

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 смешанным
заболеванием соединительной ткани»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) со смешанным заболеванием соединительной ткани (далее – СЗСТ) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – М35.1 Другие перекрестные синдромы).

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

3. Направление пациентов с СЗСТ 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 СЗСТ 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 СЗСТ

7. СЗСТ – системное заболевание соединительной ткани, характеризующееся сочетанием отдельных признаков системной красной волчанки (далее – СКВ), системного склероза (далее – ССД), ревматоидного артрита (далее – РА), полимиозита (далее – ПМ) с наличием антител к растворимому ядерному рибонуклеопротеину (анти-U1-РНП) в высоких титрах. Клинические проявления СЗСТ включают отек кистей, феномен Рейно, мышечную слабость, артралгии/артриты, гипотонию пищевода.

8. В соответствии с клиническими вариантами течения СЗСТ выделяют:

8.1. СЗСТ с наличием легочной артериальной гипертензии и тромботических явлений;

8.2. СЗСТ с интерстициальным поражением легких, миозитом и гипотонией пищевода;

8.3. СЗСТ с вовлечением суставов.

9. Постановку диагноза СЗСТ осуществляет врач-ревматолог.

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

Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента с изучением жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни; объективное обследование с оценкой состояния костно-суставной системы и выраженности боевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ) (при клиническом варианте течения с поражением суставов);

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

10. Клиническое обследование пациента включает оценку интенсивности болевого синдрома в суставах по ВАШ.

ВАШ 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 предлагают 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. 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. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с определением скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед

назначением препаратов патогенетической терапии (стандартных базисных противовоспалительных препаратов, далее – БПВП; цитостатических иммунодепрессантов; генно-инженерных биологических препаратов, далее – ГИБП) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП, цитостатических иммунодепрессантов после каждого повышения дозы, далее для БПВП, цитостатических иммунодепрессантов – 1 раз в 3 месяца и при снижении дозы глюкокортикоидов 1 раз в 2 недели;

биохимический анализ крови (далее – БАК) с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, креатинфосфокиназы (далее – КФК), общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, С-реактивного белка (далее – СРБ), холестерина; расчетом скорости клубочковой фильтрации (далее – СКФ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением ЛП патогенетической терапии (БПВП; цитостатических иммунодепрессантов; ГИБП) и после их применения с исследованием уровней АЛТ; АСТ; мочевины, креатинина; на этапе подбора эффективной дозы БПВП, цитостатических иммунодепрессантов после каждого повышения дозы, далее для всех БПВП и цитостатических иммунодепрессантов – 1 раз в 3 месяца с исследованием уровней АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, а также при снижении дозы глюкокортикоидов 1 раз в 2 недели (СРБ, мочевина, креатинин);

иммунологическое исследование крови с исследованием уровней ревматоидного фактора (далее – РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (далее – АЦЦП), антинуклеарных антител (далее – АНА) (при их диагностическом повышении выполнить исследование АНА методом иммуноблоттинга в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений), далее – 1 раз в 12 месяцев;

исследование уровня антифосфолипидных антител: волчаночного антикоагулянта; антител к кардиолипину, антител к бета-2 гликопротеину I – на этапе постановки диагноза в случае развития легочной гипертензии, при ухудшении течения заболевания, развитии осложнений (после консультации врача-ревматолога);

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

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

диагностический тест – перед назначением ГИБП, 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; цитостатических иммунодепрессантов; ГИБП) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП, цитостатических иммунодепрессантов после каждого повышения дозы, далее для БПВП; цитостатических иммунодепрессантов – 1 раз в три месяца;

обзорная рентгенография пораженных суставов – при клинической форме с поражением суставов на этапе верификации диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев для оценки прогрессирования деструкции суставов;

рентгенография органов грудной полости (далее – РОГП) с контрастированием пищевода (акт глотания) – на этапе постановки диагноза при выявлении иммунологических маркеров системного склероза, далее 1 раз в 12 месяцев;

эхокардиография (далее – Эхо-КГ) – на этапе постановки диагноза, далее 1 раз в 12 месяцев, чаще – по медицинским показаниям;

электрокардиографическое исследование (далее – ЭКГ) – на этапе постановки диагноза; далее 1 раз в 12 месяцев;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости (далее – УЗИ ОБП) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений), далее, при выявлении патологии – 1 раз в 12 месяцев;

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

12. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях (в ревматологических отделениях больничных организаций):

ОАК с исследованием уровней гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, СОЭ – 1 раз в 5–7 дней, при верификации диагноза, перед назначением ЛП патогенетической терапии (БПВП; цитостатических иммунодепрессантов; ГИБП) и после их применения;

БАК с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ, КФК, МВ (англ.: М – muscle (мышца), В – brain (мозг)) фракции КФК (далее – КФК-МВ), лактатдегидрогеназы (далее – ЛДГ), общего холестерина, расчетом СКФ – 1 раз в 5–7 дней; при верификации диагноза, перед назначением ЛП патогенетической терапии (БПВП; цитостатических иммунодепрессантов; ГИБП) и после их применения;

иммунологическое исследование крови: определение уровней РФ, АЦЦП, RNP, АНА, антител к двуспиральной ДНК, антител к Smit-антигену (далее – Sm антиген), рибонуклеопротеиду, гистонам, антител к растворимым ядерным антигенам – Ro/SS-A и La/SS-B антигенам, антител к топоизомеразе-1 (анти-Scl-70), PM-Scl, антител к Ro, антисинтетазных антител (анти-Jo-1) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе;

исследование уровня антифосфолипидных антител: волчаночного антикоагулянта; антител к кардиолипину, антител к бета-2 гликопротеину I – на этапе постановки диагноза в случае развития легочной гипертензии; при изменении характера течения заболевания (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

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

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

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

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

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

РОГП с контрастированием пищевода (акт глотания) – на этапе постановки диагноза при выявлении иммунологических маркеров системного склероза (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

Эхо-КГ – на этапе постановки диагноза и при изменении течения заболевания (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

ЭКГ – 1 раз в 7–10 дней, при введении циклофосфида после каждого его введения.

13. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

БАК с исследованием липидного спектра крови – липопротеинов высокой плотности (далее – ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (далее – ЛПНП), триглицеридов (далее – ТГ), определение коэффициента атерогенности; мочевой кислоты;

анализ мочи по Нечипоренко;

исследование суточной протеинурии;
спиральная компьютерная томография (далее – СКТ) легких;
ультразвуковое исследование суставов (далее – УЗИ суставов);
эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭФГДС);
манометрия пищевода (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);
капилляроскопия (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);
электронейромиография;
магнитно-резонансная томография мышц (далее – МРТ мышц);
исследование функции внешнего дыхания;
исследование диффузионной способности легких (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);
двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (далее – ДРА).

14. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

БАК с исследованием липидного спектра крови – липопротеинов высокой плотности (далее – ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (далее – ЛПНП), триглицеридов (далее – ТГ), определение коэффициента атерогенности; мочевой кислоты; миоглобина, тропонина;

иммунологическое исследование крови с исследованием уровня антиэндотелиальных антител; С3–С4 компонентов комплемента (в областных, (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

коагулограмма;
определение уровня D-димера в сыворотке крови;
анализ мочи на суточную протеинурию;
анализ мочи по Нечипоренко;
СКТ легких;
МРТ суставов;
УЗИ суставов;
МРТ сердца (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);
МРТ мышц;
эзофагодуоденоскопия;
ДРА;
исследование функции внешнего дыхания;
исследование диффузионной способности легких (в областных, (г. Минск) и республиканских ОЗ);

ЭФГДС;
капилляроскопия (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения).

15. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям: врача-невролога, врача-офтальмолога; врача-пульмонолога, врача-кардиолога, врача-реабилитолога.

16. Для постановки диагноза применяются диагностические критерии смешанного заболевания соединительной ткани в соответствии с приложением 1.

17. Дифференциальный диагноз при СЗСТ проводится со следующими заболеваниями: ССД, СКВ, дерматомиозитом/ПМ, ревматоидным артритом, интерстициальными заболеваниями легких, паранеопластическим артритом.

ГЛАВА 3 МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СЗСТ

18. Цель лечения СЗСТ – достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии и отсутствия признаков прогрессирования процесса. Лечение СЗСТ проводится

на протяжении всей жизни пациента, основу его составляет лекарственная противовоспалительная терапия.

Лекарственную терапию СЗСТ подбирают индивидуально, на основе рекомендаций по лечению других ревматических заболеваний – СКВ, ССД, РА, ПМ и с учетом доминирования клинических проявлений заболевания.

Принцип лечения СЗСТ предполагает проведение лечения до достижения цели и включает раннее назначение препаратов базисной терапии с оценкой эффекта через 3 месяца до достижения ремиссии, изменение схемы лечения заболевания при отсутствии достаточного ответа на терапию до момента достижения цели лечения, после чего осуществляется медицинское наблюдение.

19. Медицинскими показаниями к лечению пациентов с СЗСТ в амбулаторных условиях, в условиях отделений дневного пребывания являются:

- наличие СЗСТ с минимальной или умеренной воспалительной активностью;
- динамическое наблюдение за пациентами для оценки состояния, переносимости и эффективности терапии БПВП.

20. Медицинскими показаниями к лечению пациентов с СЗСТ в стационарных условиях (в ревматологических отделениях; на ревматологических койках в составе других терапевтических отделений) являются:

- наличие у пациента высокой клинико-лабораторной активности заболевания;
- отсутствие эффекта от проводимой терапии в амбулаторных условиях;
- проведение диагностических исследований с целью верификации диагноза, контроля эффективности терапии и проведения дифференциального диагноза;
- развитие осложнений, проведение коррекции которых невозможно в амбулаторных условиях;
- необходимость введения ГИБП.

21. Глюкокортикоиды назначаются пациентам с наличием лихорадки, серозитов, миозита, васкулита, артрита в составе комбинированной терапии с БПВП и цитостатическими иммуносупрессантами, выбор которых определяется с учетом клинических особенностей течения СЗСТ, доминирования клинических проявлений ССД, или СКВ, или ПМ:

21.1. глюкокортикоиды для приема внутрь – доза, режим дозирования, длительность применения, снижение дозы определяют с учетом активности СЗСТ, стадии заболевания, коморбидных заболеваний и состояний, наличия системных проявлений:

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

или преднизолон 5 мг, таблетки; внутрь, 5–40 мг/сутки в 1–2 приема в первой половине дня с распределением дозы 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед.

Пациентам с болевым синдромом в суставах, который не купируется приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, с умеренной или высокой клинико-лабораторной активностью суставного синдрома на период до развития эффекта стандартных БПВП назначаются глюкокортикоиды для приема внутрь – метилпреднизолон 4–8 мг/сутки или преднизолон 5–10 мг/сутки в комбинации со стандартными БПВП сроком до 3 месяцев с последующим постепенным снижением дозы глюкокортикоидов (метилпреднизолон на 0,5–1 мг в неделю; преднизолон на 0,625–1,25 мг в неделю) до полной отмены.

При развитии обострения суставного синдрома на фоне снижения дозы глюкокортикоидов снижение прекращают, возвращаются на дозу, предшествующую обострению, добавив к ней метилпреднизолон 4 мг (преднизолон 5 мг) с осуществлением коррекции базисной терапии или ее дозы. Возобновляют снижение глюкокортикоидов только после достижения клинико-лабораторной ремиссии на фоне скорректированной схемы БПВП.

Пациентам с СЗСТ с наличием лихорадки, серозитов, миозита, васкулита назначают глюкокортикоиды для приема внутрь – метилпреднизолон 12–32 мг/сутки

или преднизолон 15–40 мг/сутки в течение 1–1,5 месяцев (при необходимости дольше) до снижения клинико-лабораторной активности СЗСТ, стабилизации системных проявлений (васкулит, серозит, другие) с последующим постепенным снижением дозы глюкокортикоидов (метилпреднизолон на 2 мг в неделю, преднизолон на 2,5 мг в неделю) до дозы метилпреднизолон 16 мг/сутки (преднизолон 20 мг/сутки) с последующим снижением дозы (метилпреднизолон на 1 мг в неделю; преднизолон на 1,25 мг в неделю) до поддерживающей дозы – метилпреднизолон 4–8 мг/сутки или преднизолон 5–10 мг/сутки длительно.

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

21.2. пациентам с СЗСТ с целью достижения быстрого эффекта по снижению клинико-лабораторной активности процесса (при высокой активности СЗСТ, системных проявлениях заболевания) в больничных организациях и в отделениях дневного пребывания в амбулаторно-поликлинических организациях назначают глюкокортикоиды для парентерального введения:

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

21.3. при наличии артрита с сильным и умеренным болевым синдромом, который не поддается коррекции при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов, препараты глюкокортикоидных гормонов назначаются внутрисуставно не чаще 2–3 раз в год в 1 сустав или внутримышечно не чаще 1 раза в 3 недели при наличии медицинских противопоказаний для внутрисуставного введения или плохой переносимости глюкокортикоидов для приема внутрь:

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; внутримышечно по 1–2 мл 1 раз в 3 недели

или метилпреднизолон, суспензия 40 мг/1 мл, 1 мл внутрисуставно, в большие суставы 1–2 мл; в средние – 0,5–1 мл; в малые – 0,25–0,5 мл, внутримышечно 1–2 мл.

22. Противоопухолевые средства (алкилирующие агенты – циклофосфамид) назначаются пациентам с поражением жизненно важных органов – при обычной интерстициальной пневмонии (если объем поражения легких превышает 20 % по данным СКТ органов грудной клетки, и (или) функциональная жизненная емкость легких (далее – ФЖЕЛ) $\leq$ 70 %, и (или) отмечается снижение ФЖЕЛ на $\geq$ 10 % за предшествующие 3–12 месяцев; при прогрессирующем миозите с угрозой нарушения функции дыхания, двигательной функции; васкулите ЦНС, серозитах при высокой активности заболевания в качестве индукционной терапии:

циклофосфамид, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения, 200 мг – в качестве индукционной терапии внутривенно капельно в виде пульс-терапии из расчета 15 мг/кг массы тела (750 мг/м^2 (не более 1 г)) 1 раз в месяц с учетом азотовыделительной функции почек в течение 6 месяцев с последующей оценкой эффективности терапии.

Определение дозы циклофосфамида для лечения СЗСТ с учетом азотовыделительной функции почек осуществляют в соответствии с приложением 2.

Введение циклофосфамида осуществляется совместно с глюкокортикоидами для парентерального применения – метилпреднизолон по 250–1000 мг/сутки 1 раз в месяц в течение 12 месяцев.

Для медицинской профилактики развития геморрагического цистита на фоне терапии циклофосфамидом увеличивают потребление жидкости перед его применением и в течение 72 последующих часов (до 3 л в сутки при отсутствии медицинских противопоказаний).

При снижении активности заболевания, замедлении темпов прогрессирования органных нарушений индукционная терапия продолжается до 12 месяцев с последующим переводом пациента на прием азатиоприна 100–150 мг/сутки или микофеноловой кислоты 1500–2000 мг/сутки длительно (выбор препарата определяется характером органного поражения).

Пациентов с персистирующей гематурией, ранее получавших терапию циклофосфамидом, направляют на консультацию к врачу-урологу и проводят тщательное обследование с учетом высокой частоты развития опухолей мочевого пузыря.

23. Иммунодепрессивные средства (микофеноловая кислота, азатиоприн) назначаются пациентам для поддержания ремиссии, достигнутой индукционной терапией циклофосфамидом или ритуксимабом; при умеренной или низкой активности заболевания в сочетании с низкими дозами метилпреднизолона 4–8 мг/сутки (преднизолона 5–10 мг/сутки) длительно:

23.1. микофеноловая кислота, капсулы 250 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; таблетки 180 мг, 360 мг – внутрь в дозе 1000–3000 мг/сутки в два приема (при поражении легких, почек) длительно;

23.2. азатиоприн, капсулы, 50 мг; внутрь, 100–150 мг/сутки в 2–3 приема длительно (при превалировании клинических проявлений СКВ, полимиозите).

24. Базисные противовоспалительные препараты (метотрексат; лефлуномид) назначаются пациентам с клиническим вариантом течения с поражением суставов:

24.1. метотрексат, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг; 5 мг; 10 мг; внутрь, 17,5–25 мг 1 раз/неделю длительно. Стартовая доза составляет 7,5–10 мг/неделю с постепенным ее повышением на 2,5 мг раз в 1–2 недели до достижения целевой дозы – 17,5–25 мг/неделю длительно.

При недостаточной эффективности или плохой переносимости таблетированной формы метотрексата, а также пациентам с высокой активностью заболевания в дебюте 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 под контролем ОАК, БАК (АЛТ, АСТ), ОАМ 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;

24.2. при неэффективности и (или) непереносимости метотрексата пациентам с клинической формой с поражением суставов назначается 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.

25. Гидроксихлорохин назначается пациентам с низкой активностью СЗСТ, симптомами СКВ (кожные проявления, наличие антифосфолипидных антител), на фоне беременности в составе комбинированной терапии БПВС, ГИБП:

гидроксихлорохин, таблетки, покрытые оболочкой, 200 мг, внутрь, 200–400 мг/сутки в 1–2 приема длительно.

26. Пациентам с СЗСТ при неэффективности или непереносимости стандартных БПВП при клиническом варианте течения с поражением суставов; цитостатических иммуносупрессантов (на этапе индукции ремиссии при неэффективности/непереносимости циклофосфамида) по решению врачебного консилиума назначают ГИБП:

26.1. моноклональные антитела к CD В 20 лимфоцитам назначают при тяжелом органном поражении при неэффективности циклофосфамида, оцениваемой через

6 месяцев лечения, или его непереносимости на этапе индукции ремиссии, или как препарат второй линии при выборе ГИБП в случае клинического варианта течения СЗСТ с поражением суставов при неэффективности/непереносимости БПВП по решению врачебного консилиума.

При отсутствии эффекта от 6-месячного введения циклофосфида пациент направляется на врачебный консилиум для решения вопроса о назначении препарата ритуксимаб, концентрат для приготовления раствора для инфузий 10 мг/мл 10 мл, 30 мл и 50 мл, внутривенно капельно по 500 мг 1 раз в 2 недели (исходно 500 мг внутривенно капельно и через 2 недели 500 мг внутривенно капельно) с последующим повторением курса с двумя введениями с интервалом в 2 недели через 6 месяцев. Длительность терапии ритуксимабом определяет врачебный консилиум.

Перед введением ритуксимаба необходимо провести премедикацию глюкокортикоидами для системного применения (100 мг метилпреднизолона внутривенно капельно за 60 мин до инфузии ритуксимаба);

26.2. антитела моноклональные ингибиторы интерлейкина 6 назначают при клиническом варианте течения СЗСТ с поражением суставов при неэффективности/непереносимости БПВП и в случае неэффективности ритуксимаба при индукции ремиссии при обычной интерстициальной пневмонии:

тоцилизумаб, концентрат для приготовления раствора для инфузий 20 мг/мл 4 мл; 20 мг/мл 10 мл; 20 мг/мл 20 мл; внутривенно капельно в дозе 8 мг/кг в течение, как минимум, 1 часа, 1 раз в 4 недели длительно;

раствор для подкожного введения 162 мг/0,9 мл в преднаполненных шприцах, подкожно в дозе 162 мг 1 раз в неделю длительно;

26.3. моноклональные антитела к фактору некроза опухолей альфа назначают в случае клинического варианта течения СЗСТ с поражением суставов при неэффективности/непереносимости БПВП и тоцилизумаба:

инflixимаб, 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;

26.4. ГИБП применяют в комбинации со стандартным БПВП; в случае непереносимости всех БПВП (не учитывается гидроксихлорохин), ГИБП назначаются в виде монотерапии.

При проведении монотерапии ГИБП назначается тоцилизумаб, или, при наличии медицинских противопоказаний для его применения, адалимумаб.

27. Нестероидные противовоспалительные препараты (далее – НПВП):

27.1. с умеренным или сильным болевым синдромом назначаются пациентам с СЗСТ внутрь сроком 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;

27.2. пациентам с СЗСТ с выраженным болевым синдромом (боль по ВАШ > 75 мм) назначают НПВП для парентерального применения 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);

27.3. 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, назначается НПВП для наружного применения 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;

28. Пациентам с факторами риска желудочно-кишечных осложнений назначаются ингибиторы 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.

29. Селективные блокаторы кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сосуды назначают пациентам с СЗСТ при синдроме Рейно:

амлодипин (таблетки 2,5 мг, 5 мг, 10 мг) – 5–10 мг/сутки внутрь

или нифедипин (таблетки 10 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг, 20 мг; таблетки с замедленным высвобождением (пролонгированного действия), покрытые оболочкой, 20 мг; таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, с контролируемым высвобождением 30 мг, 60 мг; таблетки с замедленным высвобождением (с модифицированным высвобождением) 40 мг) внутрь – 30–60 мг/сутки.

Дигидропиридиновые производные (нифедипин) назначают как препараты первой линии. Предпочтительными являются длительно действующие лекарственные формы.

30. Оценка эффективности лечения:

30.1. в амбулаторно-поликлинических организациях оценка эффективности лечения проводится врачом-ревматологом по направлению врача-терапевта (врача общей практики).

Эффективным считается лечение, если через 3 месяца от момента начала приема стандартных БПВП (смены терапии), приема ГИБП у пациентов с клинической формой с поражением суставов:

достигнута низкая активность заболевания или ремиссия;

отмечается нормализация лабораторных показателей (уровня СРБ);

через 6 месяцев отмечается отсутствие прогрессирования интерстициального поражения легких; почек; сердца; проявлений васкулита;

30.2. оценка эффективности лечения в стационарных условиях основывается на динамике клинико-лабораторных показателей. Лечение считается эффективным, если отмечается:

снижение уровня СРБ в 2 и более раза;

улучшение клинических проявлений болезни (снижение боли по ВАШ в суставах, обусловленное воспалением, в 2 и более раза;

снижение лихорадки до субфебрильных цифр либо нормализация;

отсутствует отрицательная динамика лабораторно-инструментальных показателей, характеризующих органное поражение.

ГЛАВА 4

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СЗСТ. ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

31. Немедикаментозные методы лечения СЗСТ:

31.1. лечебная физкультура (далее – ЛФК) назначается пациенту в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях. Направление на ЛФК осуществляется врачом-ревматологом или врачом-терапевтом (врачом общей практики);

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

32. Возможные исходы заболевания:

быстрое прогрессирование с инвалидизацией пациента;

медленное прогрессирование с длительным сохранением трудоспособности;

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

смерть пациента вследствие развития осложнений.

33. Медицинская профилактика СЗСТ (вторичная) включает:
лекарственную терапию (БПВП; цитостатические иммуносупрессанты; ГИБП; глюкокортикоиды);
избегание инсоляции, физиопроцедур;
избегание стрессов, работы в ночную смену, в холодных условиях, с вибрацией и во вредных условиях;
профилактику незапланированной беременности;
прекращение курения;
поддержание нормальной массы тела;
санацию очагов хронической инфекции.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СЗСТ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

34. Медицинское наблюдение пациента с СЗСТ в амбулаторных условиях осуществляется врачом-терапевтом (врачом общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога.

35. Мониторинг лекарственной безопасности осуществляется с периодичностью, указанной в пункте 12.

36. До достижения ремиссии (низкой активности) или стабилизации течения (отсутствия прогрессирования органного поражения) 1 раз в 3 месяца проводятся:

клинический осмотр пациента;
консультация врача-ревматолога;
ОАК: определение уровней гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ;
БАК: определение уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ; КФК (при миозите); МВ-КФК; ЛДГ (при миокардите);
ОАМ;
Эхо-КГ (при поражении сердца).

37. При достижении клинико-лабораторной ремиссии (низкой активности), стабилизации прогрессирования органных поражений 1 раз в 6 месяцев проводятся:

клинический осмотр пациента;
консультация врача-ревматолога;
консультация врача-невролога (в случае поражения нервной системы);
ОАК: определение уровней гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ;
БАК: определение уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ; КФК (при миозите); МВ-КФК; ЛДГ (при миокардите);
ОАМ;
Эхо-КГ (при поражении сердца);

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

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

иммунологическое исследование крови: определение уровней РФ, АЦЦП, АНА, антител к двуспиральной ДНК, антител к Sm антигену, рибонуклеопротеиду, гистонам, антител к растворимым ядерным антигенам – Ro/SS-A и La/SS-B антигенам, антител к топоизомеразе-1 (анти-Scl-70), PM-Scl;

диаскинтест – в случае поучения пациентом ГИБП;
РОГП;
рентгенография пораженных суставов (при прогрессировании процесса);
РОГП с контрастированием пищевода (акт глотания) – в случае вовлечения в процесс пищевода;

манометрия пищевода – при наличии склеродермической группы антител и отсутствии в дебюте СЗСТ поражения пищевода;
 СКТ легких (при поражении легких);
 УЗИ ОБП;
 ЭКГ;
 ДРА (при наличии факторов риска остеопороза или сниженной минеральной плотности костной ткани).

Приложение 1
 к клиническому протоколу
 «Диагностика и лечение
 пациентов (взрослое население)
 со смешанным заболеванием
 соединительной ткани»

Критерии смешанного заболевания соединительной ткани (Kasukawa, 1987)*

№ п/п	Серологический критерий (обязательный)	Общие критерии	Симптомы СКВ, ССД, ПМ
1	Анти U1-РНП	1. Синдром Рейно. 2. Отек пальцев кистей	СКВ 1. Полиартрит. 2. Лимфаденопатия. 3. Скуловая сыпь. 4. Серозит. 5. Лейкопения и (или) тромбоцитопения. ССД 1. Склеродактилия. 2. Легочный фиброз, снижение ЖЕЛ < 80 % и (или) DLCO < 70 %. 3. Гипомобильность или дилатация пищевода. ПМ 1. Слабость мышц. 2. Повышение уровня мышечных ферментов. 3. Изменения по данным электромиографии

* Для установления диагноза необходимо наличие ≥ 1 общего критерия, ≥ 1 проявления из ≥ 2 из представленных групп заболеваний соединительной ткани в сочетании с серологическими изменениями.

Примечание. СКВ – системная красная волчанка; ССД – системный склероз; ПМ – полимиозит; анти U1-РНП – антитела к белковому компоненту нуклеотида U1 ядерного рибонуклеопротеина; ЖЕЛ – жизненная емкость легких; DLCO (diffusing capacity of the lungs for carbon monoxide) – диффузионная способность легких по монооксиду углерода.

Приложение 2
 к клиническому протоколу
 «Диагностика и лечение
 пациентов (взрослое население)
 со смешанным заболеванием
 соединительной ткани»

Модификация дозы циклофосфида для внутривенного введения в зависимости от возраста пациента и уровня креатинина сыворотки крови

№ п/п	Возраст, лет	Креатинин < 300 ммоль/л	Креатинин 300–500 ммоль/л
1	< 60	15 мг/кг/пульс	12,5 мг/кг/пульс
2	60–70	12,5 мг/кг/пульс	10 мг/кг/пульс
3	> 70	10 мг/кг/пульс	7,5 мг/кг/пульс