

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 ревматоидным артритом и другими ревматоидными артритами»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с ревматоидным артритом (далее – РА) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра: M05 Серопозитивный ревматоидный артрит (кроме M05.0 Синдром Фелти); M06 Другие ревматоидные артриты (кроме M06.1 Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых)) в амбулаторных и стационарных условиях.

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

3. Направление пациентов с РА 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 РА 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

7. Клиническая классификация РА:

7.1. иммунологическая характеристика РА:

РА серопозитивный;

РА серонегативный;

7.2. особые клинические формы ревматоидного артрита:

синдром Фелти;

7.3. стадия клинических проявлений:

очень ранняя стадия – длительность болезни < 3 месяцев;

ранняя стадия – длительность болезни 3 месяца – 1 год;

развернутая стадия – длительность болезни > 1 года при наличии типичной симптоматики РА;

поздняя стадия – длительность болезни 2 года и более в сочетании с выраженной деструкцией мелких (III–IV рентгенологическая стадия) и крупных суставов, наличие осложнений;

7.4. активность болезни (оценивается по индексу Diseases Activity Index 28; далее – DAS 28):

0 – ремиссия ($DAS\ 28 < 2,6$);

1 – низкая ($2,6 \leq DAS\ 28 < 3,2$);

2 – умеренная ($3,2 \leq DAS\ 28 \leq 5,1$);

3 – высокая ($DAS\ 28 > 5,1$).

DAS 28 вычисляется по формуле

$$DAS\ 28 = 0,56 \sqrt{ЧБС} + 0,28 \sqrt{ЧПС} + 0,70 \ln COЭ + 0,014 ООСЗ,$$

где ЧПС – число припухших суставов оценивается из следующих 28: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные, которые поражаются при РА в первую очередь и хорошо доступны для объективного исследования;

ЧБС – число болезненных суставов;

СОЭ – скорость оседания эритроцитов (определяется по методу Вестергрена);

ООСЗ – общая оценка пациентом состояния здоровья в миллиметрах по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ). 0 мм трактуется как «максимально хорошее состояние здоровья», 100 мм – как «самое плохое состояние, которое только можно представить». Пациенту предлагают разместить линию, перпендикулярно пересекающую ВАШ в той точке, которая соответствует его состоянию на текущий момент. С помощью линейки измеряется расстояние (мм) между точками – «максимально хорошее состояние здоровья» и «самое плохое состояние, которое только можно представить»;

7.5. внесуставные (системные) проявления:

ревматоидные узелки;

кожный васкулит (язвенно-некротический васкулит, инфаркты ногтевого ложа, дигитальный артериит);

васкулиты других органов; нейропатия (мононеврит, полинейропатия);

плеврит (сухой, выпотной), перикардит (сухой, выпотной);

синдром Шегрена;

поражение глаз (склерит, эписклерит);

интерстициальное заболевание легких;

7.6. инструментальная характеристика:

неэрозивный;

эрозивный;

7.7. рентгенологическая стадия (по Штейнброкеру, в модификации):

I – околосуставной остеопороз;

II – остеопороз и сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии;

III – признаки предыдущей стадии и множественные эрозии и подвывихи в суставах;

IV – признаки предыдущей стадии и костный анкилоз;

7.8. функциональный класс:

I – полностью сохранены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность;

II – сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: непрофессиональная деятельность;

III – сохранено: самообслуживание, ограничены: непрофессиональная и профессиональная деятельность;

IV – ограничены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность;

7.9. осложнения:

вторичный амилоидоз;

вторичный остеоартрит;

генерализованный остеопороз;

системный атеросклероз;

остеонекроз;

туннельные синдромы (синдром запястного канала, синдромы сдавления локтевого, большеберцового нервов);

подвывих атланта-аксиального сустава, в том числе, с миелопатией, нестабильность шейного отдела позвоночника.

8. Постановка диагноза РА осуществляется врачом-ревматологом.

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

Для постановки диагноза проводятся:

клиническое обследование пациента с оценкой выраженности болевого синдрома по ВАШ и обследование костно-суставной системы пациента с оценкой активности заболевания по DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола;

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

9. Клиническое обследование пациента с оценкой интенсивности болевого синдрома в суставах по ВАШ проводится с использованием шкалы, которая представляет собой непрерывную горизонтальную линию длиной 10 см (100 мм) с расположенными на ней двумя крайними точками: 0 мм – «отсутствие боли», 100 мм – «сильнейшая боль, какую можно только представить».

Пациенту предлагают разместить линию, перпендикулярно пересекающую ВАШ в той точке, которая соответствует его интенсивности боли. С помощью линейки измеряется расстояние (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).

10. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с исследованием СОЭ – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением препаратов патогенетической терапии (стандартных базисных противовоспалительных препаратов (далее – БПВП); таргетных БПВП – ингибиторов янус-киназ (далее – ИЯК); генно-инженерных биологических препаратов (далее – ГИБП)) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП после каждого повышения дозы (метотрексат, сульфасалазин), далее – для всех БПВП и ИЯК – 1 раз в 3 месяца; перед каждым снижением дозы глюкокортикоидов;

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) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением ЛП антибактериальной терапии и в процессе ее применения (1 раз в 10 дней), препаратов патогенетической терапии (БПВП, ГИБП) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП (метотрексат, сульфасалазин) после каждого ее повышения с исследованием уровней АЛТ, АСТ, далее для всех БПВП и ИЯК – 1 раз в 3 месяца исследование уровней АЛТ, АСТ, СРБ, глюкозы, креатинина, мочевины; перед каждым снижением дозы глюкокортикоидов – исследование уровня СРБ;

исследование липидного спектра крови – липопротеинов высокой плотности (далее – ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (далее – ЛПНП), триглицеридов (далее – ТГ), определение коэффициента атерогенности – 1 раз в 12 месяцев;

иммунологическое исследование крови: исследование уровней ревматоидного фактора (далее – РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (далее – АЦЦП) – на этапе постановки диагноза, при изменении характера течения заболевания, далее – 1 раз в 12 месяцев;

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

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

диаскинтест – 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 препаратов патогенетической терапии (БПВП; ИЯК, ГИБП) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП после каждого повышения дозы (метотрексат, сульфасалазин) (далее – для БПВП) – 1 раз в 3 месяца;

обзорная рентгенография кистей, стоп и других пораженных суставов – для подтверждения диагноза, установления рентгенологической стадии РА, оценки прогрессирования деструкции суставов 1 раз в 12 месяцев;

рентгенография органов грудной полости (далее – РОГП) – перед назначением ГИБП, далее – 1 раз в 12 месяцев;

двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия – у пациентов с факторами риска остеопороза – 1 раз в 12 месяцев;

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

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

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

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

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

исследование липидного спектра крови – общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, определение коэффициента атерогенности;

иммунологическое исследование крови: исследование уровней РФ, АЦЦП – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания и в случае, если с момента предыдущего исследования прошло 12 и более месяцев;

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

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

диаскинтест – перед назначением ГИБП (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

исследование уровня иммуноглобулинов А; М; G в сыворотке крови перед назначением ритуксимаба;

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

обзорная рентгенография кистей, стоп и других пораженных суставов – для подтверждения диагноза; установления рентгенологической стадии РА; оценки прогрессирования деструкции суставов (в случае, если с момента предшествующего исследования прошло 12 и более месяцев);

РОГП – перед назначением ГИБП; и в случае, если с момента предшествующего исследования прошло 12 месяцев и более;

двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия – у пациентов с факторами риска остеопороза – если с момента предыдущего исследования прошло 12 и более месяцев;

ЭКГ – 1 раз в 10–14 дней, чаще – по медицинским показаниям.

12. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

БАК – исследование уровней щелочной фосфатазы, мочевой кислоты;

иммунологическое исследование крови с исследованием уровня антинуклеарных антител (при их диагностическом повышении исследуют спектр антинуклеарных антител методом иммуноблоттинга);

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

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

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

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидиям (*Chlamydia trachomatis*);

микробиологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) суставов;

эхокардиография (далее – Эхо-КГ);

ультразвуковое исследование органов брюшной полости (далее – УЗИ ОБП);

эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭФГДС);

спиральная компьютерная томография (далее – СКТ) легких;

рентгенография шейного отдела позвоночника;

13. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

БАК с исследованием уровней ферритина, миоглобина, креатинфосфокиназы (далее – КФК), МВ фракции КФК, тропонина;

иммунологическое исследование крови с исследованием уровня антител к виментину (мутированному цитруллинированному виментину), антинуклеарных антител (при их диагностическом повышении исследуют спектр антинуклеарных антител методом иммуноблоттинга);

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

исследование в сыворотке крови уровней интерлейкина – 6 и фактора некроза опухолей альфа (далее – ФНО-α) (в республиканских организациях здравоохранения);

исследование синовиальной жидкости с определением клеточного состава жидкости, кристаллов мочевой кислоты, пирофосфата кальция (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

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

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

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидиям (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumonia*), микоплазме (*Mycoplasma pneumonia*), боррелиям (*Borrelia burgdorferi*); парвовирусу (*Parvovirus B19*);

микробиологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам;

определение уровня суточной протеинурии;

исследование функции внешнего дыхания;

МРТ пораженных суставов;

УЗИ суставов;

Эхо-КГ;

УЗИ ОБП;

ЭФГДС;

СКТ легких;

рентгенография шейного отдела позвоночника;

МРТ шейного отдела позвоночника;

14. Консультации других врачей-специалистов проводятся по медицинским показаниям:

врача-кардиолога – при развитии миокардита;

врача-невролога – при поражении нервной системы;

врача-фтизиатра – при подозрении на развитие туберкулеза;

врача-пульмонолога – при развитии интерстициального заболевания легких;

врача-нефролога – при развитии амилоидоза;
врача-офтальмолога – при развитии синдрома Шегрена;
врача-травматолога-ортопеда – для решения вопроса об эндопротезировании;
врача-реабилитолога – для составления комплексной программы реабилитации.

15. Для постановки диагноза применяются классификационные критерии РА (ACR/EULAR, 2010 год) согласно приложению.

При постановке диагноза РА необходимо учитывать три основных фактора:
выявить у пациента хотя бы один припухший сустав при клиническом обследовании;

исключить другие заболевания, которые могут проявляться воспалением суставов;
выявить не менее 6 признаков из 10 возможных по 4 позициям (6 из 10 баллов), характеризующих поражение суставов и нарушения в показателях лабораторных исследований, характерные для РА.

Основное значение имеет определение числа воспаленных суставов, которое учитывает как припухлость, так и болезненность сустава, выявляемые при объективном обследовании.

Оценка статуса пациента основывается на выделении 4 категорий суставов:
суставы исключения (не учитываются изменения дистальных межфаланговых суставов, первых запястно-пястных суставов и первых плюснефаланговых суставов);
крупные суставы (плечевые, локтевые, тазобедренные, коленные, голеностопные);
мелкие суставы (пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, 2–5 плюснефаланговые, межфаланговые суставы больших пальцев кистей, лучезапястное суставы);

другие суставы (суставы, которые могут быть поражены при РА, но не включены ни в одну из перечисленных выше групп (височно-нижнечелюстной, акромиально-ключичный, грудинно-ключичный, другие).

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

16. Дифференциальный диагноз при РА проводится со следующими заболеваниями:
болезнью Шегрена, системным склерозом, системной красной волчанкой, дерматомиозитом/полимиозитом;

микрокристаллическими артритам (полисуставной подагрой с поражением суставов кистей рук и пирофосфатной артропатией);
саркоидозом;
псориатическим артритом;
паранеопластическим артритом;
парвовирусным артритом.

ГЛАВА 3

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

17. Целью лечения РА является достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии или стабильно низкой активности болезни, оцениваемых по DAS 28 в соответствии с подпунктом 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола.

Лечение РА проводится на протяжении всей жизни пациента, основу его составляет медикаментозная противовоспалительная терапия.

Принцип лечения РА предполагает проведение лечения до достижения цели и включает раннее назначение препаратов базисной терапии, мониторинг клинического и лабораторно-инструментального состояния пациента (каждые 3 месяца до достижения ремиссии, каждые 6 месяцев после достижения ремиссии), изменение схемы лечения при отсутствии достаточного ответа на терапию до момента достижения цели лечения, после чего осуществляется медицинское наблюдение.

Медицинские показания к лечению пациентов с РА в стационарных условиях (в ревматологических отделениях; на ревматологических койках в составе других терапевтических отделений больничных организаций) следующие:

наличие у пациента высокой активности заболевания, определяемой по индексу DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола;

отсутствие эффекта от проводимой терапии на амбулаторном этапе;

развитие осложнений РА, проведение коррекции которых невозможно в амбулаторных условиях;

введение ГИБП.

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

наличие РА со слабым или умеренным болевым синдромом, который оценивается по ВАШ согласно пункту 9 настоящего клинического протокола;

РА с низкой и умеренной клинико-лабораторной активностью, определяемой по индексу DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола.

18. Стандартные БПВП назначаются всем пациентам с установленным диагнозом РА длительно; их эффективность оценивается через 3 месяца непрерывного применения по достижению/недостижению клинико-лабораторной ремиссии или низкой активности заболевания, оцениваемых по DAS 28 в соответствии с подпунктом 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола:

18.1. противоопухолевые средства и антиметаболиты, метотрексат – препарат «первой линии», назначается всем пациентам с диагнозом РА (при отсутствии медицинских противопоказаний):

метотрексат, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг; 5 мг; 10 мг; внутрь, 17,5–25 мг 1 раз в неделю длительно. Стартовая доза составляет 7,5–10 мг в неделю с постепенным ее повышением на 2,5 мг раз в 1–2 недели до достижения целевой дозы – 17,5–25 мг в неделю длительно; назначается пациентам с низкой и умеренной степенями активности, вычисляемой по DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола;

метотрексат, раствор для инъекций 10 мг/мл в преднаполненных шприцах 7,5 мг/0,75 мл, 10 мг/мл, 20 мг/2 мл, 15 мг/1,5 мл, 25 мг/2,5 мл или раствор для подкожного введения 50 мг/мл в шприцах 7,5 мг/0,15 мл, 10 мг/0,2 мл, 12,5 мг/0,25 мл, 15 мг/0,3 мл, 17,5 мг/0,35 мл, 20 мг/0,4 мл, 22,5 мг/0,45 мл, 25 мг/0,5 мл подкожно 1 раз в неделю длительно. Стартовая доза составляет 7,5–10 мг подкожно 1 раз в неделю с постепенным повышением дозы на 2,5–5 мг в неделю под контролем ОАК, БАК (АЛТ, АСТ), ОАМ до достижения целевой дозы 15–25 мг раз в неделю подкожно длительно; назначается пациентам при недостаточной эффективности или плохой переносимости таблетированной формы метотрексата, а также в лечении РА пациентам с высокой активностью заболевания, оцениваемого по DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола и прогностически неблагоприятным течением болезни.

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

18.2. противомикробное и противовоспалительное кишечное средство, сульфасалазин, назначается при наличии медицинских противопоказаний для назначения метотрексата; неэффективности/непереносимости метотрексата; при планировании беременности; во время беременности и кормления грудью, при серонегативном РА с низкой (умеренной) активностью заболевания, оцениваемой по DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола, и при наличии очагов хронической инфекции:

сульфасалазин, таблетки 500 мг, покрытые оболочкой, внутрь; целевая суточная доза 2000–3000 мг в сутки, разделенная на два приема длительно. Стартовая доза составляет

500 мг раз в сутки с постепенным повышением дозы на 500 мг 1 раз в неделю под контролем ОАК, БАК (АЛТ, АСТ), ОАМ до достижения 2000 мг в сутки. Увеличение дозы до 3000 мг в сутки осуществляют при недостаточной эффективности сульфасалазина при оценке лечения через 3 месяца;

18.3. иммунодепрессивное средство, лефлуномид, назначается пациентам с РА с умеренной и высокой активностью заболевания, оцениваемой по DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола, в случае неэффективности/непереносимости метотрексата:

лефлуномид, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг, внутрь по 20 мг в сутки длительно. Максимальная суточная доза 40 мг в сутки назначается в случае отсутствия достаточного эффекта на лечение, оцениваемого через 3 месяца терапии;

18.4. противопротозойные средства, средства для лечения малярии, гидроксихлорохин, назначается только в составе комбинированной терапии БПВС, ГИБП; при низкой активности РА на фоне беременности:

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

19. ИЯК, селективные иммунодепрессанты, назначаются при неэффективности или непереносимости БПВП в виде монотерапии или в комбинации с БПВП по решению врачебного консилиума:

тофацитиниб, таблетки, покрытые пленочной оболочкой 5 мг, для приема внутрь, внутрь 2 раза в день по 5 мг длительно;

барицитиниб, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 2 мг; 4 мг для приема внутрь, внутрь 1 раз в день 2–4 мг длительно.

20. ГИБП назначаются при неэффективности или непереносимости стандартных БПВП по решению врачебного консилиума:

20.1. моноклональные антитела к фактору некроза опухолей альфа:

инфликсимаб, порошок лиофилизированный (лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения) 100 мг, внутривенно капельно в дозе 3–5 мг/кг массы тела по схеме: 0, 2; 6; 8 недели, далее – 1 раз в 8 недель длительно;

адалimumаб, 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;

20.2. антитела моноклональные ингибиторы интерлейкина – 6:

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;

тоцилизумаб, раствор для подкожного введения 162 мг/0,9 мл в шприц-тюбике, подкожно в дозе 162 мг 1 раз в неделю длительно;

левилимаб, раствор для подкожного введения 180 мг/мл, в шприцах 162 мг/0,9 мл подкожно в дозе 162 мг 1 раз в неделю длительно;

олокизумаб, раствор для подкожного введения 160 мг/мл, 0,4 мл флакон, подкожно в дозе 64 мг 1 раз в 2–4 недели длительно. Частоту введения определяет врач-ревматолог в зависимости от активности РА;

20.3. моноклональные антитела к CD B 20 лимфоцитам:

ритуксимаб, концентрат для приготовления раствора для инфузий 10 мг/мл 10 мл; или 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. Перед введением ритуксимаба необходимо провести премедикацию ГК для системного применения (100 мг метилпреднизолона внутривенно капельно за 60 мин до инфузии ритуксимаба);

20.4. ГИБП применяются в комбинации со стандартным БПВП; предпочтительно с метотрексатом; 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, адалimumаб.

При недостаточной эффективности «первого» ГИБП (отсутствие ремиссии через 6 месяцев терапии) или снижении его эффективности при применении назначается другой ГИБП (другой ингибитор ФНО- α или ГИБП с другим механизмом действия – ритуксимаб или тоцилизумаб) или ИЯК.

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

21. Глюкокортикоиды назначаются пациентам с РА при наличии системных проявлений заболевания, высокой активности болезни, оцениваемой по DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола; на период до развития эффекта стандартных БПВП или ИЯК; при моно- или олигоартрите:

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

метилпреднизолон, таблетки, 4 мг; 8 мг; 16 мг, 32 мг внутрь, 4–32 мг в сутки – в 1–2 приема – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед;

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

Глюкокортикоиды для приема внутрь – метилпреднизолон 4–8 мг в сутки или преднизолон 5–10 мг в сутки назначаются в комбинации с стандартными БПВП или ИЯК у пациентов с умеренной или высокой активностью заболевания на период до развития эффекта стандартных БПВП или ИЯК сроком до 3 месяцев с последующим снижением дозы глюкокортикоидов на 1/4–1/8 таблетки в неделю (метилпреднизолон на 0,5–1 мг; преднизолон на 0,625–1,25 мг) до полной отмены. При развитии обострения РА 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, оцениваемой по DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола, на фоне скорректированной схемы БПВП.

Глюкокортикоиды для приема внутрь – метилпреднизолон 4–32 мг в сутки или преднизолон 5–40 мг в сутки – назначаются при системных проявлениях заболевания в течение 1–1,5 месяцев (при необходимости дольше) до снижения клинико-лабораторной активности РА, стабилизации системного проявления (васкулит, поражение легких, другое) с последующим постепенным снижением дозы глюкокортикоидов на 1/2 таблетки в неделю (метилпреднизолон на 2 мг, преднизолон на 2,5 мг) до дозы метилпреднизолона 16 мг в сутки (преднизолона 20 мг в сутки) с последующим снижением дозы на 1/4 таблетки в неделю (метилпреднизолон на 1 мг; преднизолон на 1,25 мг) до поддерживающей дозы – метилпреднизолон 4–8 мг в сутки или преднизолон 5–10 мг в сутки длительно.

При приеме глюкокортикоидов более 3 месяцев, метилпреднизолона в дозе более 4 мг в сутки, преднизолона 5 мг в 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. глюкокортикоиды для внутривенного введения назначаются в больничных организациях и в отделениях дневного пребывания в амбулаторно-поликлинических организациях при высокой активности РА, оцениваемой по DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола, при системных проявлениях заболевания:

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

21.3. глюкокортикоиды для внутрисуставного введения назначаются при наличии синовита не чаще 2–3 раз в год в 1 сустав или внутримышечно при наличии медицинских противопоказаний для внутрисуставного введения или плохой переносимости глюкокортикоидов для приема внутрь не чаще 1 раза в 3 недели:

бетаметазон (бетаметазона дипропионат/бетаметазона натрия фосфат), суспензия для инъекций (5 мг + 2 мг)/мл; внутрисуставно в большие суставы 1–2 мл; в средние – 0,5–1 мл; в малые – 0,25–0,5 мл; периартикулярно в область энтезисов – 0,5–1 мл; внутримышечно по 1–2 мл 1 раз в 3 недели;

или метилпреднизолон, суспензия 40 мг/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. Нестероидные противовоспалительные препараты (далее – НПВП):

22.1. НПВП для приема внутрь назначаются при умеренном и сильном болевом синдроме; при неэффективности лекарственных форм для наружного применения в минимально эффективных дозах с противовоспалительной и анальгетической целью с учетом коморбидных заболеваний и состояний сроком на 7–14 дней (возможен более длительный прием при сохранении болевого синдрома и воспалительного процесса):

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;

22.2. НПВП для парентерального применения назначаются пациентам с выраженным болевым синдромом (боль по ВАШ > 75 мм) сроком на 3–5 суток:

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

или мелоксикам, раствор для внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 1,5 мл; внутримышечно, 1 раз в сутки;

или теноксикам, порошок лиофилизированный для приготовления раствора; порошок для приготовления раствора; для внутривенного и внутримышечного введения 10 мг/мл; 20 мг, внутримышечно, 1 раз в сутки;

или лорноксикам, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения, 8 мг; внутримышечно, 1 раз в сутки;

или кетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций)/концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг/мл, 2 мл, внутримышечно, 1–2 раза в сутки;

или дескетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для внутримышечного введения, для инъекций)/концентрат для приготовления раствора для инфузий 25 мг/мл 2 мл, внутримышечно или внутривенно 2–3 раза в сутки (не более двух суток);

или кеторолак, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для внутримышечного введения) 30 мг/мл 1 мл, внутримышечно или внутривенно 30–90 мг/сутки (не более 90 мг/сутки), разделив на 2–3 введения (не более двух суток);

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

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

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

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

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

кетопрофен гель 25 мг/г, наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 1–3 раза в сутки.

23. Ингибитор $H^+ - K^+ - ATP$ -азы назначается пациентам с факторами риска желудочно-кишечных осложнений:

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.

24. Препараты антибактериальной терапии назначаются пациенту в случае выявления активной персистирующей инфекции (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*) в дозах, режимах, указанных в подпунктах 22.1 и 22.2 пункта 22 клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с реактивным артритом».

25. Оценка эффективности лечения:

в амбулаторно-поликлинических организациях оценка эффективности лечения проводится врачом-ревматологом по направлению врача-терапевта (врача общей практики) 1 раз в 3 месяца на основании динамики индекса DAS 28 в соответствии с подпунктом 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола. Эффективным считается лечение, если через 3 месяца от момента начала приема стандартных БПВП (смены терапии), приема ИЯК, ГИБП индекс DAS 28 достиг показателей низкой активности заболевания или ремиссии согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола;

в стационарных условиях эффективным считается лечение, если показатель боли по ВАШ после завершения курса стационарного лечения согласно пункту 9 настоящего клинического протокола снизился на 50 % и более от исходного уровня и (или) уровень СРБ снизился на 50 % и более от исходного уровня.

ГЛАВА 4

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

26. Немедикаментозные методы лечения РА:

лечебная физкультура (далее – ЛФК) назначается пациенту в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях. Направление на ЛФК осуществляет врач-ревматолог или врач-терапевт (врач общей практики).;

физиотерапевтическое лечение осуществляется в амбулаторных и стационарных условиях по направлению врача-ревматолога или врача-терапевта (врача общей практики) после консультации врача-физиотерапевта при отсутствии медицинских противопоказаний и включает: электро-, бальнеолечение, ультразвуковое лечение (фонофорез с гидрокортизоном), лазеротерапию, переменное магнитное поле, тепловые процедуры (парафин; грязевые аппликации), криотерапию и другие физиотерапевтические методы. Продолжительность курса физиотерапевтического лечения определяет врач-физиотерапевт;

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.

27. 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.

28. Медицинская профилактика РА (вторичная) включает:

медикаментозную терапию (БПВП, ГИБП, ИЯК);
прекращение курения;
поддержание нормальной массы тела;
соблюдение гигиены полости рта, лечение парадонтоза;
санацию хронических очагов инфекции.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РА

29. Медицинское наблюдение пациентов с РА в амбулаторно-поликлинических организациях осуществляет врач-терапевт (врач общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога на следующих этапах:

на этапе подбора дозы стандартных БПВП;

до достижения ремиссии или низкой активности заболевания, оцениваемой по индексу DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола;

при достижении клиничко-лабораторной ремиссии или низкой активности РА, оцениваемой по индексу DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола;

дополнительно независимо от активности заболевания, достижения/недостижения ремиссии.

30. На этапе подбора дозы стандартных БПВП (метотрексат, сульфасалазин, лефлуномид) мониторинг уровня лабораторных показателей осуществляется с частотой, указанной в пункте 10 настоящего клинического протокола.

31. До достижения ремиссии или низкой активности заболевания, оцениваемой по индексу DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола,

частота проведения обследований врачом-терапевтом (врачом общей практики) составляет 1 раз в 3 месяца и включает:

клинический осмотр пациента;

ОАК с исследованием СОЭ;

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

ОАМ;

консультацию врача-ревматолога с оценкой состояния костно-суставной системы и определением активности заболевания по DAS 28, индекса боли по ВАШ согласно подпункту 7.4 пункта 7 и пункту 9 настоящего клинического протокола.

32. При достижении клинико-лабораторной ремиссии или низкой активности РА, оцениваемой по индексу DAS 28 согласно подпункту 7.4 пункта 7 настоящего клинического протокола, частота проведения обследований врачом-терапевтом (врачом общей практики) составляет 1 раз в 6 месяцев и включает:

клинический осмотр пациента;

ОАК с исследованием СОЭ;

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

ОАМ;

консультацию врача-ревматолога с оценкой состояния костно-суставной системы и определением активности заболевания по DAS 28, индекса боли по ВАШ согласно подпункту 7.4 пункта 7 и пункту 9 настоящего клинического протокола.

33. 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 с исследованием уровней АЦЦП, РФ;

диаскинтест у пациентов, продолжающих терапию ГИБП;

рентгенография пораженных суставов (при прогрессировании процесса);

двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия – у пациентов с факторами риска остеопороза;

РОГП;

ЭКГ.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с ревматоидным артритом
и другими ревматоидными артритами»

Классификационные критерии РА (ACR/EULAR, 2010 год)

№ п/п	Признак	Количество баллов*
1	Клинические признаки поражения суставов (припухлость и (или) болезненность при объективном исследовании (0–5 баллов): 1 крупный сустав; 2–10 крупных суставов; 1–3 мелких суставов (крупные не учитываются); 4–10 мелких суставов (крупные не учитываются); > 10 суставов (как минимум 1 мелкий сустав)	0 1 2 3 5
2	Результаты лабораторных методов определения РФ, АЦЦП (0–3 балла, требуется положительный результат как минимум 1 метода): отрицательные;	0

	слабоположительные для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу референсного диапазона, но не более чем в 3 раза);	2
	высокоположительные для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу референсного диапазона в 3 раза и более)	3
3	Результаты определения лабораторных методов острофазовых показателей (0–1 балл; требуется положительный результат как минимум 1 теста): значения СОЭ и СРБ в пределах референсного диапазона; повышение СОЭ или СРБ	0 1
4	Длительность артрита (0–1 балл): < 6 недель; > 6 недель	0 1

* При наличии 6 и более баллов заболевание классифицируется как РА; менее 6 баллов – как недифференцированный артрит.