

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
14 января 2026 г. № 3

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с реактивным артритом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ревматоидным артритом и другими ревматоидными артритами» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с пирофосфатной артропатией» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с недифференцированным артритом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с остеоартрозом (остеоартритом)» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с васкулитами крупных сосудов (неспецифическим аортоартериитом и гигантоклеточным артериитом)» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с дерматомиозитом и полимиозитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью Шегрена» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ревматической полимиалгией» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с эссенциальным криоглобулинемическим васкулитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с псориатическим артритом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с системной красной волчанкой» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с анкилозирующим спондилитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью Стилла» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с рецидивирующим панникулитом Вебера-Крисчена» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с синдромом Фелти» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) со спондилоартритом, ассоциированным с воспалительным заболеванием кишечника» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с подагрой» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с системным склерозом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) со смешанным заболеванием соединительной ткани» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с недифференцированным спондилоартритом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с фибромиалгией» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с IgA-ассоциированным васкулитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с узелковым полиартериитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с синдромом Гудпасчера» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гранулематозом с полиангиитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с микроскопическим полиангиитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью Бехчета» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острой ревматической лихорадкой» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хронической ревматической болезнью сердца» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с вторичным остеопорозом при ревматологических заболеваниях» (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

абзац третий пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 мая 2005 г. № 274 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 мая 2012 г. № 522 «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».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный комитет
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь

Национальная академия наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
14.01.2026 № 3

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
с псориатическим артритом»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с псориатическим артритом (далее, если не установлено иное, – ПсА) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра: М07 Псориатические и энтеропатические артропатии: М07.0 Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия; М07.1 Мутилирующий артрит; М07.2 Псориатический спондилит; М07.3 Другие псориатические артропатии) в амбулаторных и стационарных условиях.

2. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении».

3. Направление пациентов с ПсА для оказания им медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 октября 2025 г. № 137 «О порядке информирования населения об оказании медицинской помощи и направления пациентов для получения медицинской помощи».

4. Лекарственные препараты (далее – ЛП) и медицинские изделия (далее – МИ) назначаются и применяются в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛП.

5. Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label), при этом, дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ И ДИАГНОСТИКА ПсА

6. Клиническая классификация псориатического артрита:

6.1. клинические формы:

дистальная форма – с преимущественным поражением дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп;

мутилирующий артрит – характеризуется развитием остеолита суставных поверхностей с развитием укорочения пальцев кистей и (или) стоп;

псориатический спондилит;

асимметричный моно-олигоартрит;

симметричный полиартрит, ревматоидоподобная форма;

сочетание перечисленных выше форм;

6.2. активность ПсА:

низкая;

умеренная;

высокая.

Оценку активности ПсА осуществляют комплексно, на основании критериев активности артрита, энтезита, дактилита, спондилита, изложенных в приложении 1, и индексов оценки активности и эффективности терапии заболевания, изложенных в приложении 2;

6.3. рентгенологические проявления ПсА:

поражение периферических суставов и периартикулярных структур:

равномерное сужение суставной щели;

костная ремодуляция (резорбция концевых фаланг, крупные эксцентрические эрозии, остеолит – деформация по типу «карандаш в стакане»);

костные пролиферации (краевые костные разрастания, периоститы, энтезофиты и костные анкилозы);

поражение позвоночника, крестцово-подвздошных сочленений:

паравертебральные оссификаты и краевые синдесмофиты;

асимметричный двусторонний или односторонний сакроилиит 1–4 стадий по Kellgren (Нью-Йоркские критерии):

стадия 1 – подозрение на наличие изменений (нечеткость краев суставов);

стадия 2 – минимальные изменения (небольшие локальные области с эрозиями или склерозом при отсутствии изменений ширины щели);

стадия 3 – умеренный или значительный сакроилиит с эрозиями, склерозом, расширением, сужением или частичным анкилозом;

стадия 4 – значительные изменения с полным анкилозом;

6.4. нарушение функции суставов (далее – НФС) подразделяются на следующие степени:

0 – нет нарушений, незначительные НФС, неограничивающие способность к самостоятельному передвижению и (или) способность к самообслуживанию и передвижению;

1 – легкие НФС, приводящие к легкому функциональному классу 1 (далее – ФК 1) ограничению жизнедеятельности (от 1 % до 25 %) вследствие ограничения способности к самостоятельному передвижению ФК 1 и (или) способности к самообслуживанию ФК 1;

2 – умеренные НФС, приводящие к умеренному функциональному классу 2 (ФК 2) ограничению жизнедеятельности (от 26 % до 50 %) вследствие ограничения способности к самостоятельному передвижению ФК 2 и (или) способности к самообслуживанию ФК 2;

3 – выраженные НФС, приводящие к выраженному функциональному классу 3 (ФК 3) ограничению жизнедеятельности (от 51 % до 75 %) вследствие ограничения способности к самостоятельному передвижению ФК 3 и (или) способности к самообслуживанию ФК 3;

4 – резко выраженные нарушения функции суставов, приводящие к резко выраженному функциональному классу 4 (ФК 4) ограничению жизнедеятельности

(от 76 % до 100 %) вследствие ограничения способности к самостоятельному передвижению ФК 4 и (или) способности к самообслуживанию ФК 4.

Определение степени ограничения (ФК) способности к трудовой деятельности проводится путем оценки соответствия состояния здоровья пациента его способности осуществлять трудовую деятельность (выполнять трудовую функцию) в соответствии с требованиями к квалификации, содержанию, объему, качеству, условиям труда, условиям выполнения работы, режимом работы.

При диагностике внесуставных изменений проводятся консультации врача-стоматолога-терапевта, врача-офтальмолога, врача-дерматовенеролога, врача-уролога; врача-кардиолога, врача-уролога, врача акушера-гинеколога, врача-невролога;

6.5. осложнения:

вторичный остеоартрит;

генерализованный остеопороз;

системный атеросклероз;

вторичный амилоидоз;

остеонекроз;

туннельные синдромы (синдром запястного канала, синдромы сдавления локтевого, большеберцового нервов).

7. Постановка диагноза ПсА осуществляется врачом-ревматологом.

При обращении пациента к другим врачам-специалистам для подтверждения диагноза пациент должен быть направлен к врачу-ревматологу.

Для постановки диагноза проводятся:

клиническое обследование пациента с оценкой выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ) и обследование костно-суставной системы пациента с оценкой активности заболевания по DAS 28 согласно приложению 2;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

8. Клиническое обследование пациента включает: оценку жалоб, выраженность и характер болевого синдрома, изучение анамнеза развития заболевания, изучение анамнеза жизни с оценкой факторов риска развития заболевания, наследственного анамнеза, объективного обследования пациента, оценку степени НФС.

9. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с исследованием скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением препаратов патогенетической терапии (стандартных базисных противовоспалительных препаратов (далее – БПВП); генно-инженерных биологических препаратов (далее – ГИБП); таргетных БПВП – ингибиторов янус-киназ (далее – ИЯК)) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП после каждого повышения дозы (метотрексат, сульфасалазин), далее – для всех БПВП – 1 раз в 3 месяца;

биохимический анализ крови (далее – БАК) с исследованием уровней креатинина, мочевины, уровня мочевой кислоты, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, С-реактивного белка (далее – СРБ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением препаратов патогенетической терапии (БПВП; ГИБП, ИЯК) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП после каждого повышения дозы (метотрексат, сульфасалазин) с исследованием уровней АЛТ, АСТ, далее – для всех БПВП и ИЯК – 1 раз в 3 месяца;

исследование липидного спектра крови – общего холестерина, липопротеинов высокой плотности (далее – ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (далее – ЛПНП), триглицеридов (далее – ТГ), определение коэффициента атерогенности – 1 раз в 12 месяцев;

иммунологическое исследование крови: определение уровней ревматоидного фактора (далее – РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (далее – АЦЦП) – однократно при постановке диагноза;

исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBe-core; анти/НСV) – перед назначением БПВП, ГИБП, ИЯК;

исследование сыворотки крови на наличие вируса иммунодефицита человека – при постановке диагноза; перед назначением ГИБП, ИЯК;

диаскинтест – перед назначением ГИБП, ИЯК, далее – 1 раз в 12 месяцев при продолжении терапии;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением препаратов патогенетической терапии (БПВП; ГИБП, ИЯК) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП после каждого повышения дозы (метотрексат, сульфасалазин), далее – БПВП 1 раз в 3 месяца;

обзорная рентгенография пораженных суставов, костей таза, позвоночника (при его вовлечении в патологический процесс) выполняется для подтверждения диагноза, установления рентгенологической стадии ПсА, оценки прогрессирования деструкции суставов 1 раз в 12 месяцев;

рентгенография органов грудной полости (далее – РОГП) – 1 раз в 12 месяцев;

магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) вовлеченных отделов позвоночника в режиме T1, T2 и STIR для подтверждения диагноза (на ранней дорентгенологической стадии заболевания в случае кинических проявлений сакроилиита), для оценки активности и выраженности патологического процесса (подтверждения наличия внутрикостного отека – остейта) – после консультации врача-ревматолога;

МРТ крестцово-подвздошных сочленений в режиме T1, T2 и STIR для подтверждения диагноза (на ранней дорентгенологической стадии заболевания в случае, если есть клинические проявления спондилита), выявления активного патологического процесса (внутрикостного отека) – после консультации врача-ревматолога;

компьютерная томография (далее – КТ) КПС – выполняется при наличии медицинских противопоказаний к МРТ, по тем же медицинским показаниям;

электрокардиографическое исследование (далее – ЭКГ) – 1 раз в 12 месяцев, чаще – по медицинским показаниям;

двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (далее – ДРА) – при наличии факторов риска остеопороза или наличии остеопороза (остеопении) – 1 раз в 12 месяцев;

консультация врача-ревматолога – 1 раз в 3 месяца до достижения ремиссии (низкой активности заболевания), далее – 1 раз в 6 месяцев;

консультация врача-дерматовенеролога – при постановке диагноза.

10. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

ОАК с исследованием СОЭ – 1 раз в 5–7 дней; при постановке диагноза, перед назначением препаратов патогенетической терапии (БПВП; ГИБП; ИЯК) и после их применения;

БАК с исследованием уровней креатинина, мочевины, мочевой кислоты, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ – 1 раз в 5–7 дней; при верификации диагноза, перед назначением препаратов патогенетической терапии (БПВП; ГИБП; ИЯК) и после их применения;

иммунологическое исследование крови с определением уровней РФ, АЦЦП – при постановке диагноза;

исследование крови для выявления антигена гистосовместимости HLA-B27 – при вовлечении в процесс крестцово-подвздошных сочленений при постановке диагноза (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBe-core; анти/НСV) – перед назначением БПВП, ГИБП, ИЯК;

исследование сыворотки крови на наличие вируса иммунодефицита человека – при постановке диагноза, перед назначением БПВП, ГИБП, ИЯК (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

диаскинтест – перед назначением ГИБП, ИЯК, далее – 1 раз в 12 месяцев в случае продолжения терапии;

ультразвуковое исследование суставов (далее – УЗИ), энтезисов и околоуставных мягких тканей – при постановке диагноза в диагностически сложных случаях; при подозрении на развитие осложнений;

ОАМ – 1 раз в 5–7 дней; перед назначением препаратов патогенетической терапии (БПВП; ГИБП; ИЯК) и после их применения;

ЭКГ – 1 раз в 10–14 дней, чаще по медицинским показаниям;

РОГП – если с момента предшествующего исследования прошло 12 и более месяцев;

обзорная рентгенография пораженных суставов, вовлеченных отделов позвоночника, крестцово-подвздошных сочленений (при их поражении) – при постановке диагноза (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе) и в случае, если с момента предшествующего исследования прошло 12 и более месяцев;

МРТ вовлеченных отделов позвоночника в режиме T1, T2 и STIR для подтверждения диагноза (на ранней дорентгенологической стадии заболевания при наличии клинических проявлений спондилита), для оценки активности и выраженности патологического процесса (подтверждения наличия внутрикостного отека – остеита), подозрении на развитие осложнений – исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе и с момента его проведения не было отмечено ухудшения состояния пациента;

МРТ крестцово-подвздошных сочленений в режиме T1, T2 и STIR для подтверждения диагноза (на ранней дорентгенологической стадии заболевания в случае, если есть клинические проявления сакроилиита), выявления активного патологического процесса (внутрикостного отека) – исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе и с момента его проведения не было отмечено ухудшения состояния пациента;

КТ КПС – выполняется при наличии медицинских противопоказаний к МРТ, по тем же медицинским показаниям;

ДРА – если с момента предшествующего исследования прошло 12 и более месяцев;

консультация врача-дерматовенеролога – для постановки диагноза псориаза в случае, если ранее диагноз установлен не был.

11. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

иммунологическое исследование крови с определением уровня антинуклеарных антител (далее – АНА) – после консультации врача-ревматолога;

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) в синовиальной жидкости (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) отделяемого из уретры, цервикального канала, полости рта;

исследование уровня 25(ОН) витамина D в сыворотке крови;

исследование уровня паратгормона в сыворотке крови;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости (далее – УЗИ ОБП);

эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭФГДС);

12. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

БАК с исследованием в сыворотке крови уровней миоглобина, креатинфосфокиназы (далее – КФК), КФК-МВ, тропонина;

иммунологическое исследование крови с определением уровня АНА, при их диагностическом повышении исследуют спектр антинуклеарных антител методом иммуноблоттинга;

исследование синовиальной жидкости с определением клеточного состава жидкости, кристаллов мочевой кислоты, пирофосфата кальция (в областных (г. Минск) и в республиканских организациях здравоохранения);

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) в синовиальной жидкости (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) отделяемого из уретры, цервикального канала, полости рта;

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидиям (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumonia*), микоплазме (*Mycoplasma pneumonia*), боррелиям (*Borrelia burgdorferi*); парвовирусу (*Parvovirus B19*);

исследование уровня 25(ОН) витамина D в сыворотке крови;

исследование уровня паратгормона в сыворотке крови;

эхокардиографическое исследование;

УЗИ ОБП;

ЭФГДС;

сцинтиграфия скелета по медицинским показаниям или при невозможности выполнения МРТ исследования.

13. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям:

врача-офтальмолога – при развитии увеита;

врача-травматолога-ортопеда – для принятия решения о необходимости эндопротезирования;

врача-реабилитолога – для разработки программы реабилитации;

врача-акушера-гинеколога – перед проведением терапии генно-инженерными биологическими препаратами; совместное наблюдение в период беременности.

14. Для постановки диагноза ПсА применяются критерии ПсА CASPAR, 2006 г. согласно приложению 3:

14.1. при постановке диагноза ПсА учитывают основные факторы:

наличие у пациента признаков артрита при клиническом обследовании, используя валидизированный опросник PEST (*Psoriasis Epidemiology Screening Tool*) согласно приложению 4;

наличие признаков спондилита;

наличие кожных проявлений псориаза;

отсутствие других заболеваний, которые могут проявляться воспалением суставов;

наличие не менее 3 признаков из 5 возможных категорий, характерных для ПсА;

14.2. основное значение имеет оценка внешнего вида сустава (характерны деформация, деформация), наличие/отсутствие признаков воспаления, оценка состояния периартикулярных тканей, мышц и объем активных и пассивных движений. При осмотре учитывают: поражение ногтевой пластины (онихолизис, симптом «наперстка», поперечная исчерченность); поражение кожи (псориатические кожные бляшки, атипичная их локализация); симптомы поражения глаз (конъюнктивит, увеит);

14.3. диагноз спондилита при ПсА устанавливается на основании наличия двух из четырех представленных ниже признаков:

наличие воспалительной боли в спине (далее – ВБС) по критериям ASAS (*Assessment of SpondyloArthritis International Society*, 2009) у пациента с хронической болью длительностью более 3 месяцев должны присутствовать 4 из 5 нижеследующих признаков – начало в возрасте до 40 лет; постепенное начало; улучшение после физических упражнений; отсутствие улучшения после отдыха; ночная боль (с улучшением после пробуждения), а также перемежающиеся боли в ягодицах;

ограничение подвижности в шейном, грудном или поясничном отделах позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях;

признаки двустороннего сакроилиита 2 стадии и выше или одностороннего 3 стадии и выше (по Kellgren) на обзорной рентгенограмме таза, синдесмофиты в позвоночнике;

выявление МРТ-активного сакроилиита (остеит/отек костной ткани в области крестцово-подвздошных сочленений в режиме STIR или T1 с подавлением жира);

14.4. до применения классификационных критериев необходимо исключить другие заболевания и состояния, провести дифференциально-диагностический поиск.

15. Дифференциальный диагноз:

15.1. при ПсА с поражением суставов кистей и стоп проводится дифференциальный диагноз с ревматоидным артритом, подагрическим артритом, пирофосфатной артропатией, остеоартритом, системными заболеваниями соединительной ткани;

15.2. при ПсА коленных, тазобедренных суставов (при наличии синовита) – с остеоартритом, реактивным артритом, пирофосфатной артропатией, анкилозирующим спондилитом;

15.3. при ПсА с поражением суставов позвоночника – с анкилозирующим спондилитом, дегенеративным поражением позвоночника, ревматической полимиалгией, фибромиалгией; системным остеопорозом.

Наличие ПсА не исключает развитие на его фоне другого ревматического заболевания – подагры, реактивного артрита, остеоартрита, системных заболеваний соединительной ткани.

ГЛАВА 3 ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПсА

16. Целью лечения пациентов с ПсА является достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии или (альтернативная цель), как минимум, стойко низкой активности болезни, оцениваемой по критериям, изложенным в приложении 1, либо оцениваемой по индексу DAS 28 ($2,6 < \text{DAS 28} < 3,2$) согласно приложению 2.

Лечение ПсА проводится на протяжении всей жизни пациента, основу его составляет медикаментозная противовоспалительная терапия.

Основной принцип лечения ПсА – лечение до достижения цели, включающее раннее назначение препаратов базисной терапии, мониторинг клинического состояния пациента и лабораторно-инструментального контроля над состоянием пациента (каждые 3 месяца до достижения ремиссии, каждые 6 месяцев после достижения ремиссии), изменение схемы лечения при отсутствии достаточного ответа на терапию до достижения цели лечения, после чего осуществляется медицинское наблюдение.

Медицинские показания к лечению пациентов с ПсА в стационарных условиях (в ревматологических отделениях; на ревматологических койках в составе других терапевтических отделений больничных организаций): установление диагноза в сложных диагностических случаях; невозможность проведения адекватного обследования пациента в амбулаторно-поликлинических условиях вследствие НФС (ФК II и выше) или тяжелого соматического состояния пациента; наличие у пациента высокой активности заболевания; отсутствия эффекта от проводимой терапии на амбулаторном этапе; развитие осложнений, проведение коррекции которых невозможно в амбулаторных условиях.

Медицинские показания к лечению пациентов с ПсА в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания: ПсА с минимальной или умеренной воспалительной активностью со слабым или умеренным болевым синдромом.

17. Стандартные БПВП назначаются всем пациентам с установленным диагнозом ПсА длительно; их эффективность оценивается через 3 месяца непрерывного применения по достижению (недостижению) клинико-лабораторной ремиссии или низкой активности заболевания, рассчитанными в соответствии с критериями, изложенными в приложении 1 либо по индексу DAS 28 ($2,6 < \text{DAS 28} < 3,2$) согласно приложению 2:

17.1. противоопухолевые средства и антиметаболиты: метотрексат (препарат «первой линии») назначается всем пациентам с диагнозом ПсА (при отсутствии медицинских противопоказаний):

пациентам с низкой и умеренной степенями активности, рассчитанными в соответствии с критериями, изложенными и оцениваемыми согласно приложению 1, либо по индексу DAS 28 ($2,6 < \text{DAS 28} < 5,1$) в соответствии с приложением 2, назначается:

метотрексат, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг; 5 мг; 10 мг; внутрь, 17,5–25 мг 1 раз в неделю; первоначальная доза метотрексата для приема внутрь составляет 7,5 мг

в неделю с постепенным ее повышением на 2,5 мг 1 раз в 1–2 недели до достижения целевой дозы – 17,5–25 мг 1 раз в неделю длительно;

при недостаточной эффективности или плохой переносимости таблетированной формы метотрексата, а также в дебюте лечения ПсА пациентам с высокой активностью заболевания, оцениваемой согласно приложению 1, либо по индексу DAS 28 ($\text{DAS } 28 > 5,1$) согласно приложению 2, и прогностически неблагоприятным течением болезни назначают раствор для инъекций в преднаполненных шприцах – 10 мг/мл (1 мг/1 мл, 10 мг/1,0 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл, 25 мг/2,5 мл) или раствор для подкожного введения 50 мг/мл в шприце (7,5 мг/0,15 мл, 10 мг/0,2 мл, 12,5 мг/0,25 мл, 15 мг/0,3 мл, 17,5 мг/0,35 мл, 20 мг/0,4 мл, 22,5 мг/0,45 мл, 25 мг/0,5 мл) 15–25 мг 1 раз в неделю подкожно.

Исходная доза составляет 7,5–10 мг 1 раз в неделю подкожно с постепенным повышением дозы на 2,5–5 мг 1 раз в неделю до достижения целевой дозы 15–25 мг 1 раз в неделю подкожно длительно.

При применении метотрексата назначают фолиевую кислоту вне дней его приема (не ранее 24 часов от момента последнего приема) в дозе 1–3 мг/сутки, не менее 5 мг в неделю;

17.2. при наличии медицинских противопоказаний для назначения метотрексата; неэффективности/непереносимости метотрексата; при планировании беременности; во время беременности и кормления грудью, при низкой (умеренной) активности заболевания, рассчитанной в соответствии к критериями, изложенными в приложении 1, либо по индексу DAS 28 ($2,6 < \text{DAS } 28 < 3,2$) согласно приложению 2, и при наличии очагов хронической инфекции назначается противомикробное и противовоспалительное кишечное средство сульфасалазин:

сульфасалазин, таблетки 500 мг, покрытые оболочкой, внутрь; целевая суточная доза 2000–3000 мг/сутки, разделенная на два приема, длительно. Стартовая доза составляет 500 мг раз в сутки с постепенным повышением дозы на 500 мг 1 раз в неделю под контролем ОАК (лейкоциты, эритроциты, гемоглобин), БАК (АЛТ, АСТ), ОАМ до достижения 2000 мг/сутки. Увеличение дозы до 3000 мг/сутки осуществляется при недостаточной эффективности сульфасалазина при оценке лечения через 3 месяца;

17.3. пациентам с ПсА с умеренной и высокой активностью заболевания, рассчитанной в соответствии к критериями, изложенными в приложении 1, либо по индексу DAS 28 ($3,2 < \text{DAS } 28 < 5,1$) согласно приложению 2, в случае неэффективности/непереносимости метотрексата назначается иммунодепрессивное средство лефлуномид:

лефлуномид, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг, внутрь по 20 мг/сутки длительно.

18. ГИБП назначаются при неэффективности или непереносимости стандартных БПВП по решению врачебного консилиума:

18.1. моноклональные антитела к фактору некроза опухолей альфа:

инфликсимаб, порошок лиофилизированный (лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения) 100 мг, внутривенно капельно в дозе 3–5 мг/кг массы тела по схеме: 0, 2; 6; 8 недели, далее – 1 раз в 8 недель длительно;

адалимумаб, раствор для инъекций (раствор для подкожного введения), 40 мг/0,4 мл или 40 мг/0,8 мл в преднаполненных шприцах, подкожно 1 раз в 2 недели длительно;

18.2. моноклональные антитела, связывающее интерлейкин-17А:

моноклональные антитела, в терапевтических концентрациях специфически связывающие интерлейкин-17А (ИЛ-17А) – нетакимаб, раствор для подкожного введения 60 мг/мл: шприцы или автоинжекторы 2 шт. в комплекте, подкожно 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2 – схема индукции, затем поддерживающая схема: 1 раз в 2 недели, начиная с недели 4 по неделю 10 включительно, далее с 14 недели вводить 1 раз в 4 недели;

рекомбинантное моноклональное полностью человеческое антитело, связывающее интерлейкин-17А (ИЛ-17А) – секукинумаб, лиофилизат для приготовления раствора

для подкожного введения, содержит 150 мг препарата для восстановления стерильной водой для инъекций; 150 мг в виде подкожной инъекции в качестве начальной дозы на 0, 1, 2, 3 неделе с последующим ежемесячным введением в качестве поддерживающей дозы, начиная с 4 недели. В зависимости от клинического ответа доза препарата может увеличиваться до 300 мг;

18.3. моноклональные антитела, связывающее интерлейкин-17А (нетакимаб, секукинумаб) – препараты первой линии среди ГИБП при доминировании клинических проявлений спондилита. Они назначаются при неэффективности НПВП;

18.4. ГИБП применяются в комбинации со стандартным БПВП (при наличии артрита); предпочтительно с метотрексатом и в виде монотерапии при наличии спондилита.

При недостаточной эффективности «первого» ГИБП (отсутствие ремиссии через 6 месяцев терапии) или снижении его эффективности при применении, назначается другой ГИБП (другой ингибитор ФНО-α или ГИБП с другим механизмом действия (моноклональные антитела, связывающие ИЛ-17А).

19. Пациентам с ПсА с умеренной и высокой активностью заболевания, рассчитанной в соответствии к критериями, изложенными в приложении 1, либо по индексу DAS 28 ($3,2 < \text{DAS } 28 < 5,1$) согласно приложению 2, в случае неэффективности/непереносимости или недостаточным ответом предшествующей терапии БПВП, ГИБП; и (или) активном дактилите и (или) энтезите по решению врачебного консилиума назначаются ИЯК – тофацитиниб:

тофацитиниб, таблетки 5 мг с модифицированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой; 5 мг 2 раза в день, длительно.

20. Глюкокортикоиды назначаются пациентам с ПсА на период до развития эффекта стандартных БПВП при наличии генерализованного артрита, выраженной функциональной недостаточности суставов, наличии системных проявлений или неблагоприятных факторов прогноза, высокой активности болезни, оцениваемой согласно приложению 1, либо по индексу DAS 28 согласно приложению 2:

20.1. доза, режим дозирования, длительность применения, снижение дозы определяется с учетом активности ПсА, стадии заболевания, коморбидных заболеваний и состояний, наличия системных проявлений ПсА:

метилпреднизолон, таблетки, 4 мг; 8 мг; 16 мг, 32 мг внутрь, 4–16 мг в сутки – в 1–2 приема в первой половине дня – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед;

или преднизолон 5 мг, таблетки; внутрь, 5–20 мг в сутки в 1–2 приема в первой половине дня – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед.

Глюкокортикоиды (далее – ГК) для приема внутрь – метилпреднизолон 4–8 мг в сутки или преднизолон 5–10 мг в сутки назначаются в комбинации с стандартными БПВП у пациентов с умеренной или высокой активностью заболевания на период до развития эффекта стандартных БПВП сроком до 3 месяцев с последующим снижением дозы метилпреднизолонa на 0,5–1 мг, преднизолонa – на 0,625–1,25 мг в неделю до полной отмены. При развитии обострения ПсА на фоне снижения дозы глюкокортикоидов снижение прекращают, возвращаются на дозу, предшествующую обострению, добавив к ней метилпреднизолон 4 мг (преднизолон 5 мг) с осуществлением коррекции базисной терапии или ее дозы. Возобновляют снижение глюкокортикоидов только после достижения клинико-лабораторной ремиссии, рассчитанной в соответствии к критериями, изложенными в приложении 1, либо по индексу DAS 28 согласно приложению 2 на фоне скорректированной схемы БПВП. Решение вопроса о прекращении системного приема ГК принимается врачом-ревматологом или при его отсутствии врачом-терапевтом.

При приеме ГК более 3 месяцев, метилпреднизолонa в дозе более 4 мг/сутки, преднизолонa 5 мг/сутки назначается диетотерапия, богатая кальцием (1000 мг для мужчин в возрасте 50–70 лет и 1200 мг для женщин старше 50 лет и мужчин старше 70 лет в сутки), прием витамина D (800–1000 МЕ в сутки) у лиц старше 50 лет с поддержанием уровня витамина 25(OH) D в сыворотке крови в диапазоне 30–50 нг/мл;

20.2. при высокой активности ПсА, оцениваемой согласно приложению 1, либо по индексу DAS 28 согласно приложению 2, при системных проявлениях заболевания в больничных организациях и в отделениях дневного пребывания в амбулаторно-поликлинических организациях назначается:

метилпреднизолон, лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 125 мг; 250 мг; 500 мг; 1000 мг; внутривенно капельно в течение 3–5 дней по 250–1000 мг в сутки;

20.3. при наличии синовита не чаще 2–3 раз в год в 1 сустав; или при наличии энтезита периартикулярно в область энтезисов; или внутримышечно при наличии медицинских противопоказаний для внутрисуставного введения или плохой переносимости ГК для приема внутрь не чаще 1 раза в 3 недели назначаются:

бетаметазон, (бетаметазона дипропионат/бетаметазона натрия фосфат), суспензия для инъекций (5 мг + 2 мг)/1 мл; внутрисуставно в большие суставы 1–2 мл; в средние – 0,5–1 мл; в малые – 0,25–0,5 мл; периартикулярно в область энтезисов или по ходу сухожилий сгибателей пальцев кистей и стоп при дактилите – 0,5–1 мл; внутримышечно по 1–2 мл 1 раз в 3 недели;

или метилпреднизолон, суспензия 40 мг/1 мл, 1 мл внутрисуставно – в большие суставы 1–2 мл; в средние – 0,5–1 мл; в малые – 0,25–0,5 мл; периартикулярно в область энтезисов или по ходу сухожилий сгибателей пальцев кистей и стоп при дактилите – 0,5–1 мл; внутримышечно 1–2 мл.

21. Нестероидные противовоспалительные препараты (далее – НПВП):

21.1. НПВП для приема внутрь назначаются при низкой степени активности, рассчитанной в соответствии к критериями, изложенными в приложении 1, умеренном и выраженном болевом синдроме (боль по ВАШ > 45 мм); при неэффективности применения форм для наружного применения в минимально эффективных дозах с противовоспалительной и анальгетической целью с учетом коморбидных заболеваний и состояний сроком на 7–14 дней (возможен более длительный прием при сохранении болевого синдрома и воспалительного процесса); у пациентов с активным течением заболевания монотерапия НПВП не должна продолжаться более 3 месяцев:

ацеклофенак, таблетки, покрытые оболочкой, 100 мг или капсулы, 100 мг; или порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 100 мг в пакетиках, внутрь; по 100 мг 1–2 раза в сутки;

или диклофенак, таблетки, покрытые оболочкой (покрытые кишечнорастворимой оболочкой), 25 мг; 50 мг; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой (таблетки замедленного высвобождения, таблетки ретард, покрытые оболочкой), 100 мг; внутрь, по 25–50 мг 3 раза в сутки или по 100 мг (таблетки ретард) 1 раз в сутки;

или мелоксикам, таблетки 7,5 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 15 мг, внутрь, по 7,5–15 мг 1 раз в сутки;

или нимесулид, таблетки 100 мг или порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь, 100 мг в пакетах внутрь по 100 мг 1–2 раза в сутки;

или целекоксиб, капсулы 100 мг; 200 мг, внутрь по 100–200 мг 2 раза в сутки;

или эторикоксиб, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг, внутрь, по 400 мг 2 раза в сутки;

или напроксен, таблетки покрытые оболочкой, 550 мг или капсулы 100 мг; 200 мг, внутрь 550–1100 мг 2 раза в сутки;

или эторикоксиб, таблетки, покрытые оболочкой 60 мг; 90 мг, внутрь по 60–90 мг 1 раз в сутки;

или ибупрофен, таблетки покрытые оболочкой 200 мг; 400 мг или капсулы 200 мг; 400 мг, внутрь 200–400 мг 2–3 раза в сутки;

или индометацин, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (капсулы), 25 мг или таблетки (капсулы) пролонгированного действия 75 мг, внутрь по 25–50 мг 3 раза в сутки или по 75–150 мг пролонгированного действия 1 раз в сутки;

или лорноксикам, таблетки покрытые оболочкой, 8 мг; внутрь, по 8 мг 1 раз в сутки;

или кетопрофен, капсулы 25 мг; 50 мг; внутрь по 50 мг 3 раза в сутки; таблетки покрытые оболочкой форте 100 мг; внутрь 1 раз в сутки; капсулы с медленным высвобождением, 150 мг; внутрь, 1 раз в сутки;

21.2. НПВП для парентерального применения – пациентам с выраженным болевым синдромом (боль по ВАШ > 75 мм) сроком на 3–5 суток:

диклофенак, раствор для внутримышечного введения (раствор для инъекций), 25 мг/мл; 3 мл; 75 мг 1 раз в сутки;

или мелоксикам, раствор для внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 1,5 мл; внутримышечно, 1 раз в сутки;

или теноксикам, порошок лиофилизированный для приготовления раствора; порошок для приготовления раствора; для внутривенного и внутримышечного введения 10 мг/мл; 20 мг, внутримышечно, 1 раз в сутки;

или лорноксикам, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения, 8 мг; внутримышечно, 1 раз в сутки;

или кетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций)/концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг/мл, 2 мл, внутримышечно, 1–2 раза в сутки;

или дескетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для внутримышечного введения, для инъекций)/концентрат для приготовления раствора для инфузий 25 мг/мл 2 мл, внутримышечно или внутривенно 2–3 раза в сутки (не более двух суток);

или кеторолак, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для внутримышечного введения) 30 мг/мл 1 мл, внутримышечно или внутривенно 30–90 мг/сутки (не более 90 мг/сутки), разделив на 2–3 введения, не более двух суток;

21.3. НПВП для наружного применения назначаются пациентам со слабым болевым синдромом по ВАШ или в комплексном лечении болевого синдрома у пациентов со значительным числом коморбидных заболеваний и состояний, ограничивающих применение НПВП внутрь или парентерально, на срок не более 14 суток с последующим перерывом на несколько дней:

ацеклофенак, крем для наружного применения 1,5 мг/г: наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза в сутки;

или диклофенак, крем для наружного применения 1 мг/г: наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза в сутки;

или ибупрофен, мазь, для наружного применения 50 мг/г наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза в сутки;

или нимесулид, гель для наружного применения 10 мг/г наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза в сутки;

или кетопрофен гель 25 мг/г, наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 1–3 раза в сутки.

22. Пациентам с факторами риска желудочно-кишечных осложнений назначается ингибитор H^+ – K^+ – АТФ-азы:

омепразол, капсулы кишечнорастворимые, 20 мг; капсулы 10 мг; внутрь, по 20 мг в сутки;

или рабепразол, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг, внутрь, по 20 мг 1 раз в сутки;

или лансопразол, капсулы кишечнорастворимые, 15 мг; капсулы 30 мг внутрь по 15–30 мг в сутки в 1 прием;

или пантопразол, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 40 мг, внутрь, по 20 мг 1 раз в сутки;

или эзомепразол, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг или капсулы кишечнорастворимые, 20 мг; 40 мг, внутрь по 40 мг 1 раз в сутки.

23. Оценка эффективности лечения:

23.1. в амбулаторно-поликлинических организациях оценка эффективности лечения проводится врачом-ревматологом по направлению врача-терапевта (врача общей практики) 1 раз в 3 месяца на основании динамики индекса DAS 28 в соответствии с приложением 2. Эффективным считается лечение, если через 3 месяца от момента начала приема стандартных БПВП (смены терапии), ГИБП, ИЯК индекс DAS 28 достиг

показателей низкой активности заболевания ($2,6 < \text{DAS } 28 < 3,2$) или ремиссии ($\text{DAS } 28 < 2,6$);

23.2. в стационарных условиях эффективным считается лечение, если показатель боли по ВАШ, оцениваемой согласно приложению 2, после завершения курса стационарного лечения снизился на 50 % и более от исходного уровня и (или) уровень СРБ снизился на 50 % и более от исходного уровня.

ГЛАВА 4

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

24. Немедикаментозные методы лечения ПсА:

24.1. лечебная физкультура (далее – ЛФК) назначается пациенту в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях. Направление на ЛФК осуществляет врач-ревматолог или врач-терапевт (врач общей практики);

24.2. физиотерапевтическое лечение осуществляется в амбулаторных и стационарных условиях по направлению врача-ревматолога или врача-терапевта (врача общей практики) после консультации врача-физиотерапевта при отсутствии медицинских противопоказаний и включает: электро-, бальнеолечение, ультразвуковое лечение (фонофорез с гидрокортизоном), лазеротерапию, переменное магнитное поле, тепловые процедуры (парафин, грязевые аппликации, термальные методы) после разрешения синовита, криотерапию и другие физиотерапевтические методы. Продолжительность курса физиотерапевтического лечения определяет врач-физиотерапевт;

24.3. при проведении медицинской реабилитации пациенту заполняется (составляется) индивидуальная программа медицинской реабилитации, абилитации пациента по форме, установленной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2021 г. № 77 «О вопросах проведения медико-социальной экспертизы», или план медицинской реабилитации, медицинской абилитации пациента.

25. Возможные исходы заболевания:

быстрое прогрессирование с инвалидизацией пациента;

медленное прогрессирование с длительным сохранением трудоспособности;

достижение стойкой ремиссии (медикаментозной, немедикаментозной) с сохранением трудоспособности;

смерть пациента вследствие развития осложнений.

26. Медицинская профилактика ПсА (вторичная) включает:

медикаментозную терапию (БПВП, ГИБП, ИЯК);

прекращение курения;

поддержание нормальной массы тела;

санацию хронических очагов инфекции.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПсА

27. Медицинское наблюдение пациентов с ПсА в амбулаторно-поликлинических организациях осуществляется врачом-терапевтом (врачом общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога на следующих этапах:

на этапе подбора дозы стандартных БПВП;

до достижения ремиссии или низкой активности заболевания, оцениваемой по индексу DAS 28 ($2,6 < \text{DAS } 28 < 3,2$) согласно приложению 2;

при достижении клинико-лабораторной ремиссии или низкой активности ПсА, оцениваемой по индексу DAS 28 согласно приложению 2;

дополнительно независимо от активности заболевания, достижения/недостижения ремиссии.

28. На этапе подбора дозы стандартных БПВП (метотрексат, сульфасалазин, лефлуномид) мониторинг уровня лабораторных показателей осуществляется с частотой, изложенной в пункте 10 настоящего клинического протокола.

29. До достижения ремиссии или низкой активности заболевания, оцениваемой по индексу DAS 28 согласно приложению 2, частота проведения обследований врачом-терапевтом (врачом общей практики) составляет 1 раз в 3 месяца и включает:

клинический осмотр пациента;

ОАК с исследованием СОЭ;

БАК с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ;

ОАМ;

консультацию врача-ревматолога с оценкой состояния костно-суставной системы и определением активности заболевания по DAS 28, индекса боли по ВАШ согласно приложению 2.

30. При достижении клинико-лабораторной ремиссии или низкой активности ПсА, оцениваемой по индексу DAS 28 согласно приложению 2, частота проведения обследований врачом-терапевтом (врачом общей практики) составляет 1 раз в 6 месяцев и включает:

клинический осмотр пациента с оценкой состояния костно-суставной системы и указания индекса боли по ВАШ согласно приложению 2;

ОАК с исследованием СОЭ;

БАК с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ;

ОАМ;

консультацию врача-ревматолога с оценкой состояния костно-суставной системы и определением активности заболевания согласно приложению 1 и по критериям DAS 28, индекса боли по ВАШ согласно приложению 2.

31. Дополнительно 1 раз в 12 месяцев независимо от активности заболевания, достижения/недостижения ремиссии выполняются:

БАК с исследованием уровней холестерина, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, коэффициента атерогенности, мочевой кислоты;

диаскинтест при применении ГИБП; ИЯК;

рентгенография пораженных суставов, крестцово-подвздошных сочленений, пораженных отделов позвоночника (при прогрессировании процесса);

РОГП;

ЭКГ;

ДРА (при наличии остеопении или остеопороза);

консультация врача-дерматовенеролога.

Приложение 1

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с псориатическим артритом»

Степени клинической активности

№ п/п	Клинические категории	Низкая	Умеренная	Высокая
1	Периферический артрит	ЧБС* или ЧПС** < 5 Отсутствуют рентгенологические деструкции и функциональные нарушения. Минимальные нарушения качества жизни	> 5 ЧБС или ЧПС. Единичные рентгенологические деструкции, умеренные функциональные нарушения. Умеренное нарушение качества жизни	> 5 ЧБС или ЧПС. Распространенные рентгенологические деструкции и выраженные функциональные нарушения. Выраженное нарушение качества жизни. Отсутствие ответа на стандартную терапию

2	Псориаз оценивается дерматологом	BSA*** < 5, PASI**** < 5, отсутствие симптомов, DIQL***** < 10	Отсутствие ответа на наружную терапию DIQL < 10, PASI < 10, BSA < 10	BSA > 10, DIQL > 10, PASI > 10
3	Поражение позвоночника	Слабая боль в позвоночнике. Отсутствуют функциональные нарушения	Выраженная боль в позвоночнике BASDAI***** > 4, функциональные нарушения	Выраженная боль в позвоночнике BASDAI > 4. Отсутствие ответа на стандартную терапию
4	Энтезит	Вовлечены 1–2 точки энтезов. Нет ухудшения функции	Вовлечены > 2 точек энтезов или ухудшение функции	Вовлечены > 2 точек энтезов или ухудшение функции и отсутствие ответа на стандартную терапию
5	Дактилит	Незначительная боль или отсутствие боли. Нормальная функция	Эрозии суставов или ухудшение функции	Эрозии суставов, отсутствие ответа на стандартную терапию

* ЧБС – число болезненных суставов.

** ЧПС – число припухших суставов.

*** BSA (Body Surface Area) – площадь поверхности тела.

**** PASI (Psoriasis Area and Severity Index) – индекс площади и тяжести псориазных поражений.

***** DIQL (Dermatology Life Quality Index) – дерматологический индекс качества жизни.

***** BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) – индекс активности анкилозирующего спондилита.

Приложение 2

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с псориазическим артритом»

Индексы оценки активности заболевания и эффективности его терапии

1. Для оценки активности псориазического артрита пациентом и врачом, а также выраженности боли используется визуальная аналоговая шкала (далее – ВАШ, мм). Шкала предназначена для измерения интенсивности боли. Она представляет собой непрерывную шкалу в виде горизонтальной или вертикальной линии длиной 10 см (100 мм) и расположенными на ней двумя крайними точками: «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить».

Пациенту предлагают разместить линию, перпендикулярно пересекающую ВАШ в той точке, которая соответствует его интенсивности боли. С помощью линейки измеряется расстояние (мм) между крайними точками «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить», обеспечивая диапазон оценок от 0 до 100.

На основании распределения баллов применяют классификацию: нет боли (0–4 мм), слабая боль (5–44 мм), умеренная боль (45–74 мм), сильная боль (75–100 мм).

2. Активность PsA (оценивается по индексу Diseases Activity Index 28; далее – DAS 28):

DAS 28 вычисляется по формуле

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

где ЧПС – число припухших суставов; оценивается из следующих 28 суставов: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные, которые поражаются при РА в первую очередь и хорошо доступны для объективного исследования;

ЧБС – число болезненных суставов;

COЭ – скорость оседания эритроцитов (определяется по методу Вестергрена);

ООСЗ – общая оценка пациентом состояния здоровья в миллиметрах по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ). 0 мм трактуется как «максимально хорошее состояние здоровья», 100 мм – как «самое плохое состояние, которое только можно представить». Пациенту предлагают разместить линию, перпендикулярно пересекающую ВАШ в той точке, которая соответствует его состоянию на текущий момент. С помощью линейки измеряется расстояние (мм) между точками – «максимально хорошее состояние здоровья» и «самое плохое состояние, которое только можно представить».

Для расчета DAS 28 оценивают следующие суставы: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, межфаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные.

Степень активности определяется с учетом уровня DAS 28:

0 – ремиссия ($DAS\ 28 < 2,6$);

1 – низкая ($2,6 \leq DAS\ 28 < 3,2$);

2 – умеренная ($3,2 \leq DAS\ 28 \leq 5,1$);

3 – высокая ($DAS\ 28 > 5,1$).

3. EULAR критерии ответа на терапию:

нет ответа – уменьшение DAS по сравнению с исходным на $\leq 0,6$;
удовлетворительный ответ – изменение DAS между 0,6–1,2; хороший ответ – уменьшение DAS на $> 1,2$.

4. Для оценки дактилита и эффективности терапии вычисляют индекс LDI (Leeds Dactylitis Index) или определяют изменение числа пальцев с дактилитом в процессе наблюдения.

5. Для оценки энтезита при ПсА разработан индекс энтезита LEI (Leeds Enthesitis Index), с помощью которого определяется болезненность при пальпации следующих точек: место прикрепления ахиллова сухожилия, латеральный надмыщелок плечевой кости, медиальный мыщелок бедренной кости. При пальпации указанных областей определяют наличие или отсутствие болезненности: «да» – 1 балл или «нет» – 0 баллов. Максимальный счет для индекса LEI – 6 баллов. Дополнительно к LEI оценивается место прикрепления подошвенной фасции к пяточной кости с двух сторон. В этом случае максимальный счет энтезита – 8 баллов.

6. Оценку активности ПсА с поражением позвоночника (спондилит) и влияния терапии на спондилит оценивают по индексам ASDAS – ASDAS_{СРБ} (ASDAS_{СОЭ}) или с применением индекса активности анкилозирующего спондилита BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index):

6.1. активность ПсА по индексу ASDAS – ASDAS_{СОЭ} или ASDAS_{СРБ}:

низкая ($ASDAS < 1,3$);

умеренная ($ASDAS\ 1,3\text{--}2,1$);

высокая ($ASDAS\ 2,1\text{--}3,5$);

очень высокая ($ASDAS > 3,5$).

Индекс ASDAS рассчитывается по формулам:

ASDAS_{СОЭ}

$$0,11 \times \text{Общая оценка активности заболевания пациентом} + 0,29 \times \sqrt{\text{СОЭ}} + 0,09 \times \text{Боль/припухлость периферических суставов} + 0,07 \times \text{Продолжительность утренней скованности} + 0,08 \times \text{Боль в спине}$$

ASDAS_{СРБ}

$$0,1 \times \text{Боль в спине} + 0,11 \times \text{Общая оценка активности заболевания пациентом} + 0,07 \times \text{Боль/припухлость периферических суставов} + 0,06 \times \text{Продолжительность утренней скованности} + 0,58 \times \text{Ln(СРБ+1)}$$

СОЭ измеряется в мм/час по Вестергрену. СРБ определяется высокочувствительным методом (вЧСРБ) в мг/л. Если значение вЧСРБ ниже границы определения или < 2 мг/л ($< 0,2$ мг/дл), при расчете необходимо использовать фиксированное значение 2 мг/л (0,2 мг/дл).

Остальные параметры оцениваются по числовой рейтинговой шкале (далее – ЧРШ) от 0 до 10.

ЧРШ – цифровая версия визуальной аналоговой шкалы. Представляет собой горизонтальную линию длиной 10 см с расположенными на ней цифрами от 0 до 10, где 0 – «отсутствие боли», 5 – «умеренная боль», 10 – «сильнейшая боль, какую можно только представить». Применяется в устной или графической форме.

Оценивается состояние и самочувствие на протяжении прошедшей недели. В соответствии с ЧРШ:

«боль в спине» определяется при ответе пациента на вопрос – «Как бы Вы в целом охарактеризовали выраженность боли в шее, спине или тазобедренных суставах?» (0 – не было; 10 – очень сильная);

«боль, припухлость периферических суставов» определяется при ответе пациента на вопрос «Как бы Вы в целом охарактеризовали выраженность испытываемой боли в суставах (кроме шеи, спины, тазобедренных суставов) или их припухлости?» (0 – не было; 10 – очень сильная);

«продолжительность утренней скованности» определяется при ответе пациента на вопрос «Как долго продолжается утренняя скованность с момента Вашего пробуждения?» (0–3 – до 1 часа, 4–9 – до 2 часов, 10 – 2 часа и более);

«общая оценка пациентом активности заболевания» определяется при ответе пациента на вопрос «Насколько высока была активность Вашего заболевания (НдСпА) на протяжении последней недели?» (0 – не было; 10 – очень высокая);

6.2. индекс активности анкилозирующего спондилита BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) представляет собой самоопросник из 6 вопросов, для ответа используется числовая рейтинговая шкала от 0 («очень хорошо») до 10 («очень плохо»).

Необходимо в соответствующей клетке обвести соответствующую цифру:

как бы Вы расценили уровень общей слабости (устоляемости) за последнюю неделю?

Не было					Очень выраженная					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

как бы Вы расценили уровень боли в шее, спине или тазобедренных суставах за последнюю неделю?

Не было					Очень выраженная					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

Не было					Очень выраженная					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

Не было					Очень выраженная					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

как бы Вы расценили степень выраженности утренней скованности, возникающей после просыпания (за последнюю неделю)?

Не было					Очень выраженная					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

как долго длится утренняя скованность, возникающая после просыпания (за последнюю неделю)?

Не было					2 часа и больше					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Расчет индекса BASDAI: рассчитывается сумма значений для вопросов 1–4 и прибавляется среднее значение для вопросов 5 и 6. Полученный результат делится на 5.

Оценка полученных значений:

< 4 без нарушения функции соответствует низкой активности псориатического спондилита;

> 4 без нарушения функции и BASDAI < 4 в сочетании с нарушением функции соответствует умеренной активности;

> 4 в сочетании с нарушением функции соответствует высокой активности.

Уменьшение индекса на 50 % свидетельствует о наличии ответа на терапию.

Приложение 3

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с псориатическим артритом»

Критерии псориатического артрита* (CASPAR, 2006 год)

№ п/п	Категории	Баллы
1	Псориаз:	
1.1	псориаз в момент осмотра	2
1.2	псориаз в анамнезе	1
1.3	семейный анамнез псориаза	1
2	Псориатическая дистрофия ногтей: точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз	1
3	Отрицательный РФ (кроме латекс теста)	1
4	Дактилит:	
4.1	припухлость всего пальца в момент осмотра	1
4.2	дактилит в анамнезе	1
5	Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп	1

* Пациенты должны иметь признаки воспалительного заболевания суставов (артрит, спондилит, энтезит) и 3 и более баллов из указанных 5 категорий.

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с псориатическим артритом»

Валидизированный опросник PEST*

№ п/п	Вопросы	«Да»	«Нет»
1	У Вас когда-нибудь наблюдалась припухлость сустава (суставов)?	1 балл	0 баллов
2	Ваш доктор когда-нибудь говорил о том, что у Вас есть артрит?	1 балл	0 баллов
3	У Вас есть точечные вдавления или ямки на ногтях рук и ног?	1 балл	0 баллов
4	Вы когда-либо испытывали боль в области пяток?	1 балл	0 баллов
5	У Вас когда-нибудь наблюдалась боль или припухлость всего пальца без видимых причин?	1 балл	0 баллов

* Оценка каждого утвердительного ответа – 1 балл. Общая оценка 3 и более балла указывает на вероятный псориатический артрит.