

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 синдромом Гудпасчера»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с синдромом Гудпасчера (далее – СГ) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – М31.0 Гиперчувствительный ангиит (синдром Гудпасчера)).

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

3. Направление пациентов с СГ 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 направлении пациентов для получения медицинской помощи».

4. Для лечения СГ 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 СГ

7. СГ, согласно клинической классификации васкулитов (Chapel Hill Consensus Conference, 2012), относится к группе васкулитов с поражением сосудов мелкого калибра, включающей:

7.1. васкулиты, ассоциированные с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (далее – АНЦА):

микроскопический полиангиит;

гранулематоз с полиангиитом (Вегенера);

эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Черджа-Стросса);

7.2. иммунокомплексные васкулиты:

заболевание, ассоциированное с антителами к базальной мембране клубочков (синдром Гудпасчера);

криоглобулинемический васкулит;

IgA-ассоциированный васкулит (геморрагический васкулит, пурпура Шенлейна-Геноха);

гипокомплементемический уртикарный васкулит (анти-C1q васкулит).

8. Установление диагноза СГ осуществляется врачом-ревматологом совместно с врачом-нефрологом (при поражении почек), в случае обращения пациента к врачу-терапевту (врачу общей практики), другим врачам-специалистам для подтверждения диагноза пациент должен быть направлен к врачу-ревматологу и врачу-нефрологу.

9. Для постановки диагноза СГ проводится комплекс мероприятий, включающий:

клиническое обследование с оценкой жалоб; анамнеза развития заболевания; изучением анамнеза жизни, наследственного анамнеза, включая объективное обследование пациента и установление степени функционального нарушения органов и систем;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

10. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов в амбулаторных условиях (в амбулаторно-поликлинических организациях):

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с исследованием скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ) – при постановке диагноза; подозрении на развитие осложнений, при развитии рецидива СГ; перед назначением ЛП патогенетической терапии (циклофосамида, глюкокортикоидов (далее – ГК), генно-инженерных биологических препаратов (далее – ГИБП)), при мониторинге безопасности применения циклофосамида – 1 раз в 2–3 недели; ГИБП (ритуксимаба) – после каждого введения ЛП, далее – 1 раз в 1–3 месяца (в зависимости от исходных показателей ОАК); перед каждым снижением дозы ГК;

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), калия, натрия, скорости клубочковой фильтрации (далее – СКФ) – при постановке диагноза; подозрении на развитие осложнений, при развитии рецидива СГ; перед назначением ЛП патогенетической терапии (циклофосамида, ГК, ГИБП), при мониторинге безопасности применения циклофосамида – 1 раз в 2–3 недели с исследованием уровней мочевины, креатинина; СКФ, АЛТ, АСТ; ГИБП (ритуксимаба) – после каждого введения ЛП, далее – 1 раз в 3 месяца; перед каждым снижением дозы ГК с исследованием уровней СРБ, мочевины, креатинина;

иммунологическое исследование крови с определением уровней антител к базальной мембране клубочков; антицитоплазматических антител, антиядерных антител (далее – АНА) (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения) – однократно при постановке диагноза (после консультации врача-ревматолога и (или) врача-нефролога);

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

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

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

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – при постановке диагноза; подозрении на развитие осложнений, при развитии рецидива СГ; перед назначением ЛП патогенетической терапии (циклофосамида, ГК, ГИБП), при мониторинге безопасности применения циклофосамида – 1 раз в 2–3 недели; ГИБП (ритуксимаба) – после каждого введения ЛП, далее – 1 раз в 1–3 месяца (в зависимости от исходных показателей ОАК); перед каждым снижением дозы ГК;

спиральная компьютерная томография (далее – СКТ) легких – при постановке диагноза, далее (при поражении легких) – через 6 и 12 месяцев, далее – по медицинским показаниям;

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

ультразвуковое исследование органов брюшной полости (далее – УЗИ ОБП) – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

консультация врача-ревматолога – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 3 месяца до достижения ремиссии; далее – 1 раз в 6 месяцев (в течение первого года); далее – 1 раз в 12 месяцев;

консультация врача-нефролога (при поражении почек) – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 3 месяца до достижения ремиссии; далее – 1 раз в 6 месяцев (в течение первого года), далее – 1 раз в 12 месяцев.

11. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях (в больничных организациях):

ОАК с исследованием СОЭ – 1 раз в 5–7 дней, при постановке диагноза, перед назначением циклофосфида, ГК; ГИБП и после их применения;

БАК с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ, лактатдегидрогеназы (далее – ЛДГ), общего холестерина исходно, далее – 1 раз в 5–7 дней (за исключением определения общего холестерина, общего белка); при постановке диагноза, перед назначением циклофосфида (за исключением определения общего холестерина); ГИБП и после их применения;

определение СКФ – при постановке диагноза; при подозрении на развитие осложнений, перед назначением циклофосфида, ГИБП;

иммунологическое исследование крови с определением уровней антител к базальной мембране клубочков класса IgG (методом иммуноферментного анализа); антицитоплазматических антител, антиядерных антител (далее – АНА) (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения) – однократно при постановке диагноза (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

исследование уровня антифосфолипидных антител: волчаночного антикоагулянта; антител к кардиолипину, антител к бета-2 гликопротеину I – однократно при постановке диагноза;

коагулограмма (активированное частичное тромбопластиновое время (далее – АЧТВ), международное нормализованное отношение (далее – МНО), тромбиновое время (далее – ТВ), уровень фибриногена);

исследование уровня D-димеров в крови;

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

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

диаскинтест – перед назначением ГИБП и если с момента предыдущего исследования прошло не менее 12 месяцев при продолжении терапии ГИБП;

ОАМ – 1 раз в 5–7 дней, при верификации диагноза, перед назначением ЛП патогенетической терапии (базисных противовоспалительных препаратов; ГИБП) и после их применения;

анализ мочи по Нечипоренко (при подозрении на развитие гломерулонефрита) – при постановке диагноза; далее – 1 раз в 7–10 дней;

исследование суточной протеинурии (при наличии протеинурии в ОАМ) – при постановке диагноза, обострении гломерулонефрита, далее – 1 раз в 14 дней;

СКТ легких – при постановке диагноза, изменении характера течения заболевания, подозрении на рецидив васкулита (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

биопсия почки – при поражении почек после консультации врача-нефролога;

ЭКГ – при постановке диагноза, далее – по медицинским показаниям (на фоне лечения циклофосфидом – после каждого его введения);

УЗИ ОБП – при постановке диагноза, далее – по медицинским показаниям (при подозрении на развитие осложнений).

12. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях (в амбулаторно-поликлинических организациях):

исследование липидного спектра крови – липопротеинов высокой плотности (далее – ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (далее – ЛПНП), триглицеридов (далее – ТГ), определение коэффициента атерогенности;

исследование уровня антистрептолизина-О;

исследование уровня IgA (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

эхокардиография (далее – Эхо-КГ).

13. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях (в больничных организациях):

БАК с исследованием уровня альбумина, кальция; магния;

исследование уровня прокальцитонина;

иммунологическое исследование с определением уровня криоглобулинов, С3–С4 компонентов комплемента, антител к базальной мембране клубочков класса IgG4 (в республиканских организациях здравоохранения);

исследование уровня антистрептолизина-О (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

исследование уровня IgA (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения) (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

Эхо-КГ (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

фибробронхоскопия.

14. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям:

консультация врача-гематолога – при подозрении на тромбофилию;

консультация врача-фтизиатра – для исключения легочного туберкулеза;

консультация врача-уролога – при развитии геморрагического цистита на фоне введения циклофосфида.

15. Диагностические и классификационные критерии не разработаны. Диагноз выставляется на основании клинических проявлений СГ и результатов биопсии почки (при исключении других заболеваний и состояний со сходной симптоматикой).

16. Дифференциальный диагноз СГ проводят с АНЦА-ассоциированными васкулитами, криоглобулинемическим васкулитом, волчаночным нефритом, узелковым полиартериитом, первичными и вторичными формами тромботической микроангиопатии (тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, атипичный гемолитико-уремический синдром, STEC-гемолитико-уремический синдром, АФС-нефропатия), поражением почек, ассоциированным с гемобластозами, паранеопластическим синдромом, системными инфекциями (инфекционный эндокардит).

ГЛАВА 3 ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ СГ

17. Целью лечения СГ является достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии.

18. Медицинские показания к лечению пациентов с СГ в стационарных условиях (в ревматологических, нефрологических, пульмонологических отделениях, отделениях интенсивной терапии и реанимации больничных организаций): установка диагноза; проведение сложных диагностических манипуляций; индукция ремиссии.

Медицинское показание к лечению пациентов с СГ в амбулаторных условиях (в амбулаторно-поликлинических организациях), в условиях отделения дневного пребывания – динамическое наблюдение после выписки из больничной организации.

19. ГК – назначаются пациентам с подтвержденным диагнозом СГ в виде пульс-терапии (или внутрь из расчета 1 мг/кг массы тела по преднизолону – не более 80 мг/сутки) совместно с циклофосфамидом (в дозе 2–3 мг/кг/сутки внутрь с учетом азотовыделительной функции почек):

19.1. ГК для внутривенного введения назначаются пациентам при развитии жизнеугрожающих состояний (легочного кровотечения; быстрого прогрессирования почечной патологии), а также при позитивности по антителам к базальной мембране клубочков и АНЦА:

метилпреднизолон, лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 125 мг, 250 мг; 500 мг; 1000 мг; применяют внутривенно капельно в течение 3 дней по 1000 мг/сутки (в суммарной дозе 3000 мг) с последующим переходом на прием ГК внутрь в дозе 1 мг/кг массы тела в пересчете на преднизолон с последующим ее снижением до поддерживающей;

19.2. ГК для приема внутрь назначаются пациентам с поражением почек, легких:

преднизолон 5 мг, таблетки; внутрь, 1 мг/кг массы тела, 60–80 мг/сутки (не более 80 мг/сутки) в 2 приема в первой половине дня – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед;

или метилпреднизолон, таблетки, 4 мг; 8 мг; 16 мг, 32 мг внутрь, 0,8 мг/кг в сутки (не более 64 мг/сутки) – в 2 приема в первой половине дня – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед.

После достижения контроля над течением заболевания в течение 1–1,5 месяцев приема оптимальной дозы ГК (нормализация клинико-лабораторных показателей) дозу ГК постепенно (в течение 4–6 месяцев) снижают – метилпреднизолон на 2–1 мг в неделю (преднизолон на 2,5–1,25 мг в неделю) до дозы метилпреднизолон 12–16 мг/сутки (преднизолон – 15–20 мг/сутки), далее – снижение дозы метилпреднизолон на 1–0,5 мг в неделю (преднизолон на 1,25–0,625 мг в неделю) до дозы метилпреднизолон 4–8 мг/сутки (преднизолон – 5–10 мг/сутки); длительность поддерживающей терапии определяется врачом-ревматологом и врачом-нефрологом.

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

20. Циклофосфамид назначается пациентам с СГ совместно с ГК и плазмообменом в следующих случаях: диффузное альвеолярное кровотечение, независимо от состояния функции почек; быстро прогрессирующий гломерулонефрит без потребности в проведении заместительной почечной терапии; быстро прогрессирующий гломерулонефрит и потребность в проведении заместительной почечной терапии при условии – менее 100 % клубочков с полулуниями в биоптате; менее 50 % склерозированных клубочков в биоптате; отсутствие олигоанурии; недавнее начало заместительной почечной терапии; наличие АНЦА в циркуляции:

циклофосфамид, таблетки 50 мг, внутрь, в дозе 2–3 мг/кг/сутки (не более 200 мг/сутки); длительность применения определяется врачом-ревматологом, врачом-нефрологом.

На весь период применения циклофосфамида плюс три месяца после завершения назначается сульфаметоксазол/триметоприм (ко-тримоксазол), таблетки, 400 мг/80 мг, внутрь, по 1 таблетке в сутки или по 1 таблетке 2 раза в день через день для медицинской профилактики развития пневмоцистной пневмонии.

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

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

21. Моноклональные антитела к CD B20 лимфоцитам назначаются пациентам off-label по решению врачебного консилиума при тяжелом течении васкулита с быстрым прогрессированием органических поражений на фоне применения циклофосфамида в сочетании с ГК или в случае непереносимости циклофосфамида:

ритуксимаб, концентрат для приготовления раствора для инфузий 10 мг/мл, 50 мл, внутривенно капельно по 500 мг/сутки с повторным введением через 2 недели; при необходимости через 6 месяцев проводят второй курс (два введения по 500 мг с интервалом между введениями – 2 недели).

Перед введением ритуксимаба проводится премедикация ГК для системного применения (100 мг метилпреднизолона внутривенно капельно за 60 мин до инфузии ритуксимаба).

При применении ритуксимаба назначается сульфаметоксазол/триметоприм (ко-тримоксазол), таблетки, 400 мг/80 мг, внутрь, по 1 таблетке в сутки или по 1 таблетке 2 раза в день через день для медицинской профилактики развития пневмоцистной пневмонии. У пациентов с СКФ 15–30 мл/мин доза препарата уменьшается до 400/80 мг 3 раза в неделю. Сульфаметоксазол/триметоприм назначается на весь период лечения ритуксимабом плюс 6 месяцев после его завершения.

22. Плазмообмен проводится совместно с применением ГК и циклофосфамидом. Осуществляются ежедневные эксфузии в объеме 40–60 мл/кг (до 4 л/сутки) и возмещением раствором альбумина 5 %, а у пациентов с диффузным альвеолярным кровотечением или в течение 3 дней после инвазивной процедуры (например, нефробиопсии) с дополнительным введением свежезамороженной плазмы в объеме 300–600 мл (число процедур определяет врач-трансфузиолог по согласованию с врачом-ревматологом и врачом-нефрологом).

23. Критерии оценки эффективности лечения:

в амбулаторных условиях – отсутствие рецидива васкулита через 6 месяцев лечения;
в стационарных условиях – стабилизация состояния пациента, отсутствие прогрессирования органических поражений.

24. Возможные исходы заболевания:

прогрессирование заболевания с развитием осложнений, инвалидизацией пациента;
смерть пациента вследствие развития тяжелых осложнений;
достижение стойкой ремиссии (медикаментозной, немедикаментозной)
с сохранением трудоспособности.

25. Профилактика СГ (вторичная и третичная) включает:

лекарственную терапию (ГК, циклофосфамид, ГИБП);
прекращение курения;
санацию очагов хронической инфекции.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СГ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

26. Медицинское наблюдение пациентов с СГ в амбулаторных условиях осуществляется врачом-терапевтом (врачом общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога и врача-нефролога:

27. Мониторинг безопасности применения ЛП осуществляется в соответствии с пунктом 10 настоящего клинического протокола.

28. На этапе индукции ремиссии мониторинг оценки активности заболевания осуществляется 1 раз в 3 месяца и включает:

осмотр врача-терапевта (врача общей практики);
ОАК с исследованием уровня СОЭ;
БАК с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ, СКФ, холестерина;
ОАМ;

определение уровня суточной протеинурии (при поражении почек);
анализ мочи по Нечипоренко (при поражении почек);
ЭКГ;

СКТ легких (при поражении легких);

консультацию врача-ревматолога;

консультацию врача-нефролога.

29. При достижении ремиссии СГ – 1 раз в 6 месяцев в течение первого года наблюдения, далее – 1 раз в 12 месяцев при сохранении ремиссии проводятся:

осмотр врача-терапевта (врача общей практики);

ОАК с исследованием уровня СОЭ;

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

ОАМ;

определение уровня суточной протеинурии (при поражении почек);

анализ мочи по Нечипоренко (при поражении почек);

ЭКГ;

СКТ легких (при поражении легких);

консультация врача-нефролога (при поражении почек);

консультация врача-пульмонолога (при наличии в анамнезе кровохарканья или легочного кровотечения).

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

иммунологическое исследование с определением уровней антител к базальной мембране клубочков и АЦЦП;

УЗИ ОБП;

диаскинтест (при продолжении терапии ГИБП).