализаций.
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, калия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.	2-4 /год	2. Электромиография ^{1,2}			
	4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*	1	3. Ультразвуковая ангиодопплерография магистральных артерий шеи, конечностей, аорты ^{1,2}			
	5. Рентгенография органов грудной полости.	1/год	4. УЗИ органов брюшной полости			
			5. ФГДС			

1	2	3	4	5	6	7
	6. ЭКГ	1-2/год				
	7. Консультация врача-невролога	1/далее по показаниям				
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 вирус-	2-4 /год, чаще-по показаниям** -/- -/- 1/далее по показаниям 1	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 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 5-15 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)	1-1,5 месяца с учетом стационарного этапа с последующим постепенным снижением дозы до поддерживающей Длительно -/-	1. Достижение ремиссии. 2. Выздоровление 3. Уменьшение числа регоспитализаций

1	2	3	4	5	6	7
	ного гепатита(HBsAg; HBe-core; a/HCV – однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).			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.	До купирования суставного синдрома 2-4 недели	
	6.ФГДС	1/далее по показаниям		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.	На период приема НПВС, ГК	
	7. УЗИ органов брюшной полости	1/далее по показаниям				
	8. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		6. Антиагреганты: пентоксифиллин 600-800 мг/сут.Внутрь.	Курсом по 4-6 недель 1-2 раза в год	
	9. ЭКГ	1-2/год				
Эссенциальный криоглобулинемический васкулит	1.Общий анализ крови. 2.Общий анализ мочи.	анализ анализ	2-4 /год, чаще-по показаниям** -//-	1.Иммунологическое исследование крови: определение содержания криоглобулинов ¹	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	1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания. 12-24 недели на

1	2	3	4	5	6	7
(M36.8)	3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.	-//-		(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 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут)	этапе индукции ремиссии с учетом стац этапа и далее 2-5 лет на этапе поддержания ремиссии	2.Увеличение продолжительности жизни. 3.Снижение числа регоспитализаций
	4.Исследование крови на наличие маркеров гепатита (HBsAg; HBc-core; a/НСV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1/далее по показаниям		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.	2-4 недели до купирования суставного синдрома	
	5.Иммунологическое исследование крови: определение содержания РФ*.	1-2/год		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.	На период приема НПВС, ГК	
	6. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		4. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза:	Длительно	

1	2	3	4	5	6	7
	7.ЭКГ	1-2/год				
Облитерирующий тромбангиит (болезнь Винивартера) (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 вра-	2-4 /год, чаще-по показаниям** -//- -//- 1/год 1-2/год	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 I ^{1;2} IgG и/или IgM изотипов. 3.Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разре-	Продолжение терапии стационарного этапа: 1. ГК для системного применения: 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 подерживающей 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	12-24 недели без учета стационарного этапа на этапе индукции ремиссии с учетом стац этапа далее 2-5 лет на этапе поддержания ремиссии 1,5-2 месяца 2 раза в год	1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания. 2.Увеличение продолжительности жизни. 3.Снижение числа регоспитализаций.

1	2	3	4	5	6	7
	ча-ревматолога) ^{1,2} . 6.ЭКГ 7.Консультация врача- ангиохирурга (по- сле консультации врача- ревматолога) ^{1,2} .		шения ^{1,2} 4.Консультация врача-невролога	внутри и др. 4. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		длительно -//-
Болезнь Бехчета (M35.2)	1.Общий анализ крови. 2.Общий анализ мочи. 3.Биохимическое исследование кро- ви: определение концентрации моче- вины, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. 4.Иммунологическ ое исследование	2-4 /год, чаще-по показа- ниям** -//- -//- 1/год	1.Биохимическое исследование кро- ви: определение концентрации хо- лестерина, его фракций; 2.ФГДС 3.УЗИ органов брюшной полости	Продолжение терапии стационарного этапа. Лечение осуществляется врачом- ревматологом совместно с другим спе- циалистом (или врачом другой специ- альности при консультативной под- держке врача-ревматолога) по принци- пу доминирующих клинических прояв- лений заболевания: 1.ГК для системного применения: 1.1.Преднизолон (метилпреднизолон) 1-2 мг/кг/сут (0,8-1,6 мг/кг/сут) внутри до 12-24 недель внутри с после- дующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до поддер- живающей дозы (преднизолон 5- 15мг/сут (метилпреднизолон 4-12	12-24 не- дели без учета ста- ционарно- го этапа далее 2-5 лет на этапе	1.Достижен ие ремиссии или низкой активности заболевания 2.Увеличен ие продол- жительности жизни. 3.Снижение числа ре- госпитали- заций

1	2	3	4	5	6	7
	крови: определение концентрации РФ*			мг/сут)длительно.		поддержания ремиссии
	5.Ультразвуковая ангиодопплерография сосудов (после консультации врача-ревматолога) ^{1,2} .	1-2/год		1.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциалон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно по показаниям)		по показаниям
	6. Рентгенография органов грудной полости.	1/далее по показаниям		2.Иммунодепрессанты: азатиоприн внутрь 2,5 мг/кг /сут.		Длительно
	7.ЭКГ	1-2/год		3. Противовирусные лекарственные средства (интерфероны) – притяжелом рефрактрном увеитепосле консультации врача офтальмолога		3 месяца с учетом стационарного этапа
	8.Консультация врача-офтальмолога	1/далее по показаниям		4.Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота и ее аналоги): сульфасалазин 2 г/сут (при поражении ЖКТ) внутрь или		Длительно
	9. Консультация врача- гинеколога.	1/далее по показаниям		5. Антиметаболиты: метотрексат 7.5-10 мг/неделю внутрь, п/кожно или, в\мыш при суставных проявлениях		Длительно
				6.НПВС (при наличии суставного син-		2-4 недели

1	2	3	4	5	6	7
				<p>дрома): 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</p>		
				<p>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.</p>	<p>По показаниям, на период приема НПВС,ГК</p>	
				<p>8. Фолиевая кислота: 1-3 мг/сут внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема).</p>	<p>длительно</p>	

1	2	3	4	5	6	7
Системная красная волчанка (М32-М32.9)	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, холестерина, его фракций, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.</p> <p>4. Иммунологическое исследование крови (после консультации врача-ревматолога): определение концентрации РФ*; АНА^{1,2}, антител к двухспиральной ДНК^{1,2}; Sm антигену¹; рибонуклеопротеину¹; -</p>	<p>2-4 /год, чаще-по показаниям**</p> <p>-//-</p> <p>-//-</p> <p>1-2/год</p>	<p>1. Определение концентрации антифосфолипидных антител: ВА^{1,2}; аКЛ^{1,2} IgG или IgM- изотипов; ат к β2-ГП I ^{1,2}IgG и/или IgM изотипов</p> <p>2. ФГДС</p> <p>3. Рентгенография пораженных суставов</p> <p>4. Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разрешения^{1,2}</p> <p>5. ЭЭГ^{1,2}</p> <p>6. ДРА^{1,2}</p> <p>7. СМАТ^{1,2}</p> <p>8. ВЭМ</p> <p>9. Эхо-КГ</p>	<p>Продолжение терапии стационарного этапа</p> <p>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</p> <p>2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства:</p> <p>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).</p> <p>2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг в сут. внутрь (в качестве</p>	<p>1-1,5 месяцев учетом стационарного этапа</p> <p>споследующим переходом на поддерживающую дозу длительно</p> <p>от 6 месяцев до 2 лет</p> <p>Длительно</p>	<p>1. Достижение ремиссии или низкой активности заболевания.</p> <p>2. Увеличение продолжительности жизни.</p> <p>3. Снижение числа регоспитализаций.</p> <p>4. Повышение качества жизни.</p>

1	2	3	4	5	6	7
	гистонам ¹ ; к Ro/SS-A и La/SS-B антигенам ¹ ; определение активности компонентов комплемента C3 и C4 ¹		10. Консультация врача-невролога	поддерживающей терапии индуцированной циклофосфамидом ремиссии волчаночного нефрита, аутоиммунной гемолитической анемии, тромбоцитопении) или		
	5.Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBe-core; a/HCV – однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1	11. Консультация врача-нефролога	2.3.Антиметаболиты: метотрексат 12,5-17,5 мг/нед. при поражениях суставов) внутрь, п/кожно или в/мыш или	-//-	
	6. Анализ мочи по Нечипоренко	1-2/год	12. Консультация врача-офтальмолога	3. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2-1 г/сут. (при поражениях кожи,суставов) внутрь	-//-	
	7. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		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.	До купирования суставного синдрома	
	8. УЗИ органов-брюшной полости	1/далее по показаниям		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	На период приема НПВС,ГК	
	9. ЭКГ	1/год				

1	2	3	4	5	6	7
				<p>мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.</p> <p>6. Антиагреганты: дипиридамол 150 - 200 мг/сут внутрь (длительно при люпус-нефрите), пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь.</p> <p>7. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза.</p>	Длительно	
				8. Фолиевая кислота: 1-3 мг/сут внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема).	Длительно	
Дермато-полимиозит (МЗЗ)	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, холестерина, СРБ*; активности КК^{1,2};</p>	<p>2-4 /год, **</p> <p>-//-</p> <p>-//-</p>	<p>1. Исследование функции внешнего дыхания^{1,2}</p> <p>2. УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>3. МРТ мышечной ткани^{1,2}.</p> <p>4. Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разрешения¹</p> <p>5. Капилляроскопия^{1,2}</p> <p>5. ФГДС</p> <p>6. ДРА^{1,2}</p>	<p>Продолжение терапии стационарного этапа:</p> <p>1. ГК для системного применения: преднизолон 0,25-1,0 мг/кг/сут (метилпреднизолон 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 поддерживающей дозы (преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут)</p>	<p>8-12 недель с учетом стационарного этапа с последующим снижением до поддерживающей (длительно)</p>	<p>1. Достижение ремиссии или низкой активности заболевания.</p> <p>2. Увеличение продолжительности жизни.</p> <p>3. Снижение числа регоспитализаций.</p> <p>4. Повыше-</p>

1	2	3	4	5	6	7
	<p>АсАТ, АлАТ</p> <p>4. Иммунологическое исследование крови (после консультации врача-ревматолога): определение концентрации АНА^{1,2}; миозитспецифических антисинтетазных антител¹ (к гистидил тРНК синтетазе – Jo-1)</p> <p>5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; a/HCV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).</p> <p>6. Электромиография(после консультации врача-невролога при постановке диагно-</p>	<p>1-2/год</p> <p>1</p> <p>1/чаще, по показаниям</p>	<p>7. Консультация врача-дерматолога.</p> <p>8. Консультация врача-инфекциониста</p>	<p>2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства (назначает врач-ревматолог):</p> <p>2.1.Антиметаболиты: метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь или п/кожно или в/мыш</p> <p>2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 100-200 мг/сут (при неэффективности, непереносимости метотрексата).</p> <p>3. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолоновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2-0,4 г/сут внутрь при поражениях кожи.</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>Длительно</p> <p>-/-</p> <p>-/-</p> <p>-/-</p> <p>-/-</p> <p>На период прима НПВС, ГК</p>	<p>ние качества жизни</p> <p>Достижение ремиссии.</p>

1	2	3	4	5	6	7
	за) ^{1,2}			мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.		
	7. Рентгеноскопия органов грудной полости.	1/год		6. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза	Длительно	
	8. ЭКГ	1-2/год				
	9. Консультация врача-невролога	1/год				
	10. Консультация врача-отоневролога ^{1,2}	1/далее по показаниям				

1	2	3	4	5	6	7
Системный склероз (М34-34.9)	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, калия, натрия, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ</p> <p>4. Иммунологическое исследование крови (после консультации врача-ревматолога): определение концентрации РФ*; АНА^{1,2}; антител к топоизомеразе-1 (анти-Scl-70)¹; к РНК полимеразам I и III¹, антицен-</p>	<p>2-4 /год, чаще-по показаниям⁴</p> <p>-//-</p> <p>-//-</p> <p>1/год</p>	<p>1. Тест 6-минутной ходьбы</p> <p>2. Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разрешения^{1,2}</p> <p>3. Эхо-КГ</p> <p>4. УЗИ ОБП</p> <p>5. Реовазография кистей и стоп^{1,2}</p> <p>6. Консультация врача-нефролога</p>	<p>1. Антифиброзная терапия (значает врач-ревматолог по показаниям): Пеницилламин 450-900 мг/сут 2-3 месяца с последующим снижением дозы до 250-300 мг/сут внутрь длительно или</p> <p>2. Антиметаболиты: метотрексат 10-15 мг/нед (при поражении суставов, сочетании ССД с ревматоидным артритом и полимиозитом) внутрь, п/кожно или в/мыш</p> <p>3. ГК для системного применения (при диффузном поражении кожи, поражении легких): Преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут (метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут) внутрь с последующим снижением дозы через 2-4 недели на 2,5- 5 мг/сут (2-4 мг/сут) до поддерживающей дозы (преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут)</p> <p>4. Антагонисты кальция: нифедипин 30-60 мг/сут (или амлодипин 5-10 мг/сут) внутрь</p> <p>5. Ингибиторы АПФ (каптоприл 12,5-100 мг/сут, эналаприл 5-40 мг/сут) внутрь</p>	<p>Длительно</p> <p>Длительно</p> <p>2-4 недели с последующим снижением и отменной</p> <p>Длительно</p> <p>Длительно</p>	<p>1. Достижение ремиссии или низкой активности заболевания.</p> <p>2. Увеличение продолжительности жизни.</p> <p>3. Снижение числа регоспитализаций.</p> <p>4. Повышение качества жизни.</p>

1	2	3	4	5	6	7
	тромерных анти-тел ¹					
	5.Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; a/HCV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1		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	До купирования суставного синдрома 2-4 недели	
	6. Исследование функции внешнего дыхания.	1/год		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.	На период приема НПВС, ГК	
	7. ФГДС	1/далее по показаниям		8. Прокинетики: метоклопрамид 30-40 мг/сут. внутрь	Длительно/ по показаниям	
	8. Рентгеноскопия органов грудной клетки с контрастированием пищевода (акт глотания).	1/год		9. Антиагреганты: пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь	1-2 раза в год курсами по 2-4 недели	
	9. Рентгенография пораженных су-	1/год		10. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема)	Длительно	

1	2	3	4	5	6	7
	ставов					
	10. Капилляроскопия (после консультации врача-ревматолога) ^{1,2}	1/год		11. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.		1-2 раза в год
	11. ЭКГ	1-2/год				
Сухой синдром [Шегрена] (M35)	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; ЩФ ^{1,2}	2-4 /год, чаще-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 желез ¹	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 медрол) длительно 2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства: 2.1. Алкилирующие средства хлорамбуцил 2-8 мг/сут внутрь.	1-1,5 месяца с учетом стационарного этапа)с последующим переходом на поддерживающую дозу длительно Длительно -/-	1. Достижение ремиссии или низкой активности заболевания. 2. Увеличение продолжительности жизни. 3. Снижение числа госпитализаций. 4. Повыше-

1	2	3	4	5	6	7
	4. Иммунологическое исследование крови (после консультации врача-ревматолога): определение концентрации АНА ^{1,2} ; РФ* [*] ; криоглобулинов ¹ ; антител к растворимым ядерным антигенам –Ro/SS-A ¹ ; La/SS-B ¹ .	1-2/год	6. УЗИ щитовидной железы 7. Эхо-КГ 8. Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разрешения ^{1,2} 9. ДРА ^{1,2} 10. Консультация врача-онколога 11. Консультация врача-гематолога 12. Консультация врача-нефролога 13. Консультация врача-акушера-гинеколога	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 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. Антагонисты кальция: нифедипин 30-60 мг/сут (или амлодипин 5-10 мг/сут).внутрь		ние качества жизни. -//- До купирования суставного синдрома На период прима НПВС, ГК
	5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; а/HCV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1				
	6.Исследование мочи на белок Бенс-Джонса ^{1,2} .	1/далее по показаниям				
	7. Исследование функции внешнего	1/далее по пока-				Курсами по 1-2 мес 1-2 раза в

1	2	3	4	5	6	7
	дыхания ^{1,2}	занятиям				год
	8. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		8. Антиагреганты: пентоксифиллин 300-800 мг/сут внутрь	-//-	
	9. Рентгенография пораженных суставов.	1/далее по показаниям		9. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза.	Длительно	
	10. УЗИ органов брюшной полости.	1/год		10. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.	2 раза в год	
	11. ЭКГ	1-2/год		11. ЛФК.	Постоянно	
	13. Консультация врача-офтальмолога с проведением офтальмологического обследования:	1/год				
	13.1. исследование уровня базальной и стимулированной слезной секреции с применением теста Ширмера ^{1,2} ;	1/ год				
	13.2. окраска эпителия конъюнктивы и роговицы бен-	1/ год				

1	2	3	4	5	6	7
	гальским розовым и флюоресцеином ¹ .					
	14. Консультация врача-стоматолога с проведением стоматологического обследования:	1/год				
	14.1.сиалография околоушных слюнных желез ^{1,2} или	1/далее по показаниям				
	14.2. УЗИ околоушных слюнных желез ^{1,2} ;	1/далее по показаниям				
Другие перекрестные синдромы (смешанное заболевание соединительной ткани; недифференцированные заболевания	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, ка-	2-4 /год, чаще-по показаниям** -/- -/-	1. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АЦЦП ^{1,2} 2. Анализ мочи по Нечипоренко. 3. Исследование функции внешнего дыхания. 4. ФГДС 5. УЗИ органов брюшной полости.	Продолжение терапии стационарного этапа 1.ГК для системного применения: преднизолон 0,25-1,0 мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,2-0,8 мг/кг/сут. с последующим постепенным переходом на поддерживающую дозу 5-10 мг/сут преднизолона (4-8 мг/сут медроло) длительно	1-1,5 месяца с учетом стационарного этапа)с последующим переходом на поддерживающую дозу дл-	1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания. 2.Увеличение продолжительности жизни. 3.Снижение числа ре-

1	2	3	4	5	6	7
	сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBe-core; a/HCV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).			мг/сутвнутри		
	6.ЭКГ	1-2/год		7.Антиагреганты: пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь	-//-	
	7. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		9.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза:	-//-	
	8. Рентгенография пораженных суставов	1/год		10 ЛФК	постоянно	
Анти-фосфолипидный синдром, ассоциированный с системными заболеваниями соединительнотканного аппарата	1.Выполнение обследований, необходимых для диагностики основного заболевания и определения активности процесса (СКВ, ССД; ДМ/ПМ, СШ) 2.Общий анализ	1-2/год 2-4/год	1. УЗИ сосудов ^{1,2} 2.Консультация врача-гематолога 3. Консультация врача-невролога 4. Консультация врача-офтальмолога 5. Консультация врача-хирурга 6. Консультация	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.	Длительно Постоянно Длительно	1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания. 2.Увеличение продолжительности жизни.

1	2	3	4	5	6	7
тельной ткани (СКВ; ССД; ДМ)	<p>крови с подсчетом количества тромбоцитов.</p> <p>3. Микрореакция преципитации с кардиолипидным антигеном</p> <p>4. Исследование показателей гемостаза: определение протромбинового времени (далее-ПТВ) с расчетом показателей МНО</p> <p>5. Определение содержания антифосфолипидных антител (после консультации врача-ревматолога)^{1,2}: ВА^{1,2}; аКЛ^{1,2} IgG или IgM-изотипов; ат к β2-ГП^{1,2} I IgG и/или IgM изотипов.</p> <p>6. Рентгенография органов грудной</p>	<p>1</p> <p>1-2 / мес сяц</p> <p>1/ через 12 нед, далее 1- 2/год</p> <p>1/год</p>	<p>врача-нефролога</p> <p>7. Консультация врача-ангиохирурга^{1,2}</p>	<p>4. Противопроtoзойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2-0,4/сут внутрь (по показаниям, назначается врачом-ревматологом)</p> <p>5. Непрямые антикоагулянты: варфарин 2,5-7,5 мг/сут. Доза препарата подбирается индивидуально под контролем МНО с достижением его целевых значений (от 2 до 3- при венозных тромбозах; более 3-при артериальных и рецидивирующих тромбозах)</p>	<p>-//-</p> <p>-//-</p>	<p>3. Снижение числа ре-госпитализаций.</p> <p>4. Снижение риска повторных тромбозов.</p>

1	2	3	4	5	6	7
	полости.					
	7. Эхо-КГ	1/далее по пока- заниям				
	8.Консультация врача- отоларинголога	1/далее по пока- заниям				
	9.Консультация врача-стоматолога	-//-				
	10. Консультация врача-акушера- гинеколога	-//-				
Рециди- вирую- щий пан- никулит Вебера- Крисчена (М 35.6)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование кро- ви: определение концентрации мо- чевины, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ	2-4 /год 2-4 /год 1-2/год	1. УЗИ органов брюшной полости 2. ФГДС	Продолжение терапии стационарного этапа 1. Санация очагов хронической инфек- ции 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 сниже- нием дозы до полной отмены 2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутри или диклофенак 100-150 мг/сут внутри или в/м, или ибупрофен 1200- 2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15	4-6 недель с учетом стацио- нарного этапа 2-4 недели	1.Стабильна- ция процес- са. 2.Улучшени- е состояния. 3.Снижение числа ре- госпитали- заций.

1	2	3	4	5	6	7	
	4. ЭКГ	1/год		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. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		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	На период приема НПВС, ГК		
Глюко-кортикоидный остеопороз (M81.4, M80.4)	1. Общий анализ крови	1/год	1. Исследование содержания гормонов щитовидной железы в сыворотке крови ^{1,2} : трийодтиронина	1. Опиоидные анальгетики (при купировании болевого синдрома на фоне остеопоротических переломов): 1.1. Трамадол 50-200 мг/сут внутрь или в/м.	До купирования болевого синдрома	1.Снижение выраженности болевого синдрома.	
	2. Общий анализ мочи	1/год	(Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ).	2.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза:	Длительно -//-	2.Снижение риска развития переломов стабилизация процесса.	
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации кальция, ионизированного кальция ¹ , альбумина, активности ЩФ ^{1,2} .	1/год	2. Исследование содержания тестостерона ^{1,2} , фолликулстимулирующего ^{1,2} , лютеинизирующего гормонов, эстрадиола ^{1,2}	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 колекальциферо-	-//-	3. Уменьшение числа регоспитализаций.
	4. Рентгенография	1/далее					

1	2	3	4	5	6	7
	грудного и поясничного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях	по показаниям	2. Исследование концентрации витамина Д ¹	лом (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)	-//-	4. Повышение качества жизни.
	5. ДРА ^{1,2}	1/год			-//-	
Фибромиалгия (M79.0)	1. Общий анализ крови	1/год	1. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации	Уменьшение выраженности болевого синдрома	На период обострения	1. Уменьшение выраженности болевого синдрома.
	2. Общий анализ мочи	1/год	РФ*; АНА ^{1,2} ; антител к двухспиральной ДНК ^{1,2} ; антител к Sm антигену ¹ ; рибонуклеопротеиду ¹ ; гиstonам ¹ ;	1. Антидепрессанты: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: флуоксетин 20 мг/сут внутрь или	-//-	2. Улучшение качества жизни.
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации СРБ*, глюкозы, альбумина, калия, натрия, активности АлАТ, АсАТ	1/год	антител к растворимым ядерным антигенам -Ro/SS-A и La/SS-B антигенам ¹ ; антител к топоизомеразе-1 (анти-Sc1-70) ¹ ; РМ-Sc1 ¹ ; U3 рибонуклеопротеину ¹ ;	2. Опиоидные анальгетики (центрального действия): Трамадол 50-250 мг/сут. внутрь или в/мыш	-//-	3. Уменьшение выраженности депрессии.
	4. Рентгенография органов грудной полости.	1/год	антицентромерные	3. Противосудорожные средства: прегабалин 450 мг/сут внутрь (с целью снижения выраженности болевого синдрома, коррекции нарушений сна, утомляемости – назначается после консультации врача-невролога по показаниям) и др.	-//-	
	5. ЭКГ	1-2/год		4. ФТЛ: гидротерапия, массаж - 7-10	1-2 раза в	

1	2	3	4	5	6	7
	6. Консультация врача-психотерапевта ^{1,2}	1/год	антитела ¹ ; антиситетазные антитела ¹ ; АЦЦП ^{1,2} 2. Консультация врача-психиатра 3. Консультация врача-невролога	сеансов. 5. ЛФК	год по показаниям Постоянно	

Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в стационарных условиях

Острая ревматическая лихорадка (I00-I04)	1. Общий анализ крови	1/7 дней	1. Определение содержания антифосфолипидных антител: ВА ^{1,2} ; аКЛ ^{1,2} IgG или IgM- изотипов; антител к β 2-ГП I ^{1,2} IgG и/или IgM изотипов.	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 пеницилину) 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	10-16 дней	1.Выздоровление 2.Формирование минимальных клапанных повреждений (посткраевой фиброз) при поздней диагностике заболевания
	2. Общий анализ мочи	1/7 дней	2. СМЭКГ ^{1,2}			
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, СРБ*, АСЛ-О*, калия, натрия; активности АсАТ, АлАТ, миоглоби-	1/7 дней	3. Чреспищеводная Эхо-КГ ^{1,2} .			

1	2	3	4	5	6	7
	на ^{1;2} КК ^{1;2} , МВ- фракции КК ^{1;2}		4. Определение антител к <i>Borrelia- burgdorferi</i> классов IgM, IgG	АБ резерва (в случае развития аллер- гической реакции к пенициллинам, макролидам): 1.5. линкомицин 600-900 мг/сут в/м - 7- 10 дней		
	4. ЭКГ	1/7 дней				
	5. Эхо-КГ	1/далее по пока- заниям	5. Определение антител классов IgA, М, Gк Chl. <i>trachomatis</i> ^{1,2}	2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутри или диклофенак 100-150 мг/сут внутри или в/м, или ибупрофен 1200- 2400 мг/сут внутри, или мелоксикам 15 мг/сут внутри или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутри, или целекоксиб 400 мг/сут внутри или этодолак 600- 1200 мг/сут внутри последующим про- должением на амбулаторном этапе		
	6. Рентгенография органов грудной полости.	1		3. Глюкокортикоиды 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 ам- булаторный этап)		
	7. Консультация врача- оториноларинго- лога	1		4. При наличии факторов риска ЖК осложнений ингибиторы протонной помпы: 4.1 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 внутри и др или 4.2. H2 блокаторы гистаминовых рецеп-		

1	2	3	4	5	6	7
Хроническая ревматическая болезнь сердца: пороки митрального и аортального клапанов - изолированные, комбинированные (I05-I08.9)	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка, СРБ*; АСЛ-О*; калия, натрия, мочевины, креатинина, глюкозы; активности АсАТ, АлАТ.</p> <p>4. Исследование показателей гемостаза – определение ПТВ с расче-</p>	<p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>Исходно; на 2; 3; 5 дни при-</p>	<p>1 Определение содержания антифосфолипидных антител: ВА^{1,2}; аКЛ^{1,2} IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I^{1,2} IgG и/или IgM изотипов^{1,2}</p> <p>2. Определение концентрации натрийуретического пептида¹.</p> <p>3. СМЭКГ^{1,2}</p> <p>4. Чреспищеводная Эхо-КГ^{1,2}.</p> <p>5. Определениепо-</p>	<p>торов: 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</p> <p>5. Бензатин бензилпенициллин 2,4 млн. ЕД в/м однократно после завершения курса АБ терапии (далее см профилактику рецидивов на амбулаторном этапе).</p> <p>Консервативное лечение пациентов с ХРБС осуществляется в рамках клинических протоколов диагностики и лечения пациентов с ХСН; нарушений сердечного ритма</p> <p>6. Кардиохирургическое лечение (по показаниям).</p>	<p>12-14 дней</p>	<p>1. Замедление темпов прогрессирования хронической сердечной недостаточности (далее ХСН).</p> <p>2. Увеличение продолжительности жизни пациентов.</p> <p>3. Достижение ком-</p>

1	2	3	4	5	6	7
	том МНО.	ема вар- фарина, далее 1 раз в 2 недели	казателей (цен- тральной гемоди- намики (ЦГД, ^{1,2})			пенсации ХСН.
	5. ЭКГ	Исходно и перед выпис- кой	6. Реоэнцефало- грамма (РЭГ) ^{1,2}			4. Улучше- ние каче- ства жизни пациентов.
	6. Эхо-КГ	1/далее по пока- заниям	7. Консультация: врача-стоматолога			
	7. Рентгенография органов грудной полости.	Исходно и перед выпис- кой 1	8. Консультация врача- кардиохирурга ^{1,2} .			
	8. Консультация врача- оториноларинго- лога					

1	2	3	4	5	6	7
Реактивные арт-ропатии (M02) Болезнь Рейтера (M02.3.)	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-B27 ^{1,2} (после консультации врача-ревматологаоднократно приверификации диагноза)	1/7 дней 1/7 дней 1 1/7 дней 1	1.Определение антигена Chtrachomatis в биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального канала +сок простаты) методом РИФ ^{1,2} , 2.Определение в сыворотке крови иммуноглобулинов классов А,М, G к Chl. trachomatis методом ИФА ^{1,2} , 3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина. 4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*; АЦЦП ^{1,2} 5. УЗИ органов	1. Антибактериальная терапия (проводится в случае реактивного артрита урогенной этиологии) Назначаются антибактериальные лекарственные средства, обладающие активностью в отношении Chtrachomatis (тетрациклины, макролиды, фторхинолоны). Продолжительность 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	12-14 дней	1. Снижение активности заболевания. 2. Повышение функциональной активности. 3. Повышение качества жизни.

1	2	3	4	5	6	7
	6. Определение фрагментов ДНК Chl. Trachomatis в биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального канала +сок простаты методом ПЦР ^{1;2}	1 (на этапе постановки диагноза)	брюшной полости. 6. УЗИ пораженных суставов ^{1,2} . 7. УЗИ предстательной железы; органов малого таза (у женщин) 8. МРТ илео-сакральных сочленений, пораженных отделов позвоночника ^{1,2} .	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. H2 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		
	7. Определение в сыворотке крови антител к иерсиниям (при наличии в анамнезе диареи).	1 и в динамике через 7-10 дней	9. Эхо-КГ.			
	8. Посев кала на патогенную кишечную флору (при наличии диареи).	1	10. Исследование синовиальной жидкости	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 триамцинолон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один су-		
	9. Рентгенография пораженных суставов, илео-сакральных сочленений (при наличии симптоматики сакроилеита);	1	11. Определение фрагментов ДНК Chtrachomatis в синовиальной жидкости ^{1,2} . 12. Исследование на другие ИППП (Trichomonas vagin			

1	2	3	4	5	6	7
	пораженных отделов позвоночника.		alis; Herpes simplex) ^{1,2}	став; периартикулярно в область энтезисов)		
	10. Рентгенография органов грудной полости.	1	12. Консультация врача-дерматолога	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).		
	11. ЭКГ	1/7 дней				
	12. Консультация врача-акушера-гинеколога/врача-уролога с забором биологического материала.	1		6. ЛФК		
	13. Консультация врача-инфекциониста	1		7. Массаж (вне обострения) - 7-10 сеансов		
				8. ФТЛ (по показаниям в зависимости от активности процесса): электро-, бальнео-, ультразвуко-лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.		
Псориазные и энтеропатические артропатии (M07)	1. Общий анализ крови	1/7 дней	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, холестерина и его фракций	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	14 суток (10-16)	1. Снижение активности заболевания.
	2. Общий анализ мочи	1/7 дней				2. Повышение функциональной активности.
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мо-	1/7 дней	2. Иммунологическое исследование крови: определе-	2. При наличии факторов риска ЖК		

1	2	3	4	5	6	7
	<p>чевины, калия, натрия, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.</p> <p>4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(НВsAg; НВс-соре; а/НСV – однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).</p> <p>5. Рентгенография илео-сакральных сочленений; пораженных суставов</p> <p>6. МРТ илео-сакральных сочленений, пораженных отделов позвоночника^{1,2} (дорентгенологическая стадия, по-</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>ние концентрации РФ*АЦЦП^{1,2}</p> <p>3. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи</p> <p>4. Определение в сыворотке крови титров антител классов IgM, G к хламидиям, иерсиниям, боррелиям.</p> <p>5. Консультация врача-гастроэнтеролога (в случае энтеропатической артропатии)</p> <p>6. Бактериологическое исследование кала на наличие возбудителей дизентерии, сальмонеллеза (при наличии энтероколита).</p>	<p>осложнений:</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>3. Патогенетические лекарственные средства</p> <p>3.1. Антиметаболиты: метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь или п/к или в/мыш. (при псориатической артропатии) или</p> <p>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</p> <p>3.3. Селективные иммунодепрессанты: лефлуномид 20 мг/сут (при псориатической артропатии в случае непереносимости/неэффективности метотрекса-</p>		<p>3. Повышение качества жизни.</p>

1	2	3	4	5	6	7
	сле консультации врача- ревматолога)		7. Сцинтиграфия костно-суставной системы ^{1,2}	та, сульфасалазина, по решению конси- лиума)		
	7. Определение антигена гисто- совместимости HLA-B27 ^{1,2} (после консультации вра- ча-ревматолога однократно при вверификации ди- агноза)	1	8. Эхо-КГ	4. Фолиевая кислота 1-3 мг/неделю однократно при приеме метотрексата		
	8. Рентгенография органов грудной полости	1	9. ФГДС	5. ГК для системного применения (при наличии системных проявлений):		
	9. ЭКГ	Исходно и при выписке	10. Консультация врача- офтальмолога.	5.1.Преднизолон 5-10 мг/сут (метилпред- низолон 4-8 мг/кг/сут) внутрь до разви- тия эффекта от применения препаратов патогенетической терапии на период стационарного лечения, далее см амбу- латорный этап)		
	10. Консультация врача-дерматолога	1	11. Консультация врача- дерматолога.	5.2.Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или ме- тилпреднизолон 40-80 мг (внутрису- ставно не чаще 2-3 раз/год в один су- став; периартикулярно в область энте- зисов)по показаниям		
			12. Проба Манту	6. Селективные иммунодепрессивные лекарственные средства - химерные моноклональные антитела к ФНО- α(при неэффективности, непереноси- мости НПВС, сульфасалазина, мето- трексата, лефлюномида. Назначается по решению консилиума) - инфликси- маб -3-5 мг/кг массы тела внутривенно по схеме: 0 недель, 2; 6; 8 недели, да- лее 1 раз в 8 недель (введение препара-		

1	2	3	4	5	6	7
				<p>та осуществляется в условиях стационара).</p> <p>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)</p> <p>8. ЛФК</p> <p>9. Массаж (по показаниям)</p> <p>10. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия - 7-10 сеансов</p>		
Анкилозирующий спондилит (M45)	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, моче-</p>	<p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p>	<p>1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, холестерина, его фракций, ЩФ^{1,2}</p> <p>2. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи.</p>	<p>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</p> <p>2. ГК для системного применения (при высокой активности, системных прояв-</p>	<p>10-14 дней</p>	<p>1. Снижение активности заболевания</p> <p>2. Повышение функциональной активности</p> <p>3. Повышение качества</p>

1	2	3	4	5	6	7
	<p>вины, калия, натрия, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.</p> <p>4. Определение антигена гистосовместимости HLA-B27^{1,2}(после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза) .</p> <p>5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита HBsAg; HBc-core; а/НСV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).</p> <p>6.Рентгенография илео-сакрального сочленения, пораженных отделов</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>3. Определение суточной протеинурии.</p> <p>4. Исследование фильтрационной функции почек – определение клиренса по эндогенному креатинину^{1,2}</p> <p>5. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*.</p> <p>6. Обследование на наличие хламидийной инфекции (см. реактивные артропатии).</p> <p>7.Определение маркеров костного ремоделирования:β-Кросс-Лапс^{1,2}, остеокальцин^{1,2}, ионизированного кальция^{1,2}</p>	<p>лениях):</p> <p>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 госпитализации с последующим продолжением на амбулаторном этапе (см леч в амбул условиях)</p> <p>2.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамцинолон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно; периартикулярно в область энтезисов)</p> <p>3. Патогенетические лекарственные средства (при наличии периферического артрита) с последующим продолжением на амбулаторном этапе:</p> <p>3.1. Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь или</p> <p>3.2.Антиметаболиты: метотрексат 10-15 мг/нед.внутри или п/к или в/мыш(при неэффективности или непереносимости сульфасалазина).</p> <p>4. Селективные иммунодепрессивные средства: химерные моноклональные</p>		<p>жизни</p>

1	2	3	4	5	6	7
	позвоночника; суставов.		8.Эхо-КГ	антитела к ФНО- α (при неэффективности/непереносимости НПВС; сульфасалазина; метотрексата у 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		
	7.МРТ илео-сакрального сочленения и пораженных отделов позвоночника (до рентгенологическая стадия после консультации врача-ревматолога) ^{1,2}	1	9. УЗИ органов брюшной полости	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		
	8. Рентгенография органов грудной полости	1	10. УЗИ предстательной железы.	или		
	9. ЭКГ	исходно и при выписке	11.ФГДС	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		
			12. КТ легких высокого разрешения ^{1,2}	6. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
			13. Биопсия почки (при подозрении на амилоидоз) с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2} .	7.ЛФК		
			14. Консультация врача-офтальмолога.	8. Массаж мышц спины (при наличии спондилита, минимальной активности болезни или ремиссии).		
			15. Консультация врача-уролога.			
			16. Консультация врача-нефролога			

1	2	3	4	5	6	7
			17. Консультация врача-нейрохирурга ^{1,2} .	9. ФТЛ (по показаниям):электро-, тепло-, бальнео- ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.		
			18. Проба Манту			
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-B27 ^{1,2} (после	1/7дней 1/7дней 1 1/7дней 1	1. Обследование на хламидийную инфекцию (см. реактивные артриты) 2. Эхо-КГ 3. ФГДС 4. УЗИ органов брюшной полости 5. Консультация врача-уролога/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 госпитализации с последующим продолжением на амбулаторном этапе (см леч в амбул условиях) 2.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамцинолон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно; периартикулярно в область эн-	10-14 дней	1.Снижение активности заболевания 2. Повышение функциональной активности 3.Повышение качества жизни

1	2	3	4	5	6	7
	консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)			тезисов) 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).		
	6. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; а/НСV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1		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 и др. или 4.2. H2 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. Рентгенография илео-сакрального сочленения, пораженных отделов позвоночника; суставов.	1		5. ЛФК		
	8. МРТ илео-сакрального сочленения и пораженных отделов позвоночника (до рентгенологической стадии, по	1		6. Массаж мышц спины № 7-10 (по по-		

1	2	3	4	5	6	7
	сле консультации врача- ревматолога) ^{1,2}			казаниям) 7. ФТЛ (по показаниям):электро-, теп- ло-, бальнео-, ультразвуко-, лазероте- рапия курсами № 7-10 сеансов.		
	9. Рентгенография органов грудной полости.	1				
	10. ЭКГ	1/7 дней				
Ревмато- идный артрит серопози- тивный (M05- 05.9)	1. Общий анализ крови	1/7 дней	1. Биохимическое исследование кро- ви: определение содержания: холе- стерина и его фракций ,ЩФ ^{1,2} , креатинина, ферритина ^{1,2}	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 (аминоса- лициловая кислота): сульфасалазин 1,5- 3 г/сут внутрь (неэффективности/ непе- реносимости метотрексата) или 1.3.Селективные иммунодепрессанты: лефлуномид 20 мг/сут внутрь (при не- эффективности/непереносимости мето- трексата, сульфасалазина по решению консилиума) 1.4.Противопротозойные лекарствен- ные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидрок- сихлорохин 200 мг/сут внутрь (в слу- чае неэффективности/ непереносимо- сти: метотрексата, сульфасалазина, ле- флуномида при условии низкой ак-	12-14	1.Снижение активности заболевания 2. Повыше- ние функци- ональной ак- тивности 3.Повышени е качества жизни
Другие ревмато- идные артриты (M06- 06.9)	2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование кро- ви: определение концентрации мо- чевины, глюкозы, общего белка, ка- лия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. 4. Иммунологиче- ское исследование крови: определе- ние концентрации РФ*; АЦЦП (после	1/7 дней 1/7 дней 1	2. Иммунологиче- ское исследование крови: определе- ние уровня АНА ^{1,2} антител к двух- спиральной ДНК ^{1,2} 3. Определение концентрации маркеров костного ремоделирования			

1	2	3	4	5	6	7
	консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза) ^{1,2}	1	(β-КроссЛапс; остекальцина в сыворотке крови ^{1,2}	тивности 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)		
	5. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита(НВsAg; НВс-core; а/НСV – однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1	4. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи. 5. Определение фрагментов ДНК Chl/. trachomatis в синовиальной жидкости ^{1,2} .	2.1.Моноклональные химерные антитела к ФНО-α 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 CDВ20клеток:ритуксимаб (при наличии противопоказаний к назначению ингибиторов ФНО-α, 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 неэффективно-		
	6. Исследование синовиальной жидкости (определение РФ ^{1,2} , физико-химических свойств, микроскопия).	1	6.УЗИ органов брюшной полости 7. Эхо-КГ. 8. ФГДС 9. ДРА ^{1,2}			
	7. Рентгенография суставов кистей, стоп; других поражен-	1	10. Рентгенография шейного отдела позвоночника (при подозрении на подвывих атланта-окципитального сочленения).			

1	2	3	4	5	6	7
	ных суставов 8. Рентгенография органов грудной полости. 9. ЭКГ	1 исходно и при выписке	11. МРТ шейного отдела позвоноч- ника ^{1,2} 12. Консультация врача травматоло- га-ортопеда 13. Проба Манту	сти/непереносимости метотрексата, сульфасалазина, лефлюномида или комбинации этих препаратов у паци- ентов с высокой активности патологи- ческого процесса) 8 мг/кг массы тела в/в 1 раз в месяц 3. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут. внутри(при приеме метотрексата вне дней его приема). 4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутри или диклофенак 100-150 мг/сут внутри или в/м, или ибупрофен 1200- 2400 мг/сут внутри, или мелоксикам 15 мг/сут внутри или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутри, или целекоксиб 400 мг/сут внутри или этодолак 600- 1200 мг/сут внутри 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 внутри и др. или 5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецеп- торов (по показаниям) ранитидин		

1	2	3	4	5	6	7
				<p>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</p>		
				<p>6. ГК для системного применения (назначаются совместно с препаратами патогенетической терапии):</p>		
				<p>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:</p>		
				<p>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)</p>		
				<p>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)</p>		
				<p>6.4. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциалон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно по показаниям).</p>		

1	2	3	4	5	6	7
Недифференцированный артрит (M13.0; M13.9)	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, мочевой кислоты, глюкозы, общего белка, холестерина, АСЛ-</p>	<p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p>	<p>1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина.</p> <p>2. Трехстаканная/двухстаканная проба мочи.</p> <p>3. Определение фрагментов ДНК Chl<trachomatis <sup="" в="" жидкости="" синовиальной="">1,2.</trachomatis></p>	<p>7. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез; гемосорбция (при прогностически неблагоприятном течении заболевания)</p> <p>8. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза</p> <p>9. ЛФК</p> <p>10. Массаж(по показаниям) №10</p> <p>11. ФТЛ: электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10.</p> <p>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</p> <p>2. При наличии факторов риска ЖК осложнений</p> <p>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 эзомепра-</p>	10-12 дней	<p>1. Снижение активности заболевания</p> <p>2. Повышение функциональной активности</p> <p>3. Повышение качества жизни</p>

1	2	3	4	5	6	7
	О*, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.		4. УЗИ органов брюшной полости	зол 20-40 мг/сут внутрь и др или		
	4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*, АЦЦП ^{1,2} , АНА ^{1,2} , антител к ДНК ^{1,2}	1	5. Эхо-КГ. 6. ФГДС	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		
	5. Исследование синовиальной жидкости (при верификации диагноза): с определением физико-химических свойств, РФ*, мочевой кислоты ^{1,2}	1	7. Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений, пораженных отделов позвоночника. 8. МРТ крестцово-подвздошных сочленений ^{1,2}	3. ГК: бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциалон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно по показаниям) 4. ЛФК 5. ФТЛ: электро-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 (по показаниям).		
	6. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; a/HCV – однократ-но перед назначением цитостатических имму-	1				

1	2	3	4	5	6	7
	нодепрессантов). 7. Рентгенография пораженных суставов.	1				
	8. Рентгенография органов грудной полости.	1				
	9. ЭКГ	1/7 дней				
Подагра (M10-M10.9)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, мочевины, глюкозы, холестерина, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. 4. Рентгенография пораженных су-	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина 2. Трехстаканная проба мочи. 3. Анализ мочи по Нечипоренко 4. Определение суточной экскреции мочевины 5. Эхо-КГ 6. СМАТ ^{1,2}	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 характере поражения): 2.1. В/в капельно солу-медрол 250-500 мг/сут № 3 (в случае полисуставной подагры; неэффективности/непереносимости НПВС) с последующим переходом на	10-14 дней	1. Купирование обострения 2. Снижение риска повторных приступов 3. Повышение качества жизни пациентов

1	2	3	4	5	6	7
	ставов.			преднизолон 15-30 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		
	5. Рентгенография органов грудной полости.	1	7. СМЭКГ ^{1,2}	или		
	6. УЗИ органов брюшной полости	1	8. ФГДС	2.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамцинолон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно) при моно-олигоартикулярном поражении		
	7. ЭКГ	1/7 дней	9. Исследование фильтрационной функции почек - определение клиренса по эндогенному креатинину. ^{1,2}	3. При наличии факторов риска ЖК осложнений:		
			10. Консультация врача-эндокринолога.	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		
			11. Консультация врача-хирурга.	или		
			12. Консультация врача-нефролога	3.2. H ₂ 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. 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		

1	2	3	4	5	6	7
				кислоты- 0,36 ммоль/л на амбулаторном этапе)		
				5. ФТЛ: импульсные токи, лазеротерапия, лекарственный электрофорез курсами № 7-10 сеансов.		
Пирофосфатная артропатия (M11.1-11.2)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, мочевоы кислоты, глюкозы, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. 4. Исследование синовиальной жидкости на наличие кристаллов пирофосфата кальция (при верификации диагноза) ^{1,2}	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1	1. Трехстаканная проба мочи 2. ФГДС 3. УЗИ пораженных суставов ^{1,2} 4. Артроскопия ^{1,2} 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 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 2.2.Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или	10-12 дней	1.Купирование обострения 2. Повышение качества жизни

1	2	3	4	5	6	7
	5. Рентгенография пораженных суставов.	1		триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно или периартикулярно) в случае моно-, олигоартикулярном вариантах, поражении периартикулярных структур.		
	6. ЭКГ	1/7 дней		4. Противопроtoзойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 200 мг/сут внутрь (при ревматоидоподобном варианте течения) 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. H ₂ 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, лазеротерапия, лекарственный электрофорез курсами № 7-10 сеансов.		

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. ЛФК

Полиартроз (M15) Коксартроз (M16) Гонартроз (M17)	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	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1 1	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 – трамадол 50-200 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	10-14 дней	1.Купирование болевого синдрома. 2. Улучшение функциональной активности. 3.Повышение качества жизни.
---	---	--	--	---	------------	--

1	2	3	4	5	6	7
	6. Рентгенография органов грудной полости.	1		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. ЭКГ	1/7 дней		<p>4. Симптоматические лекарственные средства медленного действия (I-II стадии гонартроза и коксартроза):</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>5. Симптоматическая терапия:</p> <p>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 триамциалон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг</p> <p>5.2. Миорелаксанты: толперизон по 150 мг 3 раза в день внутрь или в/мышечно</p> <p>5.3. Антиагреганты: пентоксифиллин (600-800 мг/сут) внутрь или 200-400 мг/сут в/в капельно на физиологиче-</p>		

1	2	3	4	5	6	7
Неспецифический аортоартериит (М31.4)	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, калия, натрия, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.</p> <p>4. Исследование сыворотки крови</p>	<p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1</p>	<p>1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации холестерина и его фракций;</p> <p>2. Иммунологическое исследование: определение концентрации РФ*, содержания антифосфолипидных антител: ВА^{1,2}; аКЛ^{1,2} IgG или IgM-изотипов; антител к β2-ГП I^{1,2} IgG и/или IgM изотипов</p>	<p>ском растворе.</p> <p>6.ФТЛ (электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия) № 7-10 сеансов.</p> <p>7. ЛФК</p> <p>8. Массаж прилегающих групп мышц.</p> <p>9.Коррекция ортопедических нарушений</p> <p>1. ГК для системного применения:</p> <p>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</p> <p>1.2. Метилпреднизолон по 250-500-1000 мг в/в в течение 3 дней (по показаниям)</p> <p>2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства:</p> <p>2.1. Антиметаболиты: метотрексат 17,5 мг/нед внутрь, п/к или в/мили</p> <p>2.2. Иммунодепрессанты (при непереносимости метотрексата)– азатиоприн 2–3 мг/кг/сут внутрь.</p>	<p>14-16 дней</p>	<p>1.Достижение ремиссии или низкой активности.</p> <p>2.Увеличение продолжительности жизни.</p> <p>3.Замедление темпов прогрессирования заболевания.</p>

1	2	3	4	5	6	7
	на наличие маркеров вирусного гепатита HBsAg; HBc-core; a/HCV – однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).		3. СМАТ ^{1,2}	3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут внутрь		
	5. Ультразвуковая ангиодопплерография брахиоцефальных сосудов, брюшного отдела аорты ^{1,2} .	1	4. ФГДС	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/сутвнутри		
	6. Эхо-КГ	1	5. Радиоизотопная ренография (далее-РРГ).	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 5.2. H ₂ 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. Магнитно-резонансная ангиография с контрастным усилением (по показаниям) ¹	1	6. УЗИ органов брюшной полости			
	8. Рентгенография органов грудной полости	1	7. КТ ангиография ^{1,2}	6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут (при приеме метотрексата вне дней его приема)		
	9. ЭКГ	1/7 дней		7. Антигипертензивные лекарственные		

1	2	3	4	5	6	7
	10. Консультация врача-ангиохирурга (по показаниям) ^{1,2} .	1		средства (осуществляется в соответствии с клиническими протоколами по диагностике и лечению пациентов с артериальной гипертензией)		
	10. Консультация врача-офтальмолога	1		8. Статины: аторвастатин 10-20 мг/сут и длительно. 9. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
Узелковый полиартериит (M30.0)	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	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1	1. Иммунологическое исследование крови: определение содержания антифосфолипидных антител: ВА ^{1,2} ; аКЛ ^{1,2} IgG или IgM-изотипов; антител к β2-ГП I ^{1,2} IgG и/или IgM изотипов; АНФ ^{1,2} 2. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНЦА ^{1,2} .	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 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 (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 госпитализациях 1 раз в 2 недели № 3; затем – 1 раз в 3 недели до достижения ремиссии (коррекция дозы при нарушении функции почек) с последующим	14-18 дней	1. Достижение ремиссии или низкой активности. 2. Увеличение продолжительности жизни. 3. Замедление темпов прогрессирования заболевания.

1	2	3	4	5	6	7
	на наличие маркеров вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; a/HCV – однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).		3. Исследование фильтрационной функции почек – определение клиренса по эндогенному креатинину	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		
	5. Кожно-мышечная биопсия с гистологическим исследованием биоптата (однократно при верификации диагноза) ^{1,2}	1	4. РРГ 5. ФГДС	3. Моноклональные антитела к антигену CD20 клеток ритуксимаб 375 мг/м ² в/вено капельно при рефрактерном течении васкулита (по решению консилиума) 1 раз в 1-2 недели с последующим повторением при необходимости через 6 месяцев.		
	7. Электромиография (при верификации диагноза, чаще – по показаниям) ^{1,2}	1	6. УЗИ органов брюшной полости 7. Исследование функции внешнего дыхания.	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/сутвнутри		
	8. Эхо-КГ	1	8. КТ легких высокого разрешения ^{1,2} 9. Ангиография ^{1,2}	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		
	9. Рентгенография органов грудной полости.	1	10. Биопсия почек, легких с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2}			

1	2	3	4	5	6	7
	10. ЭКГ	1/7 дней		мг/сути или эзомепразол 20-40 мг/сут внутри и др или		
	11. Консультация врача-невролога.	1		5.2. H2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин 0,15-0,3/сут внутри или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутри 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		
Гранулематоз Вегенера (M31.3)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, об-	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней	1. Анализ мочи по Нечипоренко 2. Исследование фильтрационной функции почек – определение клиренса по эндогенному креатинину 3. Исследование функции внешнего	1. ГК для системного применения: 1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям) 1.2. Преднизолон внутри 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 (вводят в условиях стационара по схеме): цик-	14-18 дней	1. Достижение ремиссии или низкой активности. 2. Увеличение продолжительности жизни. 3. Замедление темпов

1	2	3	4	5	6	7
	щего белка, альбумина, СРБ*, калия, натрия; активности АсАТ, АлАТ.		дыхания	лофосфамид 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		прогрессирования заболевания.
	4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНЦА ^{1,2}	1	4. Эхо-КГ	2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 50-150 мг/сут внутрь или		
	5. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; a/HCV – однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1	5.УЗИ органов брюшной полости	2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь (при неэффективности/непереносимости азатиоприна); п/кожно или в/мышечно		
	6. Рентгенография придаточных пазух носа.	1	6. Рентгеновская компьютерная томография легкихвысокого разрешения ^{1,2} ;	3.Моноклональные антитела к антигену CDB20 клеток ритуксимаб 375 мг/м ² в/вено капельно при рефрактерном течении васкулита (по решению консилиума) 1 раз в 1-2 недели с последующим повторением при необходимости через 6 месяцев.		
	7.Рентгенография органов грудной полости.	1	7. КТ высокого разрешения придаточных пазух носа ^{1,2} .	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-		
			8. РРГ			
			9. Бронхоскопия			
			10. ФГДС			
			11. Консультация врача-фтизиатра			
			12. Консультация врача-нефролога			

1	2	3	4	5	6	7
	8.Биопсия слизистой верхних / нижних дыхательных путей или почек с гистологическим исследованием биоптата (при верификации диагноза) ^{1,2}	1		1200 мг/сутвнутри		
	10. ЭКГ	1/7 дней		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		
	11. Консультация врача-оториноларинголога	1		6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут вне дней приема метотрексата 7.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза 8.Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез		
Синдром Чарджа-Стросс (M30.1)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи	1 1	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина	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-	14-18 дней	1.Достижен иеремиссии или низкой активности.

1	2	3	4	5	6	7
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ*, калия, натрия; активности АсАТ, АлАТ	1	2.Бронхоскопия.	0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с		2.Увеличение продолжительности жизни.
	4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНЦА ^{1,2}	1	3. Трансбронхиальная биопсия с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2} .	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 госпитализациях 1 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.Замедление темпов прогрессирования заболевания.
	5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(НВsAg; НВс-core; а/НСV – однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1	4. ФГДС			
	6.Исследование	1	5. Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разрешения ^{1,2} .			
			6. Магнитно-резонансная ангиография с контрастным усилением ¹ .			
			7.УЗИ органов брюшной полости			
			8.Эхо-КГ			
			9. Консультация врача-невролога	3.Моноклональные антитела к антигену СDB20 клеток ритуксимаб 375 мг/м ² в/вено капельно при рефрактерном течении васкулита (по решению консилиума) 1 раз в 1-2 недели с последующим повторением при необходимости через 6 месяцев.		

1	2	3	4	5	6	7
	функции внешнего дыхания ^{1,2}		10. ФГДС			
	7. Рентгенография органов грудной полости.	1	11. Консультация врача-фтизиатра	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/сутвнутри		
	8. ЭКГ	1/7 дней	12. Консультация врача-нефролога	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		

1	2	3	4	5	6	7
				8.Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез		
Микро-скопический полиангиит (M30.60)	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	1/7 дней 1/7 дней 1 1 1/7 дней 1	1. Исследование функции внешнего дыхания 2. Бронхоскопия. 3. Бронхоальвеолярный лаваж. 4. Определение клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина. 5. Трансбронхиальная биопсия легких ^{1,2} . 6. ФГДС 7.Эхо-КГ 8. Рентгеновская компьютерная томография легких	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 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 (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 госпитализациях 1 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 неэффектив-	14-18 дней	1.Достижение ремиссии или низкой активности. 2.Увеличение продолжительности жизни. 3.Замедление темпов прогрессирования заболевания.

1	2	3	4	5	6	7
	<p>крови: определение концентрации АНЦА^{1,2}</p> <p>7. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(НВsAg; НВс-core; а/НСV – однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).</p> <p>9. УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>10. Рентгенография органов грудной полости.</p> <p>11. ЭКГ</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1/7 дней</p>	<p>высокого разрешения^{1,2}.</p> <p>9. Магнитно-резонансная ангиография с контрастным усилением¹.</p> <p>10.Биопсия почек с гистологическим исследованием биоптата^{1,2}</p> <p>11. Консультация врача-офтальмолога</p> <p>12. Консультация врача-невролога.</p>	<p>ности/непереносимости азатиоприна); п/кожно или в/мышечно</p> <p>2.4. Микофеноловая кислота 2 г/сут внутрь (при неэффективности/непереносимости метотрексата и азатиоприна)</p> <p>3.Моноклональные антитела к антигену СDB20 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.</p> <p>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/сутвнутри</p> <p>5. При наличии факторов риска ЖК осложнений:</p> <p>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 внутри др</p>		

1	2	3	4	5	6	7
Гиганто-клеточный артериит (МЗ1.5)	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ,</p>	<p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p>	<p>1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина</p> <p>2. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*.</p> <p>3. Ангиографическое исследование</p>	<p>или</p> <p>5.2. H₂ 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</p> <p>6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут вне дней приема метотрексата</p> <p>7. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза</p> <p>8. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез</p> <p>1. ГК для системного применения:</p> <p>1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3 дней с последующим назначением</p> <p>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</p> <p>2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства:</p> <p>2.1. Антиметаболиты: метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь, п/кожно, в/мыш или</p>	14-16 дней	<p>1. Достижение ремиссии или низкой активности.</p> <p>2. Увеличение продолжительности жизни.</p> <p>3. Замедление темпов прогрессирования за-</p>

1	2	3	4	5	6	7
	АлАТ		височной артерии ^{1,2} .	2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь (при неэффективности/непереносимости метотрексата)		болевания.
	4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBe-core; a/HCV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1	4. Консультация врача-невролога.	3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота -75 мг/сут, пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь или 200-400 мг/сут в/вено		
	5. Ультразвуковая ангиодопплерография магистральных артерий шеи, конечностей, аорты ^{1,2}	1	5. Консультация врача-ангиохирурга ^{1,2}	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		
	6. Рентгенография органов грудной клетки.	1		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. H ₂ 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; фа-		
	7. Биопсия височной артерии с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2} .	1				

1	2	3	4	5	6	7
	8. ЭКГ	1/7 дней		мотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
	9. Консультация врача-офтальмолога.	1		6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут (при приеме метотрексата вне дней его приема) 7. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
Ревматическая полимиалгия (M35.3)	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 вра-	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1	1. Ультразвуковая ангиодопплерография магистральных артерий шеи, конечностей, аорты. 2. УЗИ щитовидной железы. 3. ФГДС 4. Ректороманоскопия. 5. Колоноскопия. 6. Электромиография ^{1,2} . 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.

1	2	3	4	5	6	7
	ча - ревматолога однократно при верификации диа- гноза) ^{1,2}					
	5. УЗИ органов брюшной полости	1				
	6. Рентгенография шейного отдела позвоночника.	1				
	7. Рентгенография органов грудной полости.	1				
	8. ЭКГ	1/7 дней				
Геморра- гический васкулит (пурпура Шенлей- на- Геноха) (D69.0).	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование кро- ви: определение концентрации би- лирубина, моче- вины, глюкозы, общего белка, ка-	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней	1. Биохимическое исследование кро- ви: определение концентрации кре- атинина 2. Анализ мочи по Нечипоренко. 3. Определение суточной протеи- нурии.	1. Санация очагов хронической инфек- ции. 2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутри или диклофенак 100-150 мг/сут внутри или в/м, или ибупрофен 1200- 2400 мг/сут внутри, или мелоксикам 15 мг/сут внутри или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутри, или целекоксиб 400 мг/сут внутри или этодолак 600- 1200 мг/сутвнутри 3. ГК для системного применения:	12-14 дней	1. Выздоров- ление 2. Достижен- ие ремиссии и- ли низкой активности.

1	2	3	4	5	6	7
	лия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ, амилазы.		4. Исследование фильтрационной функции почек – определение клиренса по эндогенному креатинину	3.1. Пульс-терапия: метилпреднизолон 250-500-1000 мг в/в капельно с последующим назначением		
	4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации иммуноглобулинов классов А, М, G ¹ (однократно при верификации диагноза)	1	5. РРГ	3.2. Преднизолон (метилпреднизолон) 0,5-1,0 (0,4-0,8) мг/кг/сут внутрь с последующим продолжением на амбулаторном этапе		
	5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; a/HCV – однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов)	1	6. Колоноскопия	4. Цитостатические иммунодепрессанты:		
	6. ФГДС	1	7. Биопсия почек; слизистой оболочки ЖКТ с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2} .	4.1. Алкилирующие агенты: циклофосфамид 600-1000 мг(10-15 мг/кг/сут) в/в капельно 1 раз в месяц до достижения ремиссии или		
	7. УЗИ органов брюшной полости.	1		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		

1	2	3	4	5	6	7	
	8. Рентгенография органов грудной полости. 9.ЭКГ	1 1/7 дней			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		
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; HBe-core; a/HCV –	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1	1.Иммунологическое исследование крови: определение содержания криоглобулинов ¹ 2. Биохимическое исследование крови: определение концентрации фракций холестерина. 3Анализ мочи по Нечипоренко. 4.Определение суточной протеинурии. 5.Исследование фильтрационной функции почек с определением	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 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 (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 госпитализациях 1 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	14-16 дней	1.Достижение ремиссии или низкой активности. 2.Замедление темпов прогрессирования заболевания.	

1	2	3	4	5	6	7
	однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).		клиренса по эндогенному креатинину	CDB20 клеток ритуксимаб 375 мг/м ² в/вено при рефрактерном течении васкулита (по решению консилиума) 1 раз в 1-2 недели с последующим повторением при необходимости через 6 месяцев		
	5.Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*.	1	7.УЗИ околоушных слюнных желез ^{1,2} .	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		
	6.Рентгенография органов грудной полости.	1	9.УЗИ органов брюшной полости.	200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сутвнутри		
	7.ЭКГ	1/7 дней	10.Эхо-КГ	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 5.2H2 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		

1	2	3	4	5	6	7
				6.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
				7. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез .		
Облитерирующий тромбангиит (болезнь Винивартера-Бюргера) (МЗ6.8; 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	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1 1	1.Биопсия сосудов верхних и/или нижних конечностей с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2} 2. Магнитно-резонансная томография с контрастным усилением ¹ 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) ежедневно 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	14-16 дней	1.Достижен ремиссии или низкой активности. 2.Замедление темпов прогрессирования заболевания.

1	2	3	4	5	6	7
	верхних и нижних конечностей ^{1,2}				мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др	
	6.ЭКГ	1/7 дней			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	
	7.Консультация врача-ангиохирурга ^{1,2} .	1				
	8.Консультация врача-невролога.	1			6. Статины: аторвастатин 10-20 мг/сут; внутрь и др	
Болезнь Бехчета (М35.2)	1.Общий анализ крови	1/7 дней	1.Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина	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)	14-16 дней	1.Достижен ремиссии или низкой активности. 2.Замедление темпов прогрессирования заболевания.
	2.Общий анализ мочи	1/7 дней		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		
	3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.	1/7 дней	2.Определение содержания антифосфолипидных антител: ВА ^{1,2} ; аКЛ ^{1,2} IgG или IgM- изотипов; ат к β2-ГП ^{1,2} I IgG и/или IgM изотипов.			
	4.Иммунологическое исследование крови: определе-	1	3.Ангиография ² .			

1	2	3	4	5	6	7
	ние концентрации РФ*		4.МРТ, КТ головного мозга;легких.	мг/кг/сут) в течение 2 лет.		
	5.ФГДС.	1	5.Колоноскопия.	3.Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 2 г/сут (при поражении ЖКТ).		
	6.УЗИ органов брюшной полости.	1	6.Консультация врача-ангиохирурга ^{1,2}	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		
	7.Ультразвуковая ангиодопплерография сосудов ^{1,2} .	1	7. Консультация врача-офтальмолога	5. Селективные иммунодепрессанты: моноклональные антитела к ФНО- α – 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)		
	8. Рентгенография органов грудной полости.	1	8. Консультация врача-акушера-гинеколога	6. При наличии факторов риска ЖК осложнений:		
	9.ЭКГ	1/7 дней	9. Консультация врача-эндокринолога	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		
			10. Консультация врача-невролога	или		

1	2	3	4	5	6	7
<p>Системная красная волчанка (М32-32.9)</p>	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.</p> <p>4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*; АНА^{1,2}, антител к двухспиральной ДНК^{1,2} и С4¹.</p>	<p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1</p>	<p>1. Иммунологическое исследование крови: Sm антигену¹; рибонуклеопротеину¹; гистонам¹; к Ro/SS-A и La/SS-B антигенам¹; определение активности компонентов комплемента С3 и С4¹.</p> <p>2. Биохимическое исследование крови: определение концентрации холестерина, его фракций, креатинина</p> <p>3. Исследование фильтрационной функции почек – определение кли-</p>	<p>6.2. H2 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</p> <p>1. ГК для системного применения:</p> <p>1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям)</p> <p>1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,25-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,2-0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с</p> <p>2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства:</p> <p>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 вариантelloпус-нефрита; тромбоцитопении, системном васкулите, легочных геморрагиях).</p> <p>2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг в сут. внутрь (в качестве</p>	<p>14-16 дней</p>	<p>1. Достижение ремиссии или низкой активности заболевания</p> <p>2. Замедление темпов прогрессирования заболевания.</p> <p>3. Повышение качества жизни пациентов.</p>

1	2	3	4	5	6	7
	5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBe-core; a/HCV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1	ренса по эндогенному креатинину.	поддерживающей терапии индуцированной циклофосфамидом ремиссии волчаночного нефрита, аутоиммунной гемолитической анемии, тромбоцитопении, поражениях кожи) или		
	6.Исследование показателей гемостаза: определение времени свертывания крови по Ли-Уайту; определение активированного частично тромбопластинового времени (далее-АЧТВ).	1/далее с учетом режима гепаринотерапии	4. Анализ мочи по Нечипоренко.	2.3.Антиметаболиты: метотрексат 12,5-17,5 мг/нед. при поражениях суставов) внутрь или в/мыш; п/к		
	7.УЗИ органов брюшной полости	1	7. Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разрешения ^{1,2} .	3. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2-1 г/сут. (при поражениях кожи,суставов) внутрь		
	8. Рентгенография органов грудной полости	1	8. МРТ головного мозга ^{1,2} .	4.Селективные иммунодепрессанты: микофеноловая кислота 2-3 г/сут внутрь (при неэффективности/непереносимости циклофосфамида при лечении люпус-нефрита)		
			9. ЭЭГ ^{1,2} .	5. Моноклональные антитела к антигену CD20 клеток ритуксимаб 375 мг/м ² 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)		
			10. Эхо-КГ.			
			11. Рентгенография пораженных суставов.			
			12. Биопсия почек с гистологическим			

1	2	3	4	5	6	7
	9. ЭКГ	1/7 дней	исследованием биоптата ^{1,2}	<p>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</p> <p>7. При наличии факторов риска ЖК осложнений:</p> <p>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</p> <p>7.2. H₂ 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</p> <p>8. Антиагреганты: дипиридамола 150 - 200 мг/сут внутрь (длительно при люпус-нефрите), пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь или 200-400 мг/сут в/в капельно</p>		

1	2	3	4	5	6	7
				9. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
				10. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез (по показаниям).		
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*, АНА ^{1,2} , антител к топоизомеразе-1 (анти-ScI-	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1	1. Определение концентрации антифосфолипидных антител: ВА ^{1,2} ; аКЛ ^{1,2} IgG или IgM-изотипов; ат к β2-ГП I ^{1,2} 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 креа-	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, дипиридамола 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 склеродемия, альвеолит) для системного применения: 5.1. Преднизолон 0,25 -0,5 мг/кг/сут (метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут) внутрь с последующим снижением до-	12-14 дней	1. Достижение ремиссии или низкой активности заболевания. 2. Замедление темпов прогрессирования заболевания. 3. Повышение качества жизни пациентов.

1	2	3	4	5	6	7
	70) ¹ ; антицентромерных антител ¹ , антител к рибонуклеопротеину ¹ .		тинину	зы через 2-4 недели на 2,5- 5 мг/сут (2-4 мг/сут) до поддерживающей дозы (см амбулаторный этап)		
	5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBe-core; a/HCV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1	5.Исследование функции внешнего дыхания. 6.УЗИ ОБП	5.2. Пульс-терапия ГК(при развитии альвеолита : метилпреднизолон 500-1000 мг в/в № 3 три дня подряд).		
	6.ФГДС	1	7.КТ легких высокого разрешения ^{1,2} 8. Эхо-КГ 9. РРГ 10. СМЭКГ ^{1,2}	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.Рентгеноскопия органов грудной полости с контрастированием пищевода (акт глотания)	1	11.Бронхоскопия. 12. Ангиография ² 13.Ирригоскопия.	7. НПВС при суставном синдроме: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь; диклофенак 75-150 мг/сутвнутри 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.Рентгенография пораженных суставов.	1	14.Биопсия кожи, почек ^{1,2} с гистологическим исследованием биоптата. 15.Реовазография кистей и стоп ^{1,2}	8. При наличии факторов риска ЖК осложнений, для устранения рефлюкс-эзофагита: 8.1.Ингибиторы протонной помпыомепразол 20-40 мг/сут или рабепра-		
	9. ЭКГ	исходно и при				

1	2	3	4	5	6	7
		выписке	16. Капилляроскопия ^{1,2}	<p>зол 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</p> <p>или</p> <p>8.2.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</p> <p>9. Прокинетики (для купирования дисфагии): метоклопрамид 30-40 мг/сут</p> <p>10. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез (по показаниям).</p> <p>11. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов</p>		

1	2	3	4	5	6	7
Дермато-полимиозит (МЗЗ)	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности КК^{1,2}; МВ-КК^{1,2} АсАТ, АлАТ</p> <p>4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНА^{1,2}; антител к гистидил-т-РНК-синтетазе (Jo-1)¹.</p> <p>5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core;</p>	<p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>1. ФГДС</p> <p>2. УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>3. УЗИ предстательной железы.</p> <p>4. УЗИ щитовидной железы.</p> <p>5. Эхо-КГ</p> <p>6. Рентгеновская компьютерная томография легких высокого разрешения^{1,2}.</p> <p>7. МРТ мышечной ткани².</p> <p>8. Капилляроскопия^{1,2}</p> <p>9. Холтеровское мониторирование ЭКГ^{1,2}.</p> <p>10. Колоноскопия</p>	<p>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</p> <p>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)</p> <p>3.Противопаразитарные лекарственные средства: гидроксихлорохин 0,2-0,4 г/сут внутрь при поражениях кожи.</p> <p>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</p> <p>5.При наличии факторов риска ЖК осложнений: 5.1.Ингибиторы протонной помпы:</p>	<p>12-14 дней</p>	<p>1.Достижение ремиссии или низкой активности заболевания</p> <p>2.Замедление темпов прогрессирования заболевания</p> <p>3. Повышение качества жизни пациентов</p>

1	2	3	4	5	6	7
	а/НСV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).		11. Исследование функции внешнего дыхания	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		
	6.Электромиография ^{1,2} .	1	12. Определение простатспецифического антигена	5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин		
	7. Рентгеноскопия органов грудной полости	1	13. Консультация врача-дерматолога.	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.Биопсия кожно-мышечного лоскута с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2}	1	.	6. Экстракорпоральные методы: плазмаферез (при резистентности к медикаментозной терапии)		
	9. ЭКГ	1/7 дней		7.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
	10. Консультация врача-невролога.	1		8. Фолиевая кислота: 1-3 мг/сут вне дней приема метотрексата (при его применении)		
	11. Консультация врача-отоневролога	1				

1	2	3	4	5	6	7
Сухой синдром [Шегрена] (M35)	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка; СРБ*, калия, натрия, кальция; активности АсАТ, АлАТ; ЩФ^{1,2}, амилазы^{1,2}.</p> <p>4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНА^{1,2}; РФ*; антител к растворимым ядерным антигенам – Ro/SS-A¹; La/SS-B¹</p> <p>5. Исследование сыворотки крови</p>	<p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина^{1,2,3}, белковых фракций^{1,2}</p> <p>2. Иммунологическое исследование: определение уровня АЦЦП^{1,2}, криоглобулинов¹ в сыворотке крови</p> <p>3. Определение содержания антифосфолипидных антител в сыворотке крови: ВА^{1,2} аКЛ^{1,2} IgG и/или IgM-изотипов; атк β2-ГПП^{1,2} IgG и/или IgM-изотипов</p> <p>4. Анализ мочи по Нечипоренко.</p> <p>5. Анализ мочи по Зимницкому.</p>	<p>1. ГК для системного применения:</p> <p>1.1. Преднизолон 0,25-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,2-0,8 мг/кг/сут. с последующим продолжением терапии на амбулаторном этапе (см амбулаторный этап).</p> <p>1.2. Пульс-терапия: метилпреднизолон 250-1000 мг в/в капельно три дня подряд (по показаниям).</p> <p>2. Цитостатические иммуносупрессанты:</p> <p>2.1. Алкилирующие: хлорамбуцил 2-8 мг/сут внутрь или</p> <p>2.2. Циклофосфамид 200-1000 мг в/в капельно (по показаниям)</p> <p>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</p> <p>4. При наличии факторов риска ЖК осложнений:</p> <p>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</p>	<p>12-14 дней</p>	<p>1. Достижение ремиссии или низкой активности заболевания</p> <p>2. Замедление темпов прогрессирования заболевания</p> <p>3. Повышение качества жизни пациентов</p>

1	2	3	4	5	6	7
	на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBe-core; a/HCV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).		6. Исследование мочи на наличие белки Бенс-Джонса ^{1,2}	или 4.2. H2 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		
	6.Рентгенография органов грудной полости	1	7.Исследование фильтрационной функции почек -по клиренсу эндгенного креатинина	5. Дигидропиридиновые антагонисты кальция: нифедипин 30-60 мг/сут (или амлодипин 5-10 мг/сут) внутрь при наличии синдрома Рейно		
	7. ЭКГ	1	8. Исследование функции внешнего дыхания.	6. Антиагреганты: пентоксифиллин 400-800 мг/сут внутрь или 200-400 мг в/в, дипиридамол 150-300 мг/сут внутрь		
	8. Консультация врача-офтальмолога с проведением офтальмологического обследования:	1	9. Рентгенография пораженных суставов.	7. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез (при высокой иммунологической активности)		
	8.1.исследование уровня базальной и стимулированной слезной секреции с применением теста Ширмера;	1	10.УЗИ органов брюшной полости.	8.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
	8.2.окраска эпителия конъюнктивы и	1	11. УЗИ щитовидной железы.	9. Наблюдение и лечение у стоматолога и офтальмолога		
			12. УЗИ околоушных слюнных желез	10. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.		
			13. ФГДС			
			14. Эхо-КГ			

1	2	3	4	5	6	7
	роговицы бенгальским розовым и флюоресцеином ¹ .			11.ЛФК		
	9. Консультация врача-стоматолога с проведением стоматологического обследования:	1	15. Сцинтиграфия слюнных желез ^{1,2} .			
	9.1.сиалография околоушных слюнных желез ^{1,2}	1	16.КТ легких высокого разрешения ^{1,2} .			
	или		17. ДРА ^{1,2} .			
	9.2. УЗИ околоушных слюнных желез ^{1, 2} (по показаниям);	1	18. РРГ			
	10. ЭКГ	1/7 дней	19.Биопсии малых слюнных желез с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2} .			
			20. Биопсия околоушных слюнных желез;почек;кожи с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2} .			
			21. Консультация врача-онколога			
			22. Консультация врача-акушера-гинеколога			

1	2	3	4	5	6	7
			23. Консультация врача- эндокринолога			
			24. Консультация врача-акушера- гинеколога			
			25. Консультация врача-онколога			
			28. Консультация врача-гематолога			
Анти- фосфоли- пидный синдром, ассоции- рованный с систем- ными за- болевани- ями со- едини- тельной ткани (СКВ; ССД; ДМ/ПМ,	1. Выполнение об- следований, необ- ходимых для диа- гностики основно- го заболевания (СКВ, ССД; ДМ/ПМ, СШ) 2. Общий анализ крови с подсчетом количества тром- боцитов. 3. Реакция Вас- сермана. 4. Исследование	1 1/5-7 дней 1 1/далее в	1.Исследование показателей гемо- стаза:определение уровня Д- димеров ¹ ; 2.Эхо-КГ 3.Суточное мони- торирование ЭКГ ^{1,2} . 4.МРТ головного мозга ^{1,2} . 5.КТ органов	1.Коррекция активности основного за- болевания 2. Санация очагов хронической инфек- ции 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	12-14 дней	1.Снижение активности основного заболевания 2.Снижение риска по- вторных тромбозов

1	2	3	4	5	6	7
СШ)	показателей гемостаза: определение АЧТВ, ПТВ с расчетом МНО; концентрации фибриногена.	зависимости от характера антикоагулянтов	брюшной полости ^{1,2} . 6.Ангиография ^{1,2} . 7.Биопсия почек, легких, сосудов с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2} . 8.Консультация врача-гематолога 9. Консультация врача-невролога	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/сут др или 7.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин0,15-0,3/сут		
	5. Определение содержания антифосфолипидных антител: ВА ^{1,2} ; аКЛ ^{1,2} IgG или IgM- изотипов; ат к β2-ГП I ^{1,2} IgG и/или IgM изотипов.	1/далее через 12 недель				
	6. Ультразвуковое доплеровское сканирование сосудов ^{1,2} .	1/чаще по показаниям	10. Консультация врача-офтальмолога 11. Консультация врача-хирурга			
	7. Рентгенография органов грудной полости.	1	12. Консультация врача-нефролога			
	8. ЭКГ	1/7 дней	13. Консультация врача-ангиохирурга ^{1,2}			
	9. Консультация врача-оториноларинго-	1	14. Консультация			

1	2	3	4	5	6	7
	лога 10. Консультация врача-стоматолога	1	врача-хирурга 15. Консультация врача гинеколо- га/уролога	или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутри и др При развитии тромбоза лечение осу- ществляется в стационаре соответ- ствующего профиля с учетом локали- зации тромбоза (хирургии, кардиоло- гии, неврологии, офтальмологии и др.) при тесном взаимодействии с ревмато- логом.		
Рециди- вирую- щий пан- никулит Вебера- Крисчена (M35.6)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование кро- ви: определение концентрации би- лирубина, моче- вины, глюкозы, общего белка, ка- лия, натрия, холе- стерина, СРБ*; ак- тивности АсАТ, АлАТ. 4. УЗИ органов	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1	1. ФГДС	1.ГК для системного применения: преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут внутри (метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут) в течение периода госпитализации с по- следующим продолжением на амбула- торном этапе – см амбулаторный этап 2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутри; диклофенак 100-150 мг/сут внутри или в/м или нимесулид 200-400 мг/сут внутри при выраженном боле- вом 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	12-14 дней	1. Снижение активности процесса. 2. Замедле- ние темпов прогресси- рования за- болевания.

1	2	3	4	5	6	7
	брюшной полости			или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др		
	5. Рентгенография органов грудной полости.	1		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		
	6. Биопсия подкожного узла с гистологическим исследованием биоптата.	1				
	7. ЭКГ	1/7 дней				
Глюкокортикоидный остеопороз (M81.4, M80.4)	1. Общий анализ крови	1	1. Исследование содержания гормонов щитовидной железы в сыворотке крови ^{1,2} :	1. Опиоидные анальгетики (при купировании болевого синдрома на фоне остеопоротических переломов: трамадол 50-200 мг/сут	Длительно	1.Снижение интенсивности болевого синдрома. 2. Снижение риска переломов.
	2. Общий анализ мочи	1	трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ)	2. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации кальция, ионизированного кальция, альбумина, активности ЩФ ^{1,2}	1	2. Исследование содержания тестостерона ^{1,2} , фоллкуллестимулирующего ^{1,2} , лютеинизирующего гормонов ^{1,2} ,	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		
	4. Рентгенография грудного и пояс-	1		2.3. Кальцитонин 200 МЕ/сут интраназально, п/кожно или в/мыш (при выраженном болевом синдроме, связанном с компрессионными переломами		

1	2	3	4	5	6	7
	ничного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях		эстрадиола ^{1,2} 3. Исследование концентрации витамина Д ¹	позвонок 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 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. H ₂ блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин 0,15-0,3 г/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. ДРА ^{1,2}	1				
	6. ЭКГ	1/7 дней				

1	2	3	4	5	6	7
Фибро-миалгия (M79.0)	<p>1. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, глюкозы, альбумина, СРБ*, калия, натрия, активности АлАТ, АсАТ.</p> <p>4. Рентгенография органов грудной полости.</p> <p>5. ЭКГ</p> <p>6. Консультация врача-психотерапевта</p>	<p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1/7 дней</p> <p>1</p> <p>1/7 дней</p> <p>1</p>	<p>1. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНА^{1,2}; антител к двухспиральной ДНК^{1,2}; 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; РФ*, АЦЦП^{1,2}</p> <p>2. Консультация врача-психиатра</p> <p>3. Консультация врача-невролога</p>	<p>Уменьшение выраженности болевого синдрома</p> <p>1. Антидепрессанты: 1.1.Селективные 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</p> <p>2. Опиоидные анальгетики (центрального действия): 2.1.Трамадол 50-250 мг/сут. внутрь или в/мыш</p> <p>3. Противосудорожные средства: прегабалин450 мг/сут внутрь (с целью снижения выраженности болевого синдрома, коррекции нарушений сна, утомляемости).</p> <p>4. ФТЛ: гидротерапия, массаж - 7-10 сеансов.</p> <p>5. ЛФК</p>	<p>12-14 дней</p>	<p>1.Уменьшение выраженности болевого синдрома.</p> <p>2.Улучшение качества жизни.</p> <p>3.Уменьшение выраженности депрессии.</p>

Примечание:

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

** – обследования (общий анализ крови, биохимическое определение крови с исследованием активности 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, пенициллина, хлорамбуцила, азатиоприна, гидроксихлорохина), далее- 1 раз в 12 недель. -

Приложение
к протоколу диагностики
и лечения пациентов (взрослое население)
с ревматическими заболеваниями

Индексы оценки активности заболевания, показатели ремиссии;
критерии оценки прогрессирования заболевания

Для оценки активности заболевания, показателей ремиссии; критериев оценки прогрессирования заболевания вычисляются 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

$$DAS28 = 0,56\sqrt{ЧБС} + 0,28\sqrt{ЧПС} + 0,70\ln COЭ + 0,014 OOCЗ,$$

где ЧБС — количество болезненных суставов; ЧПС — число припухших суставов из следующих 28: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные (таблица 1); COЭ — скорость оседания эритроцитов по методу Вестергрена, OOCЗ — 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 должен 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 критериям EULAR, ACR и FDA.

Критерии ремиссии представлены в таблице 2.

Таблица 2

Критерии ремиссии ревматоидного артрита

Критерии	Характеристика
ACR	<ul style="list-style-type: none"> • 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 рент-

	<p>рентгенологического прогрессирования (метод Ларсена или Шарпа) в течение 6 мес в отсутствие терапии БПВП.</p> <p>Полная клиническая ремиссия - клиническая ремиссия по ACR и отсутствие рентгенологического прогрессирования (метод Ларсена или Шарпа) в течение 6 месяцев на фоне терапии БПВП.</p> <p>Клинический эффект — достижение ответа по ACR70 в течение, по крайней мере, 6 последующих месяцев.</p>
--	---

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 кистях 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-трапецевидный 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 (totalSharp'sscore) представляет собой сумму счёта эрозий и счёта сужений суставных щелей и составляет 448 баллов для одного человека.

1.5. Критерии эффективности терапии представлены в таблице 3

Таблица 3

Критерии эффективности терапии Европейской противоревматической лиги (DAS28)

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

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 индекс BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*).

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 BASDAI в 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	<30
мужчины	<20

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

3. Остеоартроз

3.1. Оценка эффективности терапии производится по индексу WOMAC (*Western Ontario and McMaster University, www.ac-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 терапии индекс WOMAC определяют 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 оценки эффективности терапии при системной красной волчанке (OMERACT; Gladman D., Ibanez D., Urowitz M.B. // J. Rheum. -2002. - Vol. 29. - Suppl. 2. - P. 288-291)

К одной из шкал, рекомендуемых для оценки общей активности заболевания относится шкала SLEDAI (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: <ul style="list-style-type: none"> • нарушение восприятия;

			<ul style="list-style-type: none"> • 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	Впервые возникшая чувствительная или двигательная невропатия черепных нервов
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 повы-

			шенной активностью КФК/альдолазы, либо данные ЭМГ или биопсии, подтверждающие миозит
4		Цилиндрурия	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	Перикардальная боль как минимум с одним из следующих признаков: <ul style="list-style-type: none"> •шум трения перикарда; •выпот; •подтверждение с помощью ЭКГ или Эхо-КГ
2		Низкое содержание компонентов комплемента	Снижение СН50, С3 или С4 менее нижней границы нормы тестирующей лаборатории
2		Повышенное ко-	Более 25% связывания по методу Фарра или превышение нормальных

		личество антител к двуспиральной ДНК	значений тестирующей лаборатории
1		Лихорадка	Выше 38 °С, исключить инфекционные причины
1		Тромбоцитопения	< 100x10 ⁹ /л, исключая лекарственные причины
1		Лейкопения	<3x10 ⁹ /л, исключая лекарственные причины

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
Инfiltrация 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)x2

5.3. Оценка повреждения внутренних органов и систем при СКВ

Для оценки повреждения внутренних органов применяется индекс повреждения *SLICC/ACR Damage index* (Gladman D.D., Urowitz M.B., Goldsmith C. // *Arthr. Rheum.* - 1997. - Vol. 40.- P. 809-813) –таблица 9

Таблица 9

Индекс повреждения при системной красной волчанке *SLICC/ACR Damage Index*

Признак	Счёт, баллы
Орган зрения (каждый глаз, при клинической оценке)	
• Любая катаракта.	1
• Изменения сетчатки или атрофия зрительного нерва	1
Нервная система	
• Когнитивные нарушения (снижение памяти, трудности со счётом, плохая концентрация, трудности в разговорной речи или письме, нарушенный уровень исполне-	1-2

<p>ния) или большие психозы.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>1</p> <p>1-2</p> <p>1</p> <p>1</p>
Почки	
<ul style="list-style-type: none"> • Клубочковая фильтрация <50 мл/мин. • Протеинурия >3,5 г/сут. • Конечная стадия почечного заболевания (вне зависимости от диализа или трансплантации) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>3</p>
Лёгкие	
<ul style="list-style-type: none"> • Лёгочная гипертензия (выбухание правого желудочка или звонкий P2). • Лёгочный фиброз (физикально и рентгенологически установленный). • Сморщенное лёгкое (рентгенологически). • Плевральный фиброз (рентгенологически). • Инфаркт лёгкого (рентгенологически) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
Сердечно-сосудистая система	
<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<p>1</p> <p>1-2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
Периферические сосуды	
<ul style="list-style-type: none"> • перемежающаяся хромота в течение 6 мес. • Небольшая потеря ткани (подушечка пальца). 	<p>1</p> <p>1</p>

<ul style="list-style-type: none"> •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 	<p>1-2</p> <p>1</p>
Желудочно-кишечный тракт	
<p>Инфаркт/резекция кишечника (ниже двенадцатиперстной кишки), селезёнки, печени или жёлчного пузыря когда-либо, по любым причинам (счёт 1, если более, чем в одном месте).</p> <p>Мезентериальная недостаточность.</p> <p>Хронический перитонит.</p> <p>Стриктуры или хирургические операции на верхней части ЖКТ</p>	<p>1-2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
Костно-мышечная система	
<p>Мышечная атрофия или слабость.</p> <p>Деформирующий или эрозивный артрит (включая вправимые деформации, исключая аваскулярные некрозы).</p> <p>Остеопороз с переломами или коллапсом позвонков (исключая аваскулярный некроз).</p> <p>Аваскулярный некроз (счёт 2, если >1).</p> <p>Остеомиелит.</p> <p>Разрыв сухожилий</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1-2</p> <p>1</p> <p>1</p>
Кожа	
<p>Рубцовая хроническая алопеция.</p> <p>Обширное рубцевание или панникулит (кроме волосистой части головы и подушечек пальцев).</p> <p>Изъязвления кожи (исключая тромбоз) в течение более 6 месяцев</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>

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
Склеродерма	0,5	Утолщение мягких тканей, преимущественно на пальцах, за счет индукции кожи
Кожа	2	Ухудшение кожных проявлений за последний месяц, со слов пациента
Дигитальные некрозы	0,5	Активные дигитальные язвы или некрозы

Сосуды	0,5	Ухудшение сосудистых проявлений в течение последнего месяца, со слов пациента
Артриты	0,5	Симметричная припухлость суставов
Снижение ДС ₀₀	0,5	ДС ₀₀ < 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 С4 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 содержании 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 (simplified disease activity index polymyalgia rheumatica— SDAIPMR).

Его рассчитывают следующим образом:

$SDAIPMR = \text{ВАШ пациента (0-10 см)} + \text{ВАШ исследователя (0-10 см)} + [\text{утренняя скованность (мин)} \times 0,1]$
+ 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.