

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) со спондилоартритом, ассоциированным с воспалительным заболеванием кишечника»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) со спондилоартритом, ассоциированным с воспалительным заболеванием кишечника (далее – энтеропатический СпА) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – М07 Псориатические и энтеропатические артропатии: М07.4 Артропатия при болезни Крона (регионарном энтерите) (K50.-+); М07.5 Артропатия при язвенном колите (K51.-+); М07.6 Другие энтеропатические артропатии).

2. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

энтеропатический СпА – хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся поражением суставов, позвоночника и энтезисов, ассоциированное с болезнью Крона (далее – БК) или с язвенным колитом (далее – ЖК).

3. Направление пациентов с энтеропатическим СпА 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. Для лечения энтеропатического СпА применяются базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

5. ЛП и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛП и МИ.

6. Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листом-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 ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО СпА

7. Энтеропатический СпА классифицируется по клиническим формам, вариантам течения, активности, рентгенологическим проявлениям, степени нарушения функции суставов, осложнениям:

7.1. по клиническим формам:
аксиальная (осевая);

периферическая:

1-го типа – непродолжительный по времени (несколько недель) самолимитирующийся олигоартрит крупных суставов без структурных изменений, коррелирует с активностью воспалительного заболевания кишечника (далее – ВЗК);

2-го типа – характерен хронический длительный симметричный полиартрит с поражением мелких суставов кистей и стоп, не коррелирует с активностью ВЗК;

7.2. по вариантам поражения костно-суставной системы при ВЗК:

ассоциированные с активностью воспалительного процесса в кишечнике, аутоиммунные по природе, появляются вместе с основными кишечными симптомами обострения и исчезают вместе с ними на фоне лечения;

не ассоциированные с активностью процесса, имеют тенденцию к прогрессированию независимо от фазы основного заболевания (обострение или ремиссия);

поражения костно-суставной системы, обусловленные длительным воспалением в кишечнике и метаболическими нарушениями;

7.3. по активности заболевания, оцениваемой по индексу ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score – счет индекса активности анкилозирующего спондилита, далее – АС) – ASDAS_{СРБ} (предпочтительнее) или ASDAS_{СОЭ}, в соответствии с приложением 1:

низкая (ASDAS < 1,3);

умеренная (ASDAS 1,3–2,1);

высокая (ASDAS 2,1–3,5);

очень высокая (ASDAS > 3,5);

7.4. по стадиям:

1-я (нерентгенологическая) – достоверный сакроилиит по данным магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ): при отсутствии достоверного сакроилиита и синдесмофитоза позвоночника рентгенологически;

2-я (развернутая) – достоверный сакроилиит рентгенологически при отсутствии синдесмофитов позвоночника;

3-я (поздняя) – достоверный сакроилиит рентгенологически и четкие структурные изменения в позвоночнике в виде синдесмофитов.

Достоверный сакроилиит:

по данным МРТ – выявление в режимах с жироподавлением (STIR) не менее двух участков субхондрального отека костного мозга в области крестцово-подвздошных сочленений (далее – КПС) или по одному участку, но на двух и более последовательных МРТ-срезах;

рентгенологически – двусторонний сакроилиит II стадии и выше или односторонний III–IV стадии (по Kellgren (Келлгрэн) с примечаниями P.Bennett (П.Беннет), 1966).

Рентгенологические проявления при энтеропатическом СПА включают оценку и степень изменений со стороны КПС:

рентгенологические критерии сакроилиита 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;

7.5. по степени нарушений функции суставов (далее – НФС):

0 – нет нарушений, незначительные нарушения функции суставов, не ограничивающие способность к самостоятельному передвижению и (или) способность к самообслуживанию, и способности к трудовой деятельности 1;

1 – легкие нарушения функции суставов, 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 нарушения функции суставов, приводящие к умеренному функционального класса 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 нарушения функции суставов, приводящие к выраженному функционального класса 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 функционального класса 4 (ФК 4) ограничению жизнедеятельности (от 76 до 100 %) вследствие ограничения способности к самостоятельному передвижению ФК 4 и (или) способности к самообслуживанию ФК 4.

Ограничения жизнедеятельности и степень их выраженности оцениваются в соответствии с классификацией основных категорий жизнедеятельности и степени выраженности их ограничений согласно приложению 1 к Инструкции о порядке освидетельствования (переосвидетельствования) пациентов (инвалидов) при проведении медико-социальной экспертизы, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2021 г. № 77.

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, режиму работы;

7.6. по осложнениям:

вторичный (acquired) АА-амилоидоз;
вторичный остеоартрит;
генерализованный остеопороз;
системный атеросклероз;
остеонекроз;
нарушения проводимости и ритма;
хроническая сердечная недостаточность.

8. Постановка диагноза энтеропатического СПА осуществляется врачом-ревматологом совместно с врачом-гастроэнтерологом.

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

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;

клиническое обследование пациента для подтверждения наличия внескелетных симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ);

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;
консультации врачей-специалистов.

9. Клиническое обследование пациента включает: оценку жалоб; оценку выраженности и определение характера болевого синдрома со стороны костно-мышечного аппарата; наличия и степени выраженности симптомов со стороны ЖКТ; изучение анамнеза развития заболевания; изучение анамнеза жизни с оценкой факторов риска развития заболевания; наследственного анамнеза; объективное обследование пациента; оценку степени нарушения функции суставов.

10. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования и консультации врачей-специалистов в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с исследованием СОЭ – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением ЛП патогенетической терапии

(стандартных базисных противовоспалительных препаратов (далее – БПВП); генно-инженерных биологических препаратов (далее – ГИБП); ингибиторов янус-киназ (далее – ИЯК) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП (метотрексат, сульфасалазин) после каждого повышения дозы, 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); холестерина – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением ЛП патогенетической терапии (БПВП; ГИБП; ИЯК) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП (метотрексат, сульфасалазин) после каждого повышения дозы исследуются уровни АЛТ, АСТ, креатинина, далее – для всех БПВП – 1 раз в 3 месяца осуществляется мониторинг АЛТ, АСТ, глюкозы, креатинина, СРБ;

иммунологическое исследование крови: определение уровней ревматоидного фактора (далее – РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (далее – АЦЦП), – назначается однократно на этапе верификации диагноза;

исследование крови для выявления антигена гистосовместимости HLA-B27 – при вовлечении в процесс КПС при постановке диагноза однократно (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения) после консультации врача-ревматолога;

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

исследование сыворотки крови на наличие вируса иммунодефицита человека – перед назначением БПВП, 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 ЛП патогенетической терапии (БПВП; ГИБП, ИЯК) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП (метотрексат, сульфасалазин) после каждого повышения дозы, далее (при применении БПВП) – 1 раз в 3 месяца;

обзорная рентгенография костей таза, позвоночника, пораженных суставов (при их вовлечении в патологический процесс) – выполняется для подтверждения диагноза, установления рентгенологической стадии сакроилиита, 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 режимах T1, T2 и STIR для подтверждения диагноза, для оценки активности и выраженности патологического процесса (подтверждения наличия внутрикостного отека – остеита) после консультации врача-ревматолога;

МРТ крестцово-подвздошных сочленений в режимах T1, T2 и STIR для подтверждения диагноза, выявления активного патологического процесса (внутрикостного отека) – после консультации врача-ревматолога;

электрокардиографическое исследование (далее – ЭКГ) – 1 раз в 12 месяцев;

двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (далее – ДРА) – при наличии факторов риска остеопороза; далее (при подтверждении снижения минеральной плотности костной ткани) – 1 раз в 12 месяцев;

консультация врача-гастроэнтеролога при выявлении симптомов, указывающих на ВЗК;

консультация врача-ревматолога – при постановке диагноза.

11. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования и консультации врачей-специалистов в стационарных условиях (в ревматологических отделениях больничных организаций):

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

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

иммунологическое исследование крови: исследование уровней РФ, АЦЦП – однократно на этапе постановки диагноза (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

исследование крови для выявления антигена гистосовместимости HLA-B27 – при вовлечении в процесс КПС при постановке диагноза однократно (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения) (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

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

исследование сыворотки крови на наличие вируса иммунодефицита человека – 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 (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

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

обзорная рентгенография пораженных суставов – для подтверждения диагноза; установления рентгенологической стадии; оценки прогрессирования деструкции суставов (в случае, если с момента предшествующего исследования прошло не менее 12 месяцев);

РОГП – если с момента предшествующего исследования прошло не менее 12 месяцев;

ЭКГ;

МРТ пораженных отделов позвоночника в режиме T1, T2 и STIR для подтверждения диагноза, для оценки активности патологического процесса и его распространенности (подтверждения наличия внутрикостного отека – остеита) – если с момента предшествующего исследования прошло не менее 6 месяцев или изменилась клиническая картина заболевания;

МРТ КПС в режиме T1, T2 и STIR для подтверждения диагноза сакроилиита, для оценки активного патологического процесса (внутрикостного отека) – если с момента предшествующего исследования прошло не менее 6 месяцев или изменилась клиническая картина заболевания;

колоноскопия с биопсией с воспаленных и невоспаленных сегментов при выявлении клинических симптомов поражения кишечника для дифференциации ВЗК с другими патологическими состояниями, включая ЯК и БК;

рентгенологическое исследование кишечника: ирригоскопия – при невозможности проведения эндоскопической верификации диагноза ВЗК;

консультация врача-гастроэнтеролога.

12. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

БАК с исследованием уровней щелочной фосфатазы, электролитов (калий, натрий, магний, хлориды), альбуминов, мочевой кислоты, сывороточного железа, ионизированного кальция; липидограммы – общего холестерина, липопротеинов высокой плотности (далее – ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (далее – ЛПНП), триглицеридов (далее – ТГ), коэффициента атерогенности;

исследование в сыворотке крови уровней β -КроссЛапс, остеокальцина;
исследование уровня 25(ОН) витамина D в сыворотке крови;
исследование в сыворотке крови уровня паратгормона;
молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) в синовиальной жидкости (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения) при наличии синовита крупных суставов;

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) отделяемого из уретры, цервикального канала, полости рта – при отсутствии возможности исследования синовиальной жидкости вследствие наличия синовита мелких суставов с невозможностью извлечения жидкости или наличия медицинских противопоказаний для проведения артроцентеза;

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидиям (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumonia*) – при отсутствии возможности исследования синовиальной жидкости вследствие наличия синовита мелких суставов с невозможностью извлечения жидкости или наличия медицинских противопоказаний для проведения артроцентеза;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) суставов, периартикулярных структур при явлениях периферического, артрита, энтезита, поражения околоуставных мягких тканей;

УЗИ органов брюшной полости (далее – УЗИ ОБП);

эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭФГДС) у пациентов с факторами риска желудочно-кишечных осложнений проводится при подозрении на наличие у пациента язвы желудка, 12-перстной кишки или эрозивного гастрита до начала терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (далее – НПВП).

13. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

БАК с исследованием в сыворотке крови уровней щелочной фосфатазы, мочевой кислоты, альбуминов, электролитов (калий, натрий магний, хлориды), сывороточного железа, ионизированного кальция; липидограммы – общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, коэффициент атерогенности;

иммунологическое исследование крови: исследование уровня антинейтрофильных цитоплазматических антител;

исследование фекального кальпротектина;

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к *Shigella flexneri*, *Yersinia enterocolitica*;

исследование в сыворотке крови маркеров костного ремоделирования (β -КроссЛапс, остеокальцин);

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

исследование уровня паратгормона в сыворотке крови;

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

МРТ ОБП с использованием диффузно-взвешенной визуализации состояния кишечной стенки – по медицинским показаниям после консультации врача-гастроэнтеролога;

компьютерная энтерография с целью непосредственной визуализации стенки толстой кишки, терминальной части подвздошной кишки и для идентификации внекишечных осложнений – по медицинским показаниям после консультации врача-гастроэнтеролога;

эхокардиография (далее – Эхо-КГ);

УЗИ ОБП;

ЭФГДС;

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

14. Консультации других врачей-специалистов осуществляются по медицинским показаниям: врача-кардиолога; врача-фтизиатра; врача-офтальмолога; врача-инфекциониста; врача-травматолога-ортопеда; врача-реабилитолога; перед проведением терапии ГИБП – врача-акушера-гинеколога.

15. Диагноз энтеропатического СпА устанавливается на основании наличия у пациента совокупности симптомов, характерных для аксиального спондилоартрита (далее – аксСпА), в соответствии с классификационными критериями аксСпА, разработанными группой ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society, 2009) в соответствии с приложением 2, и наличия подтвержденного ВЗК.

16. При постановке диагноза учитывают основные факторы:
наличие у пациента признаков спондилита;
наличие у пациента признаков поражения КПС при клиническом обследовании;
наличие у пациента признаков периферического артрита при клиническом обследовании;

исключение других заболеваний, которые могут проявляться воспалением суставов.

17. Диагноз спондилита устанавливается на основании наличия двух из четырех признаков:

воспалительная боль в спине (далее – ВБС) по критериям ASAS (2009): у пациента с хронической болью, длительностью более 3 месяцев должны присутствовать 4 из 5 следующих 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 перемежающаяся боль 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 MPT-активного сакроилиита (остеит/отек костной ткани в области КПС в режиме STIR или T1 с подавлением жира).

Верификация периферического артрита/артропатии производится при обследовании суставов с изучением внешнего вида сустава (характерны дефигурация, деформация), определением наличия/отсутствия признаков воспаления, оценкой состояния периартикулярных тканей, мышц и объема активных и пассивных движений.

Обязательно оценивается состояние кожных покровов (исключение гангренозной пиодермии, узловой эритемы); осуществляется расспрос пациента о наличии желудочно-кишечных симптомов; поражении глаз (конъюнктивит, увеит).

18. До применения классификационных критериев необходимо исключить другие заболевания и состояния, провести дифференциально-диагностический поиск:

при СпА с поражением суставов позвоночника – с дегенеративным поражением позвоночника, ревматической полимиалгией, фибромиалгией, системным остеопорозом, другими СпА;

при СпА с поражением суставов кистей и стоп – с ревматоидным артритом, псориатическим артритом, подагрическим артритом, пирофосфатной артропатией, остеоартритом (далее – ОА), системными заболеваниями соединительной ткани;

при СпА коленных, тазобедренных суставов (при наличии синовита) – с ОА, реактивным артритом, пирофосфатной артропатией, анкилозирующим спондилитом.

ГЛАВА 3

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО СпА

19. Цель лечения энтеропатического СпА – достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии или (альтернативная цель) стойко низкой активности болезни, оцениваемой по индексам ASDAS, согласно приложению 1, а также достижение ремиссии ВЗК.

Лечение СпА проводится на протяжении всей жизни пациента, основу его составляет сочетанное применение лекарственной терапии и немедикаментозных методов лечения.

Основной принцип лечения СпА – лечение до достижения цели, который включает раннее назначение ЛП базисной терапии, клинический и лабораторно-инструментальный контроль за 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.

20. Медицинские показания к лечению пациентов со СпА в стационарных условиях (в ревматологических отделениях; на ревматологических койках в составе других терапевтических отделений больничных организаций):

- верификация диагноза в сложных диагностических случаях;
- в случае невозможности проведения адекватного обследования пациента в амбулаторных условиях вследствие ФНС II и выше;
- наличие у пациента высокой активности заболевания, определяемой согласно приложению 1;
- отсутствие эффекта от проводимой терапии на амбулаторном этапе;
- развитие осложнений, проведение коррекции которых невозможно в амбулаторных условиях;
- введение ГИБП.

Медицинские показания к лечению пациентов со СпА в амбулаторных условиях (в амбулаторно-поликлинических организациях), в условиях отделения дневного пребывания:

- наличие СпА с минимальной или умеренной воспалительной активностью, определяемой согласно приложению 1;
- наличие СпА со слабым или умеренным болевым синдромом, оцениваемым по ВАШ, согласно приложению 1.

21. НПВП являются препаратами первой линии при наличии боли и скованности у пациентов с АС и другими акСпА:

- пациентам с персистирующей активностью и сохранением симптомов заболевания показано длительное применение НПВП;
- при назначении НПВП должен учитываться риск возникновения сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и почечной патологии.

Непрерывный прием НПВП рекомендован пациентам с наличием факторов риска прогрессирования заболевания, с высоким риском развития осложнений АС и (или) наличием предикторов хорошего ответа на терапию.

Ограниченный прием НПВП рекомендован в случае симптомов, характерных для ВЗК (болезнь Крона, язвенный колит): хроническая диарея, кровь в стуле, схваткообразная боль в животе перед актом дефекации, приступы ложного аппендицита, анальные трещины, афтозный стоматит, симптомы интоксикации (лихорадка, уменьшение массы тела, выраженная общая слабость). Применение ингибиторов циклооксигеназы-2 (далее – ЦОГ-2) снижает риск рецидивирования ВЗК по сравнению с обычными НПВП:

21.1. НПВП для приема внутрь – при низкой степени активности, определяемой согласно приложению 1, умеренном и выраженном болевом синдроме (боль по ВАШ > 45–74 мм и > 75 мм соответственно) при неэффективности применения лекарственных 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 этодолак, 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 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 (> 75 мм по ВАШ) сроком на 3–5 суток:

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

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);

21.3. НПВП для наружного применения – пациентам со слабым болевым синдромом 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;

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

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

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

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. Лечение болезней-модифицирующими противоревматическими препаратами (далее – БПВП) (стандартные БПВП назначаются пациентам с установленным диагнозом аксСпА при наличии периферического артрита, а также при сочетании с болезнью Крона с оценкой эффекта через 3 месяца непрерывного применения по достижению/недостижению клинико-лабораторной ремиссии или низкой активности заболевания, которая оценивается врачом-гастроэнтерологом):

23.1. противоопухолевые средства и антиметаболиты: метотрексат:

пациентам с наличием периферического артрита с низкой и умеренной степенью активности, оцениваемой по индексу ASDAS ($1,3 < \text{ASDAS} < 2,1$) (приложение 1), в сочетании с болезнью Крона (в качестве противорецидивной терапии) назначается:

метотрексат, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг; 5 мг; 10 мг; внутрь, 17,5–25 мг 1 раз в неделю длительно.

Стартовая доза составляет 7,5–10 мг в неделю с постепенным ее повышением на 2,5 мг раз в 1–2 недели до достижения целевой дозы – 17,5–25 мг в неделю длительно;

при недостаточной эффективности или плохой переносимости таблетированной формы метотрексата, а также при сочетании с болезнью Крона с выраженными кишечными проявлениями назначается:

метотрексат, 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) 1 раз в неделю подкожно длительно.

Стартовая доза составляет 7,5 мг подкожно 1 раз в неделю с постепенным повышением дозы на 2,5–5 мг в неделю до достижения целевой дозы 15–25 мг 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;

23.2. при наличии медицинских противопоказаний для назначения метотрексата; неэффективности/непереносимости метотрексата; при сочетании с ВЗК; при планировании беременности; во время беременности и кормления грудью и при наличии очагов хронической инфекции назначается противомикробное и противовоспалительное кишечное средство сульфасалазин:

сульфасалазин, таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг 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, 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.

24. Терапия ГИБП – ингибиторами фактора некроза опухолей альфа (далее – ФНО- α) назначается пациентам с персистирующей высокой активностью аксСпА, сохраняющейся на фоне неэффективности или непереносимости стандартной терапии с применением НПВП (у всех пациентов), сульфасалазина и локальных глюкокортикоидов (у пациентов с преимущественно периферическими симптомами) и наличием ВЗК. При лечении ВЗК препараты первой линии – моноклональные антитела к ФНО- α , назначаются по решению врачебного консилиума:

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.

ГИБП назначаются пациентам со СпА, не имеющим признаков высокой активности со стороны опорно-двигательного аппарата, но при наличии рецидивирующего/хронического увеита, резистентного к стандартной местной терапии, либо агрессивного течения ВЗК.

При недостаточной эффективности «первого» ГИБП (отсутствие ремиссии через 6 месяцев терапии) или снижении его эффективности при применении, назначают другой ГИБП (другой ингибитор ФНО- α).

25. Пациентам с АксСпА с умеренной и высокой активностью заболевания, оцениваемой согласно приложению 1, в случае неэффективности/непереносимости или при недостаточном ответе на предшествующую терапию БПВП, ГИБП и (или) при наличии ЯК назначается ИЯК тофацитиниб по решению врачебного консилиума:

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

26. Пациентам с энтеропатическим СпА для индукции ремиссии ВЗК, при наличии системных проявлений или неблагоприятных факторов прогноза, высокой активности болезни, оцениваемой согласно приложению 1, на период до развития эффекта стандартных БПВП и ГИБП назначают глюкокортикоиды для системного применения (доза, режим дозирования, длительность применения, снижение дозы определяют с учетом активности СпА, стадии ВЗК, коморбидных заболеваний и состояний):

26.1. глюкокортикоиды для приема внутрь:

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

Глюкокортикоиды для приема внутрь – метилпреднизолон, 4–8 мг в сутки, или преднизолон, 5–10 мг в сутки, назначают в комбинации со стандартными БПВП либо ГИБП у пациентов с умеренной или высокой активностью заболевания на период до развития эффекта стандартных БПВП, ГИБП сроком до 3 месяцев с последующим снижением дозы метилпреднизолон на 0,5–1 мг; преднизолон – на 0,625–1,25 мг в неделю до полной отмены. При развитии обострения 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 дозы глюкокортикоидов только после достижения клинико-лабораторной ремиссии, оцениваемой согласно приложению 1, на фоне скорректированной схемы БПВП или ГИБП. Решение вопроса о прекращении системного приема глюкокортикоидов принимает врач-ревматолог совместно с врачом-гастроэнтерологом.

При приеме глюкокортикоидов более 3 месяцев, метилпреднизолон в дозе более 4 мг/сутки, преднизолон – 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(ОН) D в сыворотке крови в диапазоне 30–50 нг/мл;

26.2. глюкокортикоиды для парентерального введения назначаются при высокой активности аксСпА, оцениваемой согласно приложению 1, при системных проявлениях заболевания, включая ВЗК, в больничных организациях и в отделениях дневного пребывания в амбулаторно-поликлинических организациях:

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

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

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; или внутримышечно по 1–2 мл;

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 – 0,5–1 мл; внутримышечно 1–2 мл.

27. Оценка эффективности лечения:

27.1. в амбулаторно-поликлинических организациях оценка эффективности лечения проводится врачом-ревматологом после консультации врача-гастроэнтеролога по направлению врача-терапевта (врача общей практики) 1 раз в 3 месяца на основании динамики индекса ASDAS, рассчитываемого в соответствии с приложением 1, а также показателей активности ВЗК. Эффективным считается лечение, если через 3 месяца от момента начала лечения ГИБП, ИЯК индекс ASDAS достиг показателей низкой активности заболевания ($ASDAS < 1,3$);

27.2. в стационарных условиях эффективным считается лечение, если показатель боли по ВАШ после завершения курса лечения в стационаре, оцениваемый согласно приложению 1, 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 ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО СпА

28. Немедикаментозные методы лечения энтеропатического СпА включают:

28.1. лечебную физкультуру (далее – ЛФК), которая назначается пациенту в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях. Направление на ЛФК осуществляется врачом-ревматологом или врачом-терапевтом (врачом общей практики). Выполняется под контролем инструктора по ЛФК, далее самостоятельно с соблюдением рекомендаций инструктора (объем и интенсивность нагрузки определяет врач ЛФК с учетом активности процесса, стадии заболевания, возраста пациента, коморбидных заболеваний и состояний);

28.2. 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;

29. При проведении медицинской реабилитации пациенту заполняется (составляется) индивидуальная программа медицинской реабилитации, реабилитации 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 реабилитации пациента.

30. Возможные исходы заболевания:

быстрое прогрессирование;
медленное прогрессирование с длительным сохранением трудоспособности;
достижение стойкой ремиссии (медикаментозной, немедикаментозной) с сохранением трудоспособности;
смерть пациента вследствие развития осложнений.

31. Медицинская профилактика СпА (вторичная) включает:
лекарственную терапию (БПВП, ГИБП, ИЯК);
прекращение курения;
поддержание нормальной массы тела;
санацию хронических очагов инфекции.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СпА, АССОЦИИРОВАННЫМ С ВЗК, В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

32. Медицинское наблюдение пациентов со СпА, имеющих внескелетные проявления, такие как увеит, воспалительные заболевания кишечника, псориаз, в амбулаторно-поликлинических организациях осуществляется врачом-терапевтом (врачом общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога совместно с соответствующим врачом-специалистом (врач-офтальмолог, врач-дерматовенеролог, врач-гастроэнтеролог) на следующих этапах:

- на этапе подбора дозы стандартных БПВП;
- до достижения ремиссии или низкой активности заболевания, оцениваемой по индексу ASDAS, согласно приложению 1;
- при достижении клинико-лабораторной ремиссии или низкой активности, оцениваемой по индексу ASDAS согласно приложению 1;
- дополнительно независимо от активности заболевания, достижения/недостижения ремиссии.

33. На этапе подбора дозы стандартных БПВП, ГИБП и ИЯК мониторинг уровня лабораторных показателей осуществляется в соответствии с пунктами 10 и 11 настоящего клинического протокола.

34. До достижения ремиссии или низкой активности заболевания, оцениваемой по индексу ASDAS согласно приложению 1, 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 СРБ, креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина;
- ОАМ;
- консультацию врача-ревматолога с оценкой состояния костно-суставной системы и определением активности заболевания; индекса боли по числовой рейтинговой шкале согласно приложению 1;
- консультацию врача-гастроэнтеролога с оценкой состояния со стороны ЖКТ и определением стадии заболевания.

35. При достижении клинико-лабораторной ремиссии или низкой активности СпА, оцениваемой по индексу ASDAS согласно приложению 1, 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 указанием индекса боли по ВАШ согласно приложению 1;
- ОАК с исследованием СОЭ;
- БАК с исследованием уровней СРБ, креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина;
- ОАМ;
- консультацию врача-гастроэнтеролога;
- консультацию врача-ревматолога с оценкой состояния костно-суставной системы и определением активности заболевания, оцениваемой по индексу ASDAS, индекса боли по ВАШ согласно приложению 1.

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

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

рентгенография пораженных суставов (при прогрессировании процесса);

рентгенография КПС;

РОГП;

Эхо-КГ;

ЭКГ;

консультация врача-гастроэнтеролога.

Приложение 1

к клиническому протоколу

«Диагностика и лечение пациентов

(взрослое население) со спондилоартритом,

ассоциированным с воспалительным

заболеванием кишечника»

Расчет показателей активности СпА, ассоциированного с ВЗК, оценка выраженности болевого синдрома

Для оценки активности энтеропатического СпА пациентом и врачом, а также выраженности боли используется визуальная аналоговая шкала (далее – ВАШ). Шкала предназначена для измерения интенсивности боли. Она представляет собой непрерывную горизонтальную или вертикальную линию длиной 10 см (100 мм) с расположенными на ней двумя крайними точками: «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить».

Пациенту предлагается разместить линию, перпендикулярно пересекающую ВАШ в той точке, которая соответствует его интенсивности боли. С помощью линейки измеряется расстояние (мм) между точками «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить», обеспечивая диапазон оценок от 0 до 100. Минимальный болевой синдром соответствует боли по ВАШ 5–44 мм; умеренный – 45–74 мм. Более высокий балл указывает на высокую интенсивность боли.

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).

Для оценки энтезита применяют 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 определяется 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.

Активность СпА, ассоциированного с ВЗК, оценивается по ASDAS (ASDAS_{CRP} или ASDAS_{COЭ}), который рассчитывается с помощью калькулятора или самостоятельно по формулам:

ASDAS_{COЭ}

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

ASDAS_{CRP}

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

где СОЭ измеряется в мм/час по Вестергрену, CRP 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).

Состояние и самочувствие на протяжении прошедшей недели оценивается в соответствии с числовой рейтинговой шкалой (далее – ЧРШ).

ЧРШ – цифровая версия ВАШ, 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», оценка дается в устной или графической форме.

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 на протяжении последней недели?» (0 – не было; 10 – очень высокая).

Значения ASDAS для оценки активности заболевания:

ASDAS $< 1,3$ – низкая активность (ремиссия);

$1,3 < \text{ASDAS} < 2,1$ – умеренная активность;

$2,1 < \text{ASDAS} < 3,5$ – высокая активность;

ASDAS $> 3,5$ – очень высокая активность.

Оценка ответа на терапию:

клинически значимое улучшение – снижение ASDAS $\geq 1,1$;

значительное улучшение – снижение ASDAS $\geq 2,0$.

Приложение 2

к клиническому протоколу

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

Классификационные критерии аксиального спондилоартрита, разработанные группой ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society, 2009)

Критерии применимы к пациентам с болью в спине продолжительностью в 3 месяца и более, начавшейся у пациента моложе 45 лет.

Аксиальный спондилоартрит может быть установлен:

при наличии сакроилиита, подтвержденного рентгенологически или с применением МРТ в сочетании с одним из признаков;

при наличии носительства антигена HLA-B27 в сочетании с двумя признаками спондилоартрита:

воспалительная боль в спине;

артрит;

энтезит;

дактилит;

псориаз;

болезнь Крона/язвенный колит;

отягощенная наследственность по спондилоартритам;

хороший ответ на нестероидные противовоспалительные препараты;

повышение СРБ, СОЭ;

HLA-B27;

сакроилиит.