

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 реактивным артритом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с реактивным артритом (далее, если не установлено иное, – РеА) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра: M02 Реактивные артропатии; M02.1. Постдизентерийная артропатия; M02.3. Болезнь Рейтера) 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 РеА 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 РеА применяются базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

5. 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 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

7. Клиническая классификация РеА:
урогенитальный (возбудитель *Chlamydia trachomatis*);
постэнтероколитический (возбудители *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella flexneri*).

8. Классификационные критерии РеА следующие:

8.1. большие критерии:

артрит (2 из 3 критериев): асимметричный; преимущественно моноартрит или олигоартрит; нижние конечности;

предшествующая клинически проявляющаяся инфекция: клиника предшествующей инфекции (уретрит, энтерит) от 1 дня до 6 недель перед артритом;

8.2. малые критерии:

доказательство инфекции-триггера: положительные результаты ПЦР в соскобе из уретры (шейки) матки на *Chlamydia trachomatis*;

серологическое исследование – определение специфических антител к *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella flexneri*;

доказательство персистирующей синовиальной инфекции – положительная иммуногистология;

положительный результат ПЦР на *Chlamydia trachomatis*, *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella flexneri*.

Определенный РеА устанавливается при наличии обоих больших критериев и одного малого.

Вероятный РеА: оба больших или первый большой и один–два малых.

По течению артриты делятся: на острый – до 3 месяцев; затяжной – 3–6 месяцев; хронический – более 6 месяцев.

9. Постановка диагноза РеА осуществляется врачом-ревматологом. При первичном обращении пациента к другим врачам-специалистам для подтверждения диагноза пациент должен быть направлен к врачу-ревматологу.

Для постановки диагноза проводится:

клиническое обследование пациента с оценкой выраженности болевого синдрома по Визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ);

лабораторно-инструментальное обследование пациента – обязательное и дополнительное;

консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям.

10. Клиническое обследование пациента с оценкой интенсивности болевого синдрома в суставах по ВАШ проводится с использованием шкалы, которая представляет собой непрерывную горизонтальную линию длиной 10 см (100 мм) и расположенными на ней двумя крайними точками: 0 мм – «отсутствие боли» и 100 мм – «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 в мм между точками – «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить», обеспечивая диапазон оценок от 0 до 100 мм. Более высокий балл указывает на большую 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.

11. В диагноз РеА вносятся:

11.1. клинические проявления РеА:

поражение позвоночника, отвечающее критериям воспалительной боли в спине (ASAS, 2009 год): спондилит, сакроилиит, артриты фасеточных суставов;

поражение периферических суставов (артриты), энтезисов (энтезиты);
внесуставные изменения:
поражение слизистых оболочек полости рта – эритема, эрозии, язвы, глоссит;
поражение глаз: конъюнктивит, иридоциклит;
поражение кожи и ногтей: keratoderma blennorrhagica – кератодермия, ониходистрофия;
поражение сердца: аортит, миокардит, нарушение атриовентрикулярной проводимости, недостаточность аортального клапана;
поражение урогенитального тракта: уретрит, цервицит, аднексит, цистит, баланит;
поражение периферической нервной системы: полиневрит;
поражение других органов и систем: гломерулонефрит, плеврит, перикардит, миоцит;

11.2. рентгенологические критерии и стадии 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;

11.3. нарушения функции суставов (далее – НФС), которые 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 (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 (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 (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 НФС, 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.

Ограничения жизнедеятельности и степень их выраженности оценивается в соответствии с классификацией основных категорий жизнедеятельности и степени выраженности их ограничений.

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 проводят консультации врача-стоматолога-терапевта, врача-офтальмолога, врача-дерматовенеролога, врача-уролога, врача-кардиолога, врача-акушера-гинеколога, врача-невролога;

11.4. осложнения РеА:

вторичный амилоидоз;
вторичный остеоартрит;
остеонекроз.

12. Обязательные лабораторно-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 ЛП антибактериальной терапии и в процессе ее применения (1 раз в 10 дней), патогенетической терапии (стандартных базисных противовоспалительных препаратов (далее – БПВП); генно-инженерных биологических препаратов (далее – ГИБП) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП после каждого ее повышения (метотрексат, сульфасалазин), далее для БПВП – 1 раз в 3 месяца;

биохимический анализ крови (далее – БАК) с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспаратаминотрансферазы (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 ЛП антибактериальной терапии и в процессе ее применения (1 раз в 10 дней), препаратов патогенетической терапии (БПВП, ГИБП) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП (метотрексат, сульфасалазин) после каждого ее повышения с исследованием уровней АЛТ, АСТ, далее для БПВП – 1 раз в 3 месяца с исследованием уровней АЛТ, АСТ, СРБ, глюкозы, креатинина, мочевины;

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

HLA-B 27 однократно при постановке диагноза;

исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBe-core; anti-HCV) – перед назначением БПВП, ГИБП;

исследование сыворотки крови на наличие вируса иммунодефицита человека – перед назначением БПВП, ГИБП;

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

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением ЛП антибактериальной терапии и в процессе ее применения (1 раз в 10 дней), патогенетической терапии (БПВП, ГИБП) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП после каждого ее повышения (метотрексат, сульфасалазин), далее для БПВП – 1 раз в 3 месяца;

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) отделяемого из уретры, цервикального канала, ротовой полости – при постановке диагноза, уточнении причины обострения заболевания, неэффективности проводимого антибактериального лечения;

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидии (*Chlamydia trachomatis*) – при постановке диагноза, обострении заболевания;

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Shigella flexneri* – при постановке диагноза (подозрении на постэнтероколитический РеА);

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) в синовиальной жидкости (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения (далее – ОЗ)) – при наличии синовита (с возможностью извлечения синовиальной жидкости);

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

обзорная рентгенография крестцово-подвздошных сочленений (далее – КПС) и костей таза для диагностики сакроилиита, коксита, симфизита, энтезита – при постановке диагноза (при наличии клинических проявлений поражения КПС на момент осмотра или в анамнезе) и в динамике 1 раз в 12 месяцев;

рентгенологическое исследование пораженных суставов, пяточных костей (боковая проекция) – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев (чаще – по медицинским показаниям);

магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) КПС – при наличии клинических проявлений сакроилиита в отсутствие достоверных рентгенологических признаков (ранняя стадия) – при постановке диагноза; при обострении заболевания для подтверждения активного воспаления и его распространенности; при оценке эффективности фармакотерапии (после консультации врача-ревматолога);

МРТ пораженных отделов позвоночника – при постановке диагноза в случае наличия клинических проявлений спондилита; при обострении заболевания для подтверждения наличия активного воспаления и его распространенности; для оценки эффективности фармакотерапии (после консультации врача-ревматолога);

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

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

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

консультация врача-стоматолога-терапевта при поражении слизистых оболочек полости рта: развитии эритемы, эрозий, язв, глоссита;

консультация врача-офтальмолога при поражении глаз: конъюнктивит, иридоциклит;

консультация врача-дерматовенеролога при поражении кожи и ногтей: *keratoderma blennorrhagica* – кератодермия, ониходистрофия;

консультация врача-уролога и врача-акушера-гинеколога при поражении урогенитального тракта: уретрит, цервицит, аднексит, цистит, баланит.

13. Обязательные лабораторно-инструментальные исследования в стационарных условиях:

ОАК с исследованием уровня СОЭ – 1 раз в 5–7 дней, перед назначением ЛП этиопатогенетической терапии (БПВП; ГИБП) и после их применения;

БАК с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ, общего холестерина выполняется исходно, далее – 1 раз в 5–7 дней с исследованием уровней креатинина мочевины, глюкозы, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ, общего белка, а так же перед назначением ЛП этиопатогенетической терапии (антибактериальной терапии; БПВП; ГИБП) и после их применения (с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, АЛТ, АСТ, СРБ);

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

HLA-B27 однократно (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

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

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

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) отделяемого из уретры, цервикального канала, ротовой полости – при постановке диагноза, уточнении причины обострения заболевания, неэффективности проводимого антибактериального лечения;

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидии (*Chlamydia trachomatis*) – при постановке диагноза, обострении заболевания (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Shigella flexneri* – при постановке диагноза (подозрении на постэнтероколитический РеА) (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) в синовиальной жидкости – при наличии синовита (с возможностью извлечения синовиальной жидкости) (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; anti-HCV) – перед назначением БПВП, ГИБП (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

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

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

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

обзорная рентгенография КПС и костей таза для диагностики сакроилиита, коксита, симфизита, энтезита – при постановке диагноза (при наличии клинических проявлений поражения КПС на момент осмотра или в анамнезе) (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

рентгенологическое исследование пораженных суставов, пяточных костей (боковая проекция) – при постановке диагноза (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

МРТ КПС – при наличии клинических проявлений сакроилиита в отсутствие достоверных рентгенологических признаков (ранняя стадия) – при постановке диагноза; при обострении заболевания для подтверждения активного воспаления и его распространенности; при оценке эффективности фармакотерапии (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

МРТ пораженных отделов позвоночника – при постановке диагноза в случае наличия клинических проявлений спондилита; при обострении заболевания для подтверждения наличия активного воспаления и его распространенности; для оценки эффективности фармакотерапии (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

КТ КПС и (или) пораженных отделов позвоночника – выполняется при наличии медицинских противопоказаний к МРТ, по тем же медицинским показаниям;

ЭКГ;

Эхо-КГ – для исключения миокардита, аортита;

консультации других врачей-специалистов (консультации не дублируются, если были выполнены на амбулаторном этапе и не требуют динамического наблюдения);

консультация врача-стоматолога-терапевта при поражении слизистых оболочек полости рта: эритема, эрозии, язвы, глоссит;

консультация врача-офтальмолога при поражении глаз: конъюнктивит, иридоциклит;

консультация врача-дерматовенеролога при поражении кожи и ногтей: *keratoderma blennorrhagica* – кератодермия, ониходистрофия;

консультация врача-уролога, врача-акушера-гинеколога при поражении уrogenитального тракта: уретрит, цервицит, аднексит, цистит, баланит.

14. Дополнительные лабораторно-инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

БАК с исследованием уровней щелочной фосфатазы, мочевой кислоты, креатинфосфокиназы (далее – КФК);

микробиологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) суставов;

эхокардиография (далее – Эхо-КГ);
УЗИ органов брюшной полости (далее – ОБП);
эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭФГДС).

15. Дополнительные лабораторно-инструментальные исследования в стационарных условиях:

БАК с исследованием уровней щелочной фосфатазы, мочевой кислоты, КФК, МВ фракции КФК, лактатдегидрогеназы, ферритина, холестерина с исследованием липидного спектра крови – липопротеинов высокой плотности; липопротеинов низкой плотности, триглицеридов, с расчетом коэффициента атерогенности;

исследование синовиальной жидкости с определением клеточного состава жидкости; молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia pneumonia*) отделяемого из уретры, цервикального канала, ротовой полости;

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидии (*Chlamydia pneumonia*), микоплазме (*Mycoplasma pneumonia*), к боррелиям (*Borrelia burgdorferi*); к парвовирусу (*Parvovirus B 19*);

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia pneumonia*) в синовиальной жидкости;

микробиологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам; МРТ сердца (в областных (г. Минск), республиканских организациях здравоохранения);

УЗИ суставов;

УЗИ ОБП;

ЭФГДС.

16. Дополнительные консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям:

врача-кардиолога – при развитии миокардита, аортита;

врача-фтизиатра – при подозрении на развитие туберкулезной инфекции;

врача-нефролога – при подозрении на развитие гломерулонефрита, амилоидоза;

врача-травматолога-ортопеда – для решения вопроса об эндопротезировании суставов при развитии асептического некроза, вторичного остеоартрита;

врача-реабилитолога – для создания программы реабилитационных мероприятий.

17. Дифференциальный диагноз РеА необходимо проводить с ревматоидным артритом, подагрой и другими микрокристаллическими артритами, псориатическим артритом и другими спондилоартритами, инфекционными артритами, паранеопластическим артритом, парвовирусным артритом.

18. Медицинское наблюдение пациентов с РеА в амбулаторно-поликлинических организациях осуществляет врач-терапевт (врач общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога:

18.1. мониторинг безопасности применения ЛП этиопатогенетической терапии осуществляется в соответствии с рекомендуемой частотой выполнения лабораторно-инструментальных исследований, изложенных в пункте 12 настоящего клинического протокола;

18.2. до достижения клинико-лабораторной ремиссии или низкой активности заболевания 1 раз в 3 месяца выполняются:

клинический осмотр пациента;

ОАК с исследованием уровня СОЭ;

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

ОАМ;

консультация врача-ревматолога с оценкой состояния костно-суставной системы и определением активности заболевания;

18.3. при достижении клинико-лабораторной ремиссии или низкой активности 1 раз в 6 месяцев выполняются:

клинический осмотр пациента;

ОАК с исследованием уровня СОЭ;
БАК с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ;
ОАМ;
консультация врача-ревматолога с оценкой состояния костно-суставной системы и индекса боли по ВАШ согласно пункту 11 настоящего клинического протокола;
18.4. дополнительно, 1 раз в 12 месяцев выполняются:
диаскинтест – при продолжении терапии ГИБП;
ЭКГ;
Эхо-КГ (при наличии аортита; миокардита в дебюте болезни);
обзорная рентгенография КПС и костей таза (при их поражении);
рентгенологическое исследование пораженных суставов;
РОГП;
консультация врача-офтальмолога при наличии иридоциклита;
консультация врача-акушера-гинеколога (при поражении в дебюте болезни урогенитального тракта у женщин);
консультация врача-уролога (при поражении в дебюте болезни урогенитального тракта у мужчин).

ГЛАВА 3 МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

19. Цели лечения:

устранение триггерной инфекции;
излечение или достижение стойкой ремиссии РеА.

Врач-ревматолог, врач-терапевт, врач общей практики осуществляют комплекс профилактических мероприятий, медикаментозное лечение, направляют на консультации к другим врачам-специалистам для назначения и определения объема немедикаментозных методов лечения; определения необходимости хирургических методов лечения.

Принципы лечения хламидийной инфекции:

необходимость длительной терапии (1–1,5 месяца);
использование последовательного назначения антибиотиков различных групп (тетрациклинов, фторхинолонов и макролидов, в исключительных случаях рифампицина при лечении затяжного или хронического течения заболевания) в течение месяца;
совместное лечение половых партнеров;
контроль за излеченностью хламидийной инфекции проводить не ранее чем через месяц после окончания лечения антибиотиками;
лечение и наблюдение у других врачей-специалистов (врача-акушера-гинеколога, врача-уролога, врача-дерматовенеролога, врача-офтальмолога) по медицинским показаниям.

20. Медицинским показанием к лечению в амбулаторно-поликлинических организациях терапевтического профиля и отделениях дневного пребывания является наличие у пациентов РеА:

с минимальным или умеренным болевым синдромом, который оценивается по ВАШ согласно пункту 10 настоящего клинического протокола;

с олигоартритом с отсутствием выраженных воспалительных лабораторных изменений (повышение уровня СРБ в сыворотке крови не более чем в 3 раза, СОЭ не более 30 мм/ч).

Медицинские показания к лечению пациентов с РеА в больничных организациях терапевтического профиля (ревматологических отделениях, ревматологических койках в составе других терапевтических отделений): наличие у пациента высокой активности заболевания; спондилоартрита с выраженными воспалительными лабораторными изменениями (повышение уровня СРБ в сыворотке крови более чем в 3 раза, СОЭ более 30 мм/ч) и с полиартритическим вариантом течения заболевания; отсутствие эффекта

от проводимой терапии на амбулаторном этапе; развитие осложнений РеА, проведение коррекции которых невозможно в амбулаторных условиях; введение ГИБП.

21. Контроль излеченности хламидийной инфекции проводится только через месяц после окончания антибиотикотерапии пациента и параллельно полового партнера, далее через 3 и 6 месяцев.

22. Антибактериальная терапия для лечения хламидийной инфекции (проводится в случае РеА урогенной этиологии): тетрациклины, макролиды, фторхинолоны – по 10 дней каждого антибиотика в течение 1 месяца. Разные группы антибиотиков назначаются последовательно друг за другом:

22.1. антибактериальная терапия в амбулаторных условиях:

макролиды:

эритромицин, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 200 мг, внутрь по 2 таблетки 5 раз в сутки или таблетки, покрытые оболочкой, или таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 250 мг, внутрь по 2 таблетки 4 раза в сутки, максимальная разовая доза 400–500 мг, суточная доза 2000 мг 10 дней;

или спирамицин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 1500000 МЕ, внутрь по 2 таблетки 3 раза в сутки или таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 3000000 МЕ 3 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 3000000 МЕ, суточная доза 9000000 МЕ 10 дней;

или рокситромицин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 150 мг, внутрь по 150 мг 2 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 300 мг, суточная доза 300 мг 10 дней;

или кларитромицин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250–500 мг 2 раза в сутки или таблетки, покрытые оболочкой с модифицированным высвобождением, 500 мг 2 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 500 мг, суточная доза 1000 мг 10 дней;

или азитромицин, капсулы или таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 125 мг по 4 таблетки или капсулы 2 раза в сутки; или капсулы или таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг по 2 таблетки или капсулы 2 раза в сутки; таблетки, покрытые пленочной оболочкой или капсулы, 500 мг 2 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 1000 мг, суточная доза 1000 мг 10 дней;

тетрациклины:

доксициклин, таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг или капсулы 100 мг 2 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 200 мг, суточная доза 200 мг 10 дней;

фторхинолоны:

офлоксацин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг 2 раза в сутки или таблетки, покрытые оболочкой, 400 мг 2 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 400 мг, суточная доза 800 мг 10 дней;

или моксифлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 400 мг 1 раз в сутки внутрь, максимальная разовая доза 400 мг, суточная доза 400 мг 10 дней;

или левофлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг 2 раза в сутки или таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг 2 раза в сутки, максимальная разовая доза 500 мг, суточная доза 1000 мг 10 дней, или таблетки, покрытые оболочкой, 750 мг 1 раз в сутки внутрь, максимальная разовая доза 750 мг, суточная доза 750 мг 10 дней.

При резистентности к другим антибиотикам после исключения диагноза туберкулеза и лепры может быть назначен ансамицин – рифампицин, капсулы 150 мг 3 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 150 мг, суточная доза 450 мг 10 дней;

22.2. антибактериальная терапия в стационарных условиях – предпочтительнее назначение парентеральных форм антибактериальных препаратов, но могут быть применены формы внутрь аналогично амбулаторному этапу:

макролиды:

кларитромицин, внутривенно порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инфузий, 500 мг 2 раза в сутки, максимальная разовая доза 500 мг, суточная доза 1000 мг 10 дней или таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250–500 мг 2 раза

в сутки, или таблетки, покрытые оболочкой с модифицированным высвобождением, 500 мг 2 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 500 мг, суточная доза 1000 мг 10 дней;

или азитромицин, внутривенно порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инфузий, 500 мг 1 раз в сутки или капсулы, или таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 125 мг по 4 таблетки, или капсулы 2 раза в сутки, или капсулы или таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг по 2 таблетки, или капсулы 2 раза в сутки; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, или капсулы 500 мг 2 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 1000 мг, суточная доза 1000 мг 10 дней;

или спирамицин таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 1500000 МЕ, по 2 таблетки 3 раза в сутки или таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 3000000 МЕ 3 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 3000 МЕ, суточная доза 900000 МЕ 10 дней;

или эритромицин, внутривенно порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инфузий, 100 мг, по 200 мг 2 раза в сутки, максимальная разовая доза 200 мг, совместно с таблетками, покрытыми кишечнорастворимой оболочкой, 200 мг по 2 таблетки 4 раза в сутки, или таблетками, покрытыми оболочкой, или таблетками, покрытыми кишечнорастворимой оболочкой, 250 мг по 2 таблетки 4 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 500 мг, суточная доза 2000 мг 10 дней;

тетрациклины:

доксциклин, капсулы 100 мг 2 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 200 мг, суточная доза 2000 мг 10 дней;

фторхинолоны:

офлоксацин, внутривенно раствор для инфузий 2 мг/мл, 100 мл 2 раза в сутки или таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг, или 2 раза в сутки, максимальная разовая доза 200 мг, суточная доза 800 мг 10 дней;

или моксифлоксацин, внутривенно раствор для инфузий 1,6 мг/мл, 250 мл 1 раз в сутки или таблетки, покрытые оболочкой, 400 мг 1 раз в сутки внутрь, максимальная разовая доза 400 мг, суточная доза 400 мг 10 дней;

или левофлоксацин, внутривенно раствор для инфузий 5 мг/мл 100 мл, внутривенно 1 раз в сутки или таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг 2 раза в сутки; или таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг 2 раза в сутки внутрь, максимальная разовая доза 500 мг, суточная доза 1000 мг 10 дней.

23. Для лечения суставного синдрома у пациентов с РеА применяют группы ЛП:

23.1. нестероидные противовоспалительные ЛП (далее – НПВП): для приема внутрь применяются при умеренном и выраженном болевом синдроме (боль по ВАШ > 45 мм); при неэффективности применения НПВП для наружного применения в максимально эффективных дозах с противовоспалительной и анальгетической целью на 7–14 дней (возможен более длительный прием при сохранении болевого синдрома и воспалительного процесса);

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 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;

23.2. НПВП для парентерального применения назначаются 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, 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);

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);

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

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

или диклофенак, гель 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.

24. Ингибитор $H^+ - K^+ - ATP$ -азы назначаются с целью профилактики нежелательных реакций НПВП со стороны желудочно-кишечного тракта:

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.

25. Глюкокортикоиды назначаются у пациентов с РеА при полиартритическом варианте или спондилоартрите, внесуставных проявлениях, осложнениях, резистентности терапии при применении НПВП на период до развития эффекта от антибактериальной терапии и сульфасалазина или других БПВП:

25.1. глюкокортикоиды для приема внутрь – доза, режим дозирования, длительность применения, снижение дозы определяются с учетом активности РеА, течения заболевания, коморбидных состояний, наличия внесуставных проявлений РеА:

метилпреднизолон, таблетки, 4 мг, 8 мг, 16 мг, 32 мг, внутрь 4–32 мг/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, таблетки, 5 мг, внутрь 5–40 мг/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/сутки или преднизолон 5–10 мг/сутки назначаются до развития эффекта от антибактериальной терапии и НПВП на первом этапе терапии или БПВП и НПВП с последующим снижением дозы глюкокортикоидов на 1/4–1/8 таблетки в неделю (метилпреднизолон на 0,5–1 мг; преднизолон на 0,625–1,25 мг) до полной отмены; при развитии обострения РеА на фоне снижения дозы глюкокортикоидов снижение прекращают, возвращаются на дозу, предшествующую обострению, добавив к ней метилпреднизолон 4 мг (преднизолон 5 мг) с осуществлением коррекции БПВП или их дозы; возобновляют снижение глюкокортикоидов только после достижения клинико-лабораторной ремиссии на фоне скорректированной схемы БПВП;

глюкокортикоиды для приема внутрь – метилпреднизолон 4–32 мг в сутки или преднизолон 5–40 мг в сутки назначаются в течение 1–1,5 месяцев (при необходимости дольше) до снижения клинико-лабораторной активности РеА, стабилизации внесуставных проявлений и осложнений с последующим постепенным снижением дозы глюкокортикоидов на 1/2 таблетки в неделю (метилпреднизолон на 2 мг, преднизолон на 2,5 мг) до дозы метилпреднизолон 16 мг в сутки (преднизолон 20 мг в сутки) с последующим снижением дозы на 1/4 таблетки в неделю (метилпреднизолон на 1 мг; преднизолон на 1,25 мг) до поддерживающей дозы – метилпреднизолон 4–8 мг в сутки или преднизолон 5–10 мг в сутки длительно;

при приеме глюкокортикоидов более месяца: 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 Д (800–1000 МЕ в сутки) у лиц старше 50 лет с поддержанием уровня витамина 25 (ОН) Д в сыворотке крови в диапазоне 30–50 нг/мл;

25.2. глюкокортикоиды для системного внутривенного применения:

метилпреднизолон, лиофилизат для приготовления раствора для инъекций, 125 мг, 250 мг, 500 мг, 1000 мг, внутривенно капельно в течение 3–5 дней по 250–500–1000 мг в сутки назначаются в стационарных условиях, в амбулаторных условиях, в отделениях дневного пребывания при высокой активности РеА (оцениваемой по ВАШ согласно пункту 10 настоящего клинического протокола); полисуставном поражении или спондилоартрите, резистентных к лечению БПВП и НПВП; внесуставных проявлениях заболевания, осложнениях;

25.3. глюкокортикоиды для внутрисуставного введения назначаются не чаще 2–3 раз в год в 1 сустав при наличии синовита 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; при наличии медицинских противопоказаний для внутрисуставного введения, или при 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)/мл 1 мл; внутрисуставно

или метилпреднизолон, суспензия 40 мг/мл, 1 мл внутрисуставно.

26. При затяжных и хронических формах РеА применяются БПВП:

противомикробное и противовоспалительное кишечное средство, сульфасалазин, таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг, внутрь, целевая суточная доза 2000–3000 мг в 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 до достижения 2000 мг в сутки; увеличение дозы до 3000 мг в сутки осуществляется при недостаточной эффективности сульфасалазина при оценке лечения через 3 месяца;

при эрадикации хламидийной инфекции урогенитального РеА и неэффективности терапии НПВС, глюкокортикоидов и сульфасалазина возможно назначение противоопухолевого ЛП и антиметаболита, метотрексата, таблеток, покрытых 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 1 раз в 1–2 недели до достижения целевой дозы – 17,5–25 мг в неделю длительно;

или при недостаточной эффективности или плохой переносимости таблетированной формы метотрексата назначается метотрексат, раствор для инъекций 10 мг/мл в преднаполненных шприцах 7,5 мг/0,75 мл, 10 мг/мл, 20 мг/2 мл, 15 мг/1,5 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 подкожно 1 раз в неделю длительно; стартовая доза составляет 7,5–10 мг подкожно 1 раз в неделю с постепенным повышением дозы на 2,5–5 мг в неделю до достижения целевой дозы 15–25 мг 1 раз в неделю подкожно длительно;

при применении метотрексата назначается фолиевая кислота вне дней его приема (не ранее 24 часов от момента последнего приема) в дозе 1–3 мг/сутки, не менее 5 мг в неделю;

при неэффективности метотрексата назначается иммунодепрессивное средство, лефлуномид, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг, внутрь по 20 мг/сутки длительно; максимальная суточная доза 40 мг/сутки назначается в случае отсутствия достаточного эффекта на лечение, оцениваемого через 3 месяца терапии.

27. При аксиальном варианте РеА могут быть назначены ГИБП при неэффективности или непереносимости стандартных БПВП по решению врачебного консилиума – 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 недель; 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.

28. Модели лечения РеА:

острое течение – 1–2 курса антибиотикотерапии по 30 дней с анализом эффективности (эрадикация возбудителя) совместно с НПВП с учетом эффективности, при необходимости – локальная или системная терапия глюкокортикоидами. Эффект недостаточен – сульфасалазин 2–3 гр ежедневно до 6 месяцев; при неэффективности сульфасалазина и эрадикации возбудителя назначается метотрексат или лефлуномид;

затяжное и хроническое течение, спондилоартрит, полиартритический вариант – 1–2 курса антибиотикотерапии по 30 дней с анализом эффективности (эрадикация возбудителя) совместно с НПВС с учетом эффективности, при необходимости локальная или системная терапия глюкокортикоидами. После первого курса антибиотикотерапии необходимо добить сульфасалазин 2–3 гр ежедневно до 1 года, при неэффективности сульфасалазина и эрадикации возбудителя назначается метотрексат или лефлуномид.

29. Оценка эффективности лечения:

в амбулаторных условиях оценка эффективности лечения проводится врачом-ревматологом по направлению врача-терапевта, врача общей практики 1 раз в месяц, далее по необходимости, но не реже 1 раза в полгода. Лечение считается эффективным при улучшении состояния на 70 и более процентов, определяемое по шкале ВАШ согласно пункту 10 настоящего клинического протокола;

в стационарных условиях эффективным считается лечение, если количество пораженных суставов уменьшилось на 50 и более процентов от исходного уровня и (или) уровень СРБ снизился на 50 и более процентов от исходного уровня.

30. Возможные исходы заболевания:

быстрое прогрессирование заболевания с инвалидизацией пациента;

полное выздоровление;

хронизация заболевания.

Неблагоприятный прогноз в отношении затяжного и хронического течения: спондилоартрит или полиартрит.

31. Нефармакологические методы лечения пациентов с РеА – изменение образа жизни, характера питания, лечебная физкультура, физиотерапевтическое лечение, ортопедическая коррекция выявленных нарушений со стороны костно-суставной системы:

лечебная физкультура (далее – ЛФК) назначается пациентам с РеА в амбулаторных и стационарных условиях по направлению врача-ревматолога или врача-терапевта, врача общей практики;

физиотерапевтическое лечение назначается пациентам в амбулаторных и стационарных условиях по направлению врача-ревматолога или врача-терапевта, врача общей практики после консультации врача-физиотерапевта при отсутствии общих медицинских противопоказаний с целью уменьшения болевого и воспалительного синдрома – лазеро-магнитотерапия и фонофорез мази гидрокортизона на отечные суставы и суставы с синовитами; тепловые процедуры (парафин, грязевые аппликации, термальные методы) после разрешения синовита;

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.