

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 острой ревматической лихорадкой»

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 острой ревматической лихорадкой (далее – ОРЛ) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – I00 Ревматическая лихорадка без упоминания о вовлечении сердца; I01 Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца: I01.0 Острый ревматический перикардит; I01.1 Острый ревматический эндокардит; I01.2 Острый ревматический миокардит; I01.8 Другие острые ревматические болезни сердца; I01.9 Острая ревматическая болезнь сердца неуточненная; I02 Ревматическая хорея: I02.0 Ревматическая хорея с вовлечением сердца; I02.9 Ревматическая хорея без вовлечения сердца).

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

3. Направление пациентов с ОРЛ 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 ОРЛ 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 ОРЛ

7. ОРЛ классифицируется:

7.1. по клиническим вариантам:

первичная ОРЛ;

повторная ОРЛ;

7.2. по клиническим проявлениям:

основные:

кардит;

артрит;

хорея;

кольцевидная эритема;

ревматические узелки;

дополнительные:

артралгии;

серозиты;

абдоминальный синдром;

7.3. по степени активности:

1-я (минимальная) – клинические симптомы ревматического процесса выражены слабо, почти полностью отсутствуют признаки экссудативного воспаления в органах и тканях, преимущественно моносиндромный процесс, признаки кардита выражены слабо, лабораторные показатели не отклоняются от нормы либо минимально повышены;

2-я (умеренная) – клинические проявления болезни с умеренной лихорадкой или без нее, без выраженного экссудативного компонента воспаления в пораженных органах, тенденция к множественному их вовлечению в воспалительный процесс, признаки кардита выражены умеренно или слабо, лабораторные признаки активности процесса выражены умеренно, количество лейкоцитов может быть нормальным, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ) – 20–40 мм/час;

3-я (максимальная) – общие и местные проявления болезни выражены, лихорадка, преобладание экссудативного компонента воспаления в пораженных органах и системах (острый полиартрит, диффузный миокардит, панкардит, серозиты), в крови: нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ – 40 мм/час и выше, высокий уровень С-реактивного белка (далее – СРБ), высокие титры антистрептолизина-О (далее АСЛ-О);

7.4. по течению:

острое;

подострое;

затяжное;

латентное;

7.5. по исходу:

выздоровление;

хроническая ревматическая болезнь сердца (далее – ХРБС) с пороком сердца;

ХРБС без порока сердца – поствоспалительный краевой фиброз створок;

7.6. по выраженности недостаточности кровообращения:

стадии I, IIА, IIБ, III по классификации Н.Д.Стражеско и В.Х.Василенко (приложение 1); функциональные классы I, II, III, IV по классификации Нью-Йоркской сердечной ассоциации (NYHA) (приложение 2);

8. Диагноз ОРЛ устанавливается врачом-ревматологом. При первичном обращении к другим врачам-специалистам для подтверждения диагноза пациент должен быть направлен к врачу-ревматологу.

9. Для постановки диагноза проводятся:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

10. Клиническое обследование пациента включает:

оценку жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

объективное обследование (оценка окраски кожи и видимых слизистых, выраженности отеков на нижних конечностях, состояния крупных и мелких суставов конечностей, выраженности и характера болевого синдрома в суставах; перкуссия, пальпация, аускультация сердца и крупных сосудов; пальпация пульса, прекардиальной области, брюшной полости).

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

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с исследованием уровня СОЭ – на этапе постановки диагноза, после выписки из больницы до завершения лечения в течение 3 месяцев 1 раз в 14 дней, далее – 1 раз в месяц до 12 месяцев, далее – 1 раз в 6 месяцев; перед каждым снижением дозы глюкокортикоидов (далее – ГК);

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – на этапе постановки диагноза, после выписки из больницы до завершения лечения в течение 3 месяцев 1 раз в месяц, далее – 1 раз в 6 месяцев;

биохимический анализ крови (далее – БАК) – с исследованием уровней СРБ, креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспаратаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина – до завершения лечения в течение 3 месяцев 1 раз в 14 дней (с исследованием уровней АЛТ, АСТ, глюкозы, креатинина, СРБ), далее – 1 раз в месяц до 12 месяцев (с исследованием уровней СРБ, АЛТ, АСТ); далее – 1 раз в 6 месяцев;

иммунологическое исследование с определением в сыворотке крови титров АСЛ-О – на этапе постановки диагноза, в динамике через 2 недели (в случае, если пациент не был госпитализирован), после выписки из больницы каждые 3 месяца в течение 12 месяцев;

микробиологическое исследование мазков из носа и зева на наличие стрептококковой инфекции и другой флоры с определением чувствительность к антибиотикам – на этапе постановки диагноза;

рентгенография органов грудной полости (далее – РОГП) – на этапе постановки диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

рентгенография суставов – на этапе постановки диагноза;

электрокардиография (далее – ЭКГ) – на этапе постановки диагноза, после выписки из больницы до завершения лечения у пациентов с кардитом 1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, далее – 1 раз в месяц в течение 12 месяцев;

эхокардиография (далее – Эхо-КГ) – на этапе постановки диагноза, далее – у пациентов с кардитом 1 раз в месяц в течение 3 месяцев, далее – 1 раз в 6 месяцев

в течение 12 месяцев от момента постановки диагноза, затем – в зависимости от исходов ОРЛ;

консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям: консультация врача-оториноларинголога, врача-стоматолога, врача-невролога (при подозрении на развитие хорей) – на этапе постановки диагноза, далее – 1 раз в 6 месяцев после выписки из больничной организации.

12. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов в стационарных условиях:

ОАК – 1 раз в 7–10 дней; при лечении ГК – каждый раз перед очередным снижением дозы;

ОАМ – 1 раз в 10 дней;

БАК с исследованием уровней СРБ, креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, общего билирубина – 1 раз в 10 дней;

иммунологическое исследование с определением в сыворотке крови титров АСЛ-О – на этапе постановки диагноза и в динамике через 2 недели;

РОГП при поступлении на этапе постановки диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

рентгенография суставов – на этапе постановки диагноза;

ЭКГ – 1 раз в 10 дней;

Эхо-КГ – на этапе постановки диагноза (в случае, если исследование не выполнялось на амбулаторном этапе), при наличии вальвулита – повторно через 2–4 недели;

электроэнцефалография (далее – ЭЭГ) – при наличии признаков поражения нервной системы (после консультации врача-невролога);

электронейромиография (далее – ЭНМГ) – при наличии признаков поражения нервной системы;

консультации врачей-специалистов (если не были выполнены в амбулаторных условиях): консультация врача-оториноларинголога, консультация врача-стоматолога-терапевта и (или) врача-стоматолога-хирурга, консультация врача-дерматовенеролога (при наличии кожных сыпей), консультация врача-невролога (при наличии признаков поражения нервной системы).

13. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

БАК с исследованием уровней креатинфосфокиназы (далее – КФК), лактатдегидрогеназы (далее – ЛДГ), калия, кальция, натрия, хлоридов;

иммунологическое исследование крови с определением уровней антинуклеарных антител (далее – АНА);

суточное мониторирование ЭКГ.

14. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

БАК с исследованием уровней щелочной фосфатазы (далее – ЩФ), мочевой кислоты, магния, натрия, хлоридов, МВ фракции креатинфосфокиназы (далее МВ-КФК), ЛДГ, тропонина;

исследование уровня гормонов щитовидной железы в сыворотке крови – тиреотропного гормона, Т4 связанного, уровней антител к тиропероксидазе;

иммунологическое исследование крови с определением уровня АНА, при их диагностическом повышении – иммуноблоттинг;

исследование уровня антител к фосфолипидам – к кардиолипину, бета 2-гликопротеину 1 классов IgG и IgM, волчаночного антикоагулянта;

микробиологическое исследование крови для выделения микроорганизмов и определения их чувствительности к антибиотикам 3–5 раз в течение суток и на высоте лихорадки на среды для аэробной и анаэробной флоры, грамм-положительных и грамм-отрицательных микроорганизмов, грибов;

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*), к боррелиям (*Borrelia burgdorferi*), к парвовирусу (*Parvovirus B19*);

анализ мочи по Нечипоренко;

анализ мочи на суточную протеинурию при наличии изменений в ОАМ;

микробиологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам;

суточное мониторирование ЭКГ;

суточное мониторирование артериального давления (далее – СМАД);

чреспищеводная Эхо-КГ;

магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) сердца (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) суставов;

УЗИ органов брюшной полости (далее – УЗИ ОБП);

УЗИ щитовидной железы;

эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭФГДС).

15. Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям: врача-отоларинголога, врача-стоматолога-терапевта и (или) врача-стоматолога-хирурга – для выявления хронических очагов инфекции и их санации; врача-кардиохирурга – для уточнения медицинских показаний для хирургического лечения; врача-невролога при наличии признаков поражения нервной системы.

16. Диагноз ОРЛ выставляется на основании диагностических критериев согласно приложению 3.

17. Дифференциальный диагноз при ОРЛ проводится со следующими заболеваниями: инфекционный эндокардит, неревматический миокардит, вторичные кардиомиопатии при метаболических нарушениях и расстройствах питания (миокардиодистрофии), вегето-сосудистая астения, дистония, реактивные артриты, недифференцированный артрит, хорееподобные расстройства.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОРЛ

18. Лечение ОРЛ должно быть комплексным и включать этиотропную терапию – эрадикацию бета-гемолитического стрептококка группы А (далее – БГСА), патогенетическую терапию – подавление активности воспалительного процесса, симптоматическую терапию – лечение хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН), нарушений ритма, профилактическую терапию – предупреждение возникновения эпизодов повторной ОРЛ и формирования ХРБС.

19. Медицинские показания к лечению пациентов с ОРЛ в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания: минимальная активность воспалительного процесса или отсутствие воспалительной активности после выписки из больничной организации без выраженного или прогрессирующего поражения сердца, суставов, нервной системы.

Медицинские показания к лечению пациентов с ОРЛ в стационарных условиях: впервые диагностированная или вероятная ОРЛ; повторная ОРЛ.

20. Для лечения пациентов с ОРЛ применяются следующие группы ЛП:

20.1. антибактериальные препараты (далее – АБ) для эрадикации БГСА назначаются в течение 10–14 дней с последующим переходом на вторичную профилактику:

препараты первой линии при отсутствии аллергических реакций – бета-лактамы АБ:

бензилпенициллина натриевая соль, порошок для приготовления раствора для внутримышечного введения, 1 000 000 ЕД, в суточной дозе 1 500 000 ЕД – 4 000 000 ЕД, введенной в 4 приема при инфекциях средней тяжести; при тяжелых инфекциях суточная доза 10 000 000–20 000 000 ЕД, применяются в течение 10–14 дней с последующим переходом на вторичную профилактику;

или амоксициллин/клавулановая кислота, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения, 500 мг/100 мг, 1000 мг/200 мг, стандартный режим дозирования 1000 мг/200 мг каждые 8 часов внутривенно капельно в течение 30–40 минут или в виде медленной внутривенной инъекции в течение 3–4 минут, вводится 10–14 дней с последующим переходом на вторичную профилактику;

или ампициллин/сульбактам натрия, порошок для приготовления раствора для внутримышечного и внутривенного введения, 500 мг/250 мг, 1000 мг/500 мг; вводится внутримышечно или внутривенно (в виде инфузии или болюсной инъекции); в зависимости от тяжести инфекции суточная доза от 2000 мг/1000 мг до 8000 мг/4 000 мг каждые 6–8 часов (каждые 12 часов при менее тяжелых инфекциях); внутривенно капельно со скоростью 60–80 кап/мин или в виде медленной внутривенной инфузии в течение 3–5 минут, вводится 10–14 дней с последующим переходом на вторичную профилактику;

препараты второй линии при аллергии к бета-лактамам – макролиды:

азитромицин, лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инфузий, флаконы 500 мг, внутривенно 500 мг один раз в сутки в течение 3 часов в виде раствора для инфузий в концентрации 1 мг/мл, в течение 1 часа – в концентрации 2 мг/мл, необходимо избегать введения более высоких концентраций из-за опасности возникновения реакций в месте введения препарата, вводится 5–7 дней с последующим приемом внутрь. Азитромицин, таблетки, покрытые оболочкой 125 мг, 250 мг или капсулы 250 мг, 500 мг, по 500 мг 1 раз в сутки до 10 дней;

препараты третьей линии при аллергии к бета-лактамам – макролидам – линкозамидам:

линкомицина гидрохлорид, раствор для внутривенного и внутримышечного введения, ампулы 300 мг/мл 1 мл, внутримышечно 600 мг (2 мл) каждые 24 часа, при тяжелом течении инфекции доза может быть увеличена до 600 мг (2 мл) каждые 8–12 часов в течение 10–14 дней;

клиндамицина фосфат, раствор для инъекций 150 мг/мл, 2 мл суточная доза 1200–1800 мг, разделенная на 3 приема, внутримышечно или внутривенно в течение 10–14 дней;

20.2. ГК применяются у пациентов при высокой воспалительной активности заболевания, при ревматическом вальвулите, панкардите, полисерозите:

метилпреднизолон, таблетки, 4 мг; 8 мг; 16 мг; 32 мг; индукционная (подавляющая) суточная доза рассчитывается из соотношения 0,2 мг/кг массы тела, назначается в течение 2–3 недель, в последующем постепенно снижается на 4 мг 1 раз в 7–10 дней под клинико-лабораторным контролем до полной отмены на амбулаторном этапе лечения;

или преднизолон, таблетки, 5 мг; индукционная (подавляющая) суточная доза рассчитывается из соотношения 0,25 мг/кг массы тела; назначается в течение 2–3 недель, в последующем постепенно снижается на 5 мг 1 раз в 7–10 дней под клинико-лабораторным контролем до полной отмены на амбулаторном этапе лечения;

20.3. нестероидные противовоспалительные препараты (далее – НПВП) применяются в период отмены ГК, или при минимальной активности воспалительного процесса, или у пациентов с повторной ОРЛ;

НПВП в лекарственной форме для приема внутрь в течении 7–14 суток:

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 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, внутрь 550–1100 мг 2 раза в сутки;

20.4. ингибиторы $H^+ - K^+ - ATФ$ -азы назначаются пациентам, принимающим ГК и НПВП, при наличии факторов риска эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки:

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.

21. Оценка эффективности лечения:

в стационарных условиях лечение считается эффективным, если к завершению срока госпитализации нормализовалась температура, прекратились боли в суставах, уровни СОЭ, СРБ снизились на 50 % и более от исходного; показатели МВ-КФК, миоглобина (при наличии миокардита и исходном повышении уровня этих ферментов) уменьшились на 50 % и более от исходного;

в амбулаторных условиях лечение считается эффективным, если на фоне проводимого лечения в течение 1–3 месяцев после выписки из больницы нормализовались показатели СРБ, СОЭ, МВ-КФК, миоглобина, ЛДГ, не произошло формирование клапанного порока (в динамике через 6 месяцев).

22. Лечение нарушений сердечного ритма проводят в соответствии с профильным клиническим протоколом.

23. Лечение сердечной недостаточности проводят в соответствии с профильным клиническим протоколом.

ГЛАВА 4

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОРЛ

24. Немедикаментозные методы лечения ОРЛ:

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

24.2. физиотерапевтическое лечение осуществляется в амбулаторных и стационарных условиях по направлению врача-ревматолога или врача-терапевта (врача-общей практики) после консультации врача-физиотерапевта по медицинским показаниям. При артрите воздействие на суставы оказывается с помощью ультразвука, лазерного излучения, тепловых и магнитных импульсов, ультрафиолетового облучения, электрофореза лекарственных средств, фонофореза с ГК. Продолжительность курса лечения определяются в индивидуальном порядке врачом-физиотерапевтом.

25. 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.

26. Возможные исходы заболевания:

выздоровление;

ХРБС: поствоспалительный краевой фиброз;

ХРБС: порок сердца.

27. Профилактика ОРЛ:

27.1. первичная профилактика – комплекс мероприятий, обеспечивающих повышение уровня естественного иммунитета и адаптационных возможностей организма по отношению к неблагоприятным условиям внешней среды; лечение инфекций, вызванных БГСА – острый тонзиллит/фарингит. Лекарственные средства первого ряда – бета-лактамы АБ, при наличии аллергических реакций на АБ этой группы – макролиды, при наличии аллергических реакций на макролиды – линкозамиды. Лечение острых и хронических тонзиллитов проводится на протяжении 10 дней, под контролем ОАК, ОАМ, уровней СРБ, АСЛ-О в дебюте и при окончании лечения; при сомнительной исполнительности пациентов с тонзиллитами и фарингитами в отношении перорального приема АБ, ОРЛ в анамнезе у пациента, вспышках инфекции в учреждениях образования, воинских частях:

бензатин бензилпенициллин 2 400 000 МЕ внутримышечно однократно;

или бензатин бензилпенициллин/бензилпенициллин новокаиновая соль (бензилпенициллин прокаин), порошок для приготовления суспензии для внутримышечного введения 1 200 000 ЕД + 300 000 ЕД, внутримышечно 2 раза с интервалом 5–7 дней;

27.2. вторичная профилактика ОРЛ – предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания у лиц, перенесших ОРЛ:

для пациентов без кардита (артрит, хорея) – не менее 5 лет или до 21 года (по принципу «что дольше»);

для пациентов с излеченным кардитом без порока сердца – не менее 10 лет или до 21 года (по принципу «что дольше»);

для пациентов со сформированным пороком сердца (в том числе, оперированным) – не менее 10 лет или до 40-летнего возраста.

Для медицинской профилактики применяется бензатин бензилпенициллин, порошок для приготовления суспензии для внутримышечного введения 2 400 000 МЕ во флаконах, внутримышечно 2 400 000 МЕ 1 раз в 3 недели или бензатин бензилпенициллин/бензилпенициллин новокаиновая соль (бензилпенициллин прокаин), порошок для приготовления суспензии для внутримышечного введения 1 200 000 ЕД + 300 000 ЕД, внутримышечно 1 200 000 ЕД + 300 000 ЕД 1 раз в 2 недели.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОРЛ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

28. Медицинское наблюдение пациентов с ОРЛ в амбулаторных условиях осуществляется врачом-терапевтом (врачом общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога на этапе:

постановки диагноза;

завершения лечения после выписки из больничной организации и при проведении вторичной профилактики.

29. После выписки из больничной организации при исходе ОРЛ «выздоровление», медицинское наблюдение и проведение вторичной профилактики осуществляется в течение 5 лет или до 21 года и включает:

клинический осмотр и мониторинг уровня лабораторных показателей – ОАК, ОАМ – 1 раз в 10–14 дней на протяжении 1–3 месяцев, далее – 1 раз в месяц, БАК – СРБ, АСЛ-О, креатинин, мочевины, глюкоза, общий белок, АлАТ, АсАТ – 1 раз в месяц, ЭКГ – 1 раз в месяц, Эхо-КГ – 1 раз в 12 месяцев в течение первого года наблюдения;

в дальнейшем – клинический осмотр пациента с оценкой состояния сердечно-сосудистой системы, контроль ОАК, ОАМ, БАК – СРБ, АСЛ-О, креатинин, мочевины,

глюкоза, общий белок, АЛТ, АСТ, общий билирубин, ЭКГ и Эхо-КГ, консультация врача-отоларинголога и врача-стоматолога-терапевта и (или) врача-стоматолога-хирурга проводится 1 раз в год.

30. При исходе ОРЛ в ХРБС – краевой фиброз створок клапанов медицинское наблюдение ведется в течение 10 лет или до 21 года и включает:

клинический осмотр и мониторинг уровня лабораторных показателей – ОАК, ОАМ 1 раз в 10–14 дней на протяжении 1–2 месяцев, далее – 1 раз в месяц, БАК – СРБ, АСЛ-О, креатинин, мочевины, глюкоза, общий белок, АЛТ, АСТ – 1 раз в месяц, ЭКГ – 1 раз в месяц, Эхо-КГ – 1 раз в 3 месяца в течение первого года;

в дальнейшем – клинический осмотр пациента; ОАК, ОАМ; БАК – СРБ, АСЛ-О, креатинин, мочевины, глюкоза, общий белок, АЛТ, АСТ, общий билирубин; ЭКГ – 1 раз в 6 месяцев; Эхо-КГ – 1 раз в 12 месяцев.

Дополнительно 1 раз в 12 месяцев выполняются: БАК с исследованием уровней холестерина, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, коэффициента атерогенности, мочевой кислоты; суточное мониторирование ЭКГ.

31. При исходе ОРЛ в ХРБС – порок сердца медицинское наблюдение проводится в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хронической ревматической болезнью сердца», утвержденным постановлением, утвердившим настоящий клинический протокол.

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

Классификация хронической сердечной недостаточности (ХСН) по клиническим стадиям (Н.Д.Стражеско, В.Х.Василенко)

№ п/п	Стадия	Клинико-морфологическая характеристика
1	I стадия (начальная)	В покое изменения гемодинамики отсутствуют и выявляются только при физической нагрузке
2	IIa стадия	Нарушения гемодинамики сохраняются в покое. Признаки ХСН в покое выражены умеренно. Гемодинамика нарушена лишь в одном из отделов сердечно-сосудистой системы (в малом или большом кругах кровообращения)
3	IIб стадия	Нарушения гемодинамики сохраняются в покое. Выраженные гемодинамические нарушения, в которые вовлечена вся сердечно-сосудистая система (малый и большой круг кровообращения)
4	III стадия	Выраженные нарушения гемодинамики и признаки венозного застоя в обоих кругах кровообращения (с периферическими отеками вплоть до анасарки, гидроторакса, асцита), а также значительное нарушение перфузии и метаболизма органов и тканей. Конечная дистрофическая стадия со стойкими нарушениями метаболизма и необратимыми изменениями в структуре и функциях органов

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

Классификация хронической сердечной недостаточности (ХСН) Нью-Йоркской сердечной ассоциации (NYHA)

№ п/п	Функциональный класс	Характеристика
1	I	Заболевание сердца не ограничивает физическую активность. Обычная физическая нагрузка не сопровождается выраженной одышкой, утомляемостью или сердцебиением
2	II	Заболевание сердца приводит к незначительному ограничению физической активности. В покое симптомы отсутствуют. Обычная физическая нагрузка вызывает выраженную одышку, утомляемость или сердцебиение
3	III	Заболевание сердца приводит к значительному ограничению физической активности. В покое симптомы отсутствуют. Активность менее обычной вызывает выраженную одышку, утомляемость или сердцебиение
4	IV	Заболевание сердца приводит к значительному ограничению любой физической активности. Жалобы могут быть в покое. При любой активности симптомы усиливаются

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с острой ревматической лихорадкой»

Диагностические критерии ОРЛ (ВОЗ, модифицированные критерии Джонса, 1992)

№ п/п	Критерии
1	Большие критерии
1.1	Кардит
1.2	Артрит
1.3	Хорея
1.4	Кольцевидная эритема
1.5	Подкожные ревматические узелки
2	Малые критерии
2.1	Клинические
2.1.1	Артралгия
2.1.2	Лихорадка
2.2	Лабораторные
2.2.1	Повышение СОЭ
2.2.2	Повышение уровня С-реактивного белка
2.3	Инструментальные
2.3.1	Удлинение интервала PQ (PR) на ЭКГ
2.3.2	Признаки митральной или аортальной регургитации на ЭхоКГ
3	Данные, подтверждающие предшествовавшую инфекцию, вызванную β-гемолитическим стрептококком группы А (далее – БГСА)
3.1	Повышенные или повышающиеся титры противострептококковых антител (АСЛ > 250 ЕД)
3.2	Позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева
	ИЛИ
3.3	Положительный тест определения А-стрептококкового антигена
4	Диагностическое правило
4.1	ОРЛ высоковероятна, если имеются данные об инфекции, вызванной БГСА, и два любых больших критерия
4.2	ОРЛ возможна, если имеются данные об инфекции, вызванной БГСА, и один большой критерий в сочетании с двумя малыми

4.3	В случае развития хореи, диагноз может быть выставлен при наличии данных об инфекции, вызванной БГСА, и наличии одного большого критерия – хорея – при исключении других причин хорееподобных расстройств
-----	---