

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 фибромиалгией»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с фибромиалгией (далее – ФМ) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – М79.7 Фибромиалгия).

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

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

ГЛАВА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ И ДИАГНОСТИКА ФМ

7. Классификация ФМ:

7.1. первичная ФМ;

7.2. вторичная ФМ (при наличии другой патологии опорно-двигательного аппарата: ревматоидном артрите, аксиальном спондилоартрите, псориатическом артрите).

8. Диагноз ФМ устанавливает врач-ревматолог. При первичном обращении к другим врачам-специалистам для подтверждения диагноза пациент должен быть направлен к врачу-ревматологу.

Для постановки диагноза проводятся:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

9. Клиническое обследование пациента включает: оценку жалоб, анамнез заболевания, анамнез жизни; объективное обследование – с оценкой характеристик и интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ), которая представляет собой непрерывную горизонтальную линию длиной 10 см (100 мм) с 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 интенсивности его 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 высокая оценка 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).

10. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с определением скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ) – при постановке диагноза, при изменении характера течения заболевания или подозрении на развитие осложнений; после подтверждения диагноза первые 12 месяцев – 1 раз в 3 месяца, далее – 1 раз в 6 месяцев;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – при постановке диагноза, при изменении характера течения заболевания или подозрении на развитие осложнений; после подтверждения диагноза первые 12 месяцев – 1 раз в 3 месяца, далее – 1 раз в 12 месяцев;

биохимический анализ крови (далее – БАК) с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, С-реактивного белка (далее – СРБ) – при постановке диагноза, при изменении характера течения заболевания или подозрении на развитие осложнений; до постановки диагноза – в течение первого года наблюдения 1 раз в 6 месяцев, после первого года наблюдения – 1 раз в 12 месяцев;

рентгенография органов грудной полости (далее – РОГП) – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

электрокардиографическое исследование (далее – ЭКГ) – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев.

11. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

ОАК – 1 раз в 7 дней;

БАК с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ – 1 раз в 7 дней;

обзорная рентгенография пораженных суставов – 1 раз в 12 месяцев;

ЭКГ – 1 раз в 7 дней.

12. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

БАК с исследованием уровней креатинфосфокиназы (далее – КФК), лактатдегидрогеназы (далее – ЛДГ), миоглобина, калия, кальция, магния, холестерина; липидного спектра крови – липопротеинов высокой плотности (далее – ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (далее – ЛПНП), триглицеридов (далее – ТГ), коэффициента атерогенности (далее – КА);

- исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; анти/НСV);
 - исследование уровня 25(ОН) витамина D в сыворотке крови;
 - иммунологическое исследование крови с определением уровня антинуклеарных антител;
 - исследование в сыворотке крови уровня гормонов щитовидной железы – тиреотропного гормона (далее – ТТГ), свободного тироксина (далее – Т4 св.);
 - молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) отделяемого из уретры, цервикального канала, ротовой полости;
 - исследование на наличие HLA-B 27 антигена;
 - определение уровня антиковидных антител классов IgM, Ig G;
 - микробиологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам;
 - многопроеctionная рентгенография позвоночника;
 - двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия.
13. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:
- БАК с исследованием уровней КФК, ЛДГ, миоглобина, калия, кальция, магния, холестерина; липидного спектра крови – ЛПВП, ЛПНП, ТГ, КА;
 - иммунологическое исследование крови с исследованием уровней ревматоидного фактора, антинуклеарных антител, при их повышении – иммуноблотинг (миозитный профиль);
 - исследование на наличие HLA-B 27 антигена;
 - исследование в сыворотке крови уровня 25(ОН) витамина D;
 - исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; анти/НСV);
 - исследование в сыворотке крови уровня гормонов щитовидной железы – ТТГ, Т4 св.;
 - молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) отделяемого из уретры, цервикального канала, ротовой полости;
 - микробиологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам;
 - исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидиям (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumonia*), микоплазме (*Mycoplasma pneumonia*), боррелиям (*Borrelia burgdorferi*); парвовирусу (*Parvovirus B 19*), вирусам гепатитов В и С, вирусу Эпштейна-Бара, СПИД, COVID-19;
 - многопроеctionная рентгенография позвоночника;
 - двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия;
 - МРТ позвоночника, крестцово-подвздошных сочленений;
 - УЗИ органов брюшной полости;
 - УЗИ органов малого таза;
 - УЗИ щитовидной железы;
 - электронейромиография.
14. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям: врача-невролога, врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-фтизиатра, врача-травматолога-ортопеда, врача-психотерапевта, врача-физиотерапевта, врача-онколога, врача-акушера-гинеколога (для женщин), врача-уролога (для мужчин), врача-реабилитолога.
15. Диагностика ФМ осуществляется по результатам обязательных и дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, результатам опросника для скрининга на наличие фибромиалгии – «Опросника FiRST – Fibromyalgia Rapid Screening Tool» согласно приложению 1, по диагностическим критериям ФМ ACR, 2016 согласно приложению 2.
16. Дифференциальный диагноз при ФМ проводится с другими мышечно-скелетными заболеваниями, характеризующимися болевыми синдромами, и основывается на выявлении специфических болезненных точек (до 80 % случаев), наличии воспаления

тканей при исключении других заболеваний, приводящих к развитию боли, синдромом хронической усталости, полимиозитом, тиреоидитом с развитием мышечной миопатии, постковидным болевым синдромом, миалгическим синдромом на фоне хронической персистирующей инфекции, с психическими расстройствами, проявляющимися стойким снижением настроения, отчетливым снижением интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями, повышенной утомляемостью, идеями виновности и унижения, нарушенным сном, нарушенным аппетитом, соматическими компонентами депрессии – алгиями (головные боли, мышечные боли и др.), вегетативными нарушениями; приемом лекарственных препаратов – статины (миалгии, миозиты), ингибиторы ароматазы, селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов (симметричная боль в различных суставах, утренняя скованность, отечность пальцев кистей, усталость), глюкокортикоиды (миалгии и артралгии при назначении высоких доз или при быстром снижении/отмене ЛП).

ГЛАВА 3

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ФМ

17. Целью лечения ФМ является достижение стойкого купирования или значительного уменьшения выраженности боли и общих симптомов заболевания.

18. Медицинские показания к лечению пациентов с ФМ в амбулаторных условиях в амбулаторно-поликлинических организациях терапевтического профиля и отделениях дневного пребывания:

- хронический болевой синдром слабой (и умеренной) степени выраженности;
- отсутствие общей симптоматики;
- верифицированный диагноз.

19. Медицинские показания к лечению пациентов с ФМ в стационарных условиях в отделениях больничных организаций терапевтического профиля:

- необходимость уточнения диагноза в сложных случаях при невозможности проведения адекватного обследования пациента в амбулаторных условиях или тяжелом соматическом состоянии;

- болевым синдром сильной степени выраженности;
- дифференциация первичной и вторичной ФМ;
- ухудшение общего самочувствия;
- проведение дифференциального диагноза болевого синдрома;
- выраженный болевой синдром, не поддающийся стандартной терапии ФМ.

20. При лечении пациентов с ФМ применяются следующие группы ЛП:

20.1. ЛП первой линии – антидепрессанты – трициклические, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (особенности применения всех антидепрессантов – титрование дозы: начинают с минимальной дозы с постепенным увеличением до эффективной; длительность лечения от нескольких недель (6–8 недель) до 6 месяцев; выбор антидепрессанта, лекарственная форма, длительность применения осуществляются с учетом оценки особенностей и выраженности клинической картины заболевания, коморбидной патологии, аллергологического анамнеза):

- трициклические антидепрессанты:

- амитриптилин, таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг, внутрь, начальная доза 12,5 мг/сутки за несколько часов до сна, может быть постепенно увеличена в течение 1–2 недель до 50 мг в сутки, длительность назначения в зависимости от переносимости и клинического эффекта 8–24 недели;

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина:

- пароксетин, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг, внутрь, начальная доза 10 мг 1 раз в сутки в утренние часы, может быть постепенно увеличена в течение 1–2 недель на 10 мг 1 раз в неделю до суточной дозы 40–60 мг, длительность назначения в зависимости от переносимости и клинического эффекта 6–16 недель;

сертралин, таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг, 50 мг, 100 мг, внутрь, начальная доза 25 мг в сутки утром или вечером, может быть постепенно, не чаще, чем 1 раз в неделю, увеличена на 25 мг до суточной дозы 100 мг или максимальной суточной дозы 200 мг, длительность назначения в зависимости от переносимости и клинического эффекта до 6 месяцев;

милнаципран, капсулы 25 мг, 50 мг, внутрь, начальная доза 25 мг в утренние часы, может быть постепенно в течение каждых 3–4 дней увеличиваться до целевой дозы 100–200 мг/сутки, длительность назначения в зависимости от переносимости и клинического эффекта от 12 до 24 недель;

селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина:

дулоксетин, капсулы 20 мг, 30 мг, 40 мг, 60 мг, внутрь, начальная доза 60 мг 1 раз в день, может быть постепенно в течение 1–2 недель увеличена до 120 мг, длительность назначения – краткосрочное до 12 недель и длительное – до 28 недель;

венлафаксин, таблетки 37,5 мг, 75 мг, капсулы 37,5 мг, 75 мг, 150 мг, внутрь, начальная доза 37,5 мг утром во время приема пищи может быть постепенно в течение недели увеличена до 75 мг, максимальная доза 150–300 мг/сутки, длительность назначения 3–6 месяцев;

20.2. антиконвульсанты (противосудорожные) ЛП для приема внутрь (могут назначаться вместе с антидепрессантами или в виде монотерапии при непереносимости или неэффективности антидепрессантов как препараты второй линии; принцип назначения – титрование дозы от минимальной суточной до эффективной в течение 7–10 дней, длительность лечения 3–4 месяца, отмена постепенная в течение 7–10 дней):

прегабалин, капсулы 75 мг, 150 мг, внутрь, начальная доза 75 мг вечером в течение нескольких дней (до 7 дней), может быть постепенно увеличена до 150–300–450 мг в сутки в зависимости от эффективности и переносимости, длительность назначения 8–14 недель;

габапентин, капсулы 100 мг, 300 мг, 400 мг, внутрь, начальная доза 300 мг 1 раз в сутки вечером или 100 мг 3 раза в сутки в течение нескольких дней (до 7–10 дней), может постепенно увеличиваться на 300 мг каждые 3–4 дня до дозы 1200–2400 мг в сутки, длительность назначения 3–4 месяца с постепенным снижением дозы на 300 мг 1 раз в неделю до полной отмены;

20.3. опиоиды (при отсутствии эффекта от назначения антидепрессантов, антиконвульсантов, болевом синдроме умеренной или сильной степени выраженности):

трамадола гидрохлорид, таблетки, 50 мг; 100 мг; капсулы 50 мг, внутрь, начальная доза 50 мг 2 раза в сутки может быть постепенно увеличена до суточной дозы 150–200 мг до 3 месяцев;

20.4. бензодиазепины (при отсутствии, неполном эффекте, нежелательных лекарственных реакциях при назначении антидепрессантов, антиконвульсантов, трамадола, нарушениях сна):

клоназепам, таблетки 0,5 мг, внутрь, вечером перед сном, с индивидуальной скоростью титрования дозы, максимальная суточная доза 1,5 мг, разделенная на 3 приема, доза уменьшается постепенно на 0,125 мг 2 раза в сутки каждые 3 дня до полного прекращения приема препарата, длительность лечения не оговорена.

ГЛАВА 4

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ФМ. ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

21. Немедикаментозные методы лечения ФМ:

21.1. лечебная физкультура (далее – ЛФК): регулярное выполнение комплекса аэробных физических упражнений – наземных и водных – назначается пациенту в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях. Направление на ЛФК осуществляет врач-ревматолог или врач-терапевт (врач общей практики);

21.2. психотерапия назначается в амбулаторных и стационарных условиях по направлению врача-ревматолога или врача-терапевта (врача общей практики) после консультации врача-психотерапевта при отсутствии медицинских противопоказаний и включает групповую, индивидуальную и когнитивно-поведенческую терапию;

21.3. физиотерапевтическое лечение назначается в амбулаторных и стационарных условиях по направлению врача-ревматолога или врача-терапевта (врача общей практики) после консультации врача-физиотерапевта при отсутствии медицинских противопоказаний и включает: электрическую акупунктуру, гидротерапию, бальнеотерапию, массаж;

21.4. иглоукалывание назначается в амбулаторных и стационарных условиях по направлению врача-ревматолога или врача-терапевта (врача общей практики) после консультации врача-рефлексотерапевта при отсутствии медицинских противопоказаний.

22. 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, абилитации пациента.

23. Возможные исходы заболевания:
при первичной ФМ:
ремиссия;
хроническое течение с уменьшением выраженности болевого синдрома;
при вторичной ФМ:
быстрое прогрессирование с инвалидизацией пациента в связи с основным заболеванием;
медленное прогрессирование с длительным сохранением трудоспособности;
достижение стойкой ремиссии (медикаментозной, немедикаментозной) с сохранением трудоспособности;
смерть пациента вследствие развития осложнений.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ФМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

24. Медицинское наблюдение пациентов с ФМ в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения осуществляется врачом-терапевтом (врачом общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога, врач-невролога, врача-психотерапевта.

25. В течение первого года после установления диагноза и начала лечения пациентам с ФМ проводится:

1 раз в 3 месяца – клинический осмотр с оценкой выраженности болевого синдрома по ВАШ, ОАК, ОАМ, БАК с исследованием уровней СРБ, АсАТ, АлАТ, мочевины, креатинина, общего белка, билирубина, глюкозы; ЭКГ.

26. В последующем:

1 раз в 6 месяцев – клинический осмотр с оценкой выраженности болевого синдрома по ВАШ, ОАК, ОАМ, БАК с исследованием уровней СРБ, АсАТ, АлАТ, КФК, мочевины, креатинина, общего белка, билирубина, глюкозы; консультация врача-ревматолога;

1 раз в 12 месяцев – РОГП; ЭКГ, консультация врача-невролога, врача-психотерапевта по медицинским показаниям.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с фибромиалгией»

Опросник FiRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool) для скрининга на наличие фибромиалгии*

№ п/п	Вопросы-утверждения	Да	Нет
1	У меня боль по всему телу		
2	Боли сочетаются с постоянным ощущением изнеможения		
3	Боль похожа на жжение, удары током или судороги		
4	Боль сочетается с другими необычными ощущениями по всему телу типа покалывания, мурашек или онемения		
5	Боль сочетается с другими нарушениями (проблемы с пищеварением, мочеиспусканием, головные боли, непреодолимое желание двигать ногами, особенно при отходе ко сну)		
6	Боль сильно влияет на мою жизнь, особенно на сон и способность сконцентрироваться, я какой-то заторможенный		

* Пациенты, набравшие 5 и более баллов по опроснику FiRST, должны быть обследованы для постановки достоверного диагноза фибромиалгии.

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с фибромиалгией»

Диагностические критерии ФМ Американского колледжа ревматологов (ACR, 2016 г.)

Пациент соответствует обновленным критериям фибромиалгии 2016 года, при сочетании трех условий:

индекс распространенности боли (далее – ИРБ) ≥ 7 и шкала тяжести симптомов (далее – ШТС) ≥ 5 или ИРБ 4–6 и ШТС ≥ 9 ;

должна присутствовать генерализованная боль, определяемая как боль по крайней мере в 4 из 5 областей. Боль в челюсти, груди и животе не включены в определение генерализованной боли;

симптомы должны присутствовать в течение не менее 3 месяцев.

Диагноз фибромиалгии верен независимо от наличия других диагнозов. Диагноз фибромиалгии не исключает наличия других клинически значимых заболеваний.

Примечания:

ИРБ:

1. Левая верхняя область:

челюсть слева;
левое надплечье;
левое плечо;
левое предплечье.

2. Правая верхняя область:

челюсть справа;
правое надплечье;
правое плечо;

правое предплечье.

3. Левая нижняя область:

область левого тазобедренного сустава (левая ягодица, большой вертел);

левое бедро;

левая голень.

4. Правая нижняя область:

область правого тазобедренного сустава (правая ягодица, большой вертел);

правое бедро;

правая голень.

5. Центральная область:

шейный отдел;

верхняя часть спины;

нижняя часть спины;

грудная клетка спереди;

живот.

Необходимо посчитать количество областей, в которых пациент испытывал боль за последнюю неделю. Количество областей варьирует от 0 до 19.

ШТС:

1. Усталость.

2. Невосстановительный сон.

3. Когнитивные симптомы.

Для каждого из 3 симптомов необходимо указать степень тяжести за последнюю неделю, используя следующую шкалу:

0 – не было проблем;

1 – незначительные или легкие проблемы, как правило, слабые или непостоянные;

2 – умеренные, значительные проблемы, часто присутствующие и/или на умеренном уровне;

3 – серьезные, распространенные, постоянные, снижающие качество жизни проблемы.

Оценка по ШТС представляет собой сумму баллов степеней тяжести 3 симптомов (усталость, невозстановительный сон и когнитивные симптомы) (0–9) плюс сумма (0–3) количества следующих симптомов, возникших в течение предыдущих 6 месяцев, которые беспокоили пациента:

головные боли (0–1);

боль или спазмы в нижней части живота (0–1);

депрессия (0–1).

Итоговая оценка по шкале тяжести симптомов составляет от 0 до 12.

Шкала тяжести фибромиалгии представляет собой сумму показателей ИРБ и ШТС.