

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 хронической ревматической болезнью сердца»

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 хронической ревматической болезнью сердца (далее – ХРБС) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – I05 Ревматические болезни митрального клапана: I05.0 Митральный стеноз; I05.1 Ревматическая недостаточность митрального клапана; I05.2 Митральный стеноз с недостаточностью; I05.8 Другие болезни митрального клапана; I05.9 Болезнь митрального клапана неуточненная; I06 Ревматические болезни аортального клапана: I06.0 Ревматический аортальный стеноз; I06.1 Ревматическая недостаточность аортального клапана; I06.2 Ревматический аортальный стеноз с недостаточностью; I06.8 Другие ревматические болезни аортального клапана; I06.9 Ревматическая болезнь аортального клапана неуточненная; I07 Ревматические болезни трехстворчатого клапана: I07.0 Трикуспидальный стеноз; I07.1 Трикуспидальная недостаточность; I07.2 Трикуспидальный стеноз с недостаточностью; I07.8 Другие болезни трехстворчатого клапана; I07.9 Болезнь трехстворчатого клапана неуточненная; I08 Поражения нескольких клапанов: I08.0 Сочетанное поражение митрального и аортального клапанов; I08.1 Сочетанные поражения митрального и трехстворчатого клапанов; I08.2 Сочетанные поражения аортального и трехстворчатого клапанов; I08.3 Сочетанные поражения митрального, аортального и трехстворчатого клапанов; I08.8 Другие множественные болезни клапанов; I08.9 Множественное поражение клапанов неуточненное; I09 Другие ревматические болезни 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 ХРБС 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 ХРБС 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 ХРБС

7. Клиническая классификация ХРБС:

7.1. по исходам острой ревматической лихорадки:

ХРБС с пороком сердца;

ХРБС без порока сердца – поствоспалительный краевой фиброз створок;

7.2. по выраженности недостаточности кровообращения:

стадии 0, I, IIА, IIБ, III по классификации Н.Д.Стражеско и В.Х.Василенко в соответствии с приложением 1;

функциональные классы I, II, III, IV по классификации Нью-Йоркской сердечной ассоциации (NYHA) в соответствии с приложением 2;

7.3. по степени нарушения внутрисердечной гемодинамики:

без существенного нарушения внутрисердечной гемодинамики;

с умеренными нарушениями внутрисердечной гемодинамики;

со значительными нарушениями внутрисердечной гемодинамики;

7.4. по состоянию общей гемодинамики:

компенсированные пороки;

субкомпенсированные пороки;

декомпенсированные пороки;

7.5. по локализации поражения сердца:

моноклапанные пороки (поражен один клапан): митральный порок, аортальный порок, трикуспидальный порок;

комбинированные пороки (поражены два клапана и более): двухклапанные пороки – митрально-аортальный, аортально-митральный, митрально-трикуспидальный, аортально-трикуспидальный; трехклапанные пороки – аортально-митрально-трикуспидальный; митрально-аортально-трикуспидальный;

7.6. по функциональной форме:

простые пороки – стеноз, недостаточность;

комбинированные пороки – стеноз и (или) недостаточность нескольких клапанов;

сочетанные пороки – наличие стеноза и недостаточности одного клапана.

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

9. Для постановки диагноза проводятся:

клиническое обследование пациента (жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни; объективное обследование – оценка окраски кожи и видимых слизистых, выраженности отеков на нижних конечностях, перкуссия, пальпация пульса, прекардиальной области, брюшной полости, аускультация сердца и крупных сосудов;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

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

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с определением скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ) – на этапе верификации диагноза; при изменении характера течения заболевания; далее – 1 раз в 6 месяцев;

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); антистрептолизина-О (далее – АСЛ-О); общего холестерина; липидного спектра крови – липопротеинов высокой плотности (далее – ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (далее – ЛПНП), триглицеридов (далее – ТГ), определение коэффициента атерогенности – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания; далее – 1 раз в 6 месяцев;

исследование показателей гемостаза с определением уровней протромбинового времени (далее – ПТВ) с расчетом показателя международного нормализованного отношения (далее – МНО) у пациентов с механическими клапанными протезами, фибрилляцией предсердий – 1 раз в месяц;

микробиологическое исследование посевов из зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам – 1 раз в 12 месяцев;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания; далее – 1 раз в 6 месяцев;

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

электрокардиографическое исследование (далее – ЭКГ) – на этапе постановки диагноза, далее – 1 раз в 6 месяцев;

суточное мониторирование ЭКГ – у пациентов с нарушениями ритма и проводимости 1 раз в 6 месяцев;

суточное мониторирование артериального давления – 1 раз в 12 месяцев у пациентов с артериальной гипертензией;

эхокардиографическое исследование сердца (далее – Эхо-КГ) – на этапе постановки диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

консультация врача-стоматолога, врача-оториноларинголога – при постановке диагноза; далее – 1 раз в 12 месяцев.

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

ОАК – при постановке диагноза; ухудшении течения заболевания; далее – 1 раз в 7 дней;

ОАМ – при постановке диагноза; ухудшении течения заболевания; далее – 1 раз в 7 дней;

БАК с исследованием уровней СРБ, АСЛ-О, креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АсАТ, общего билирубина, калия, натрия, хлора – при постановке диагноза; ухудшении течения заболевания; далее – 1 раз в 7 дней;

исследование показателей гемостаза с определением уровней активированного частично тромбопластинового времени (далее – АЧТВ), фибриногена, ПТВ с расчетом показателя МНО у пациентов с механическими клапанными протезами, фибрилляцией предсердий – при постановке диагноза, при изменении характера течения заболевания, далее – 1 раз в 7–10 дней, при подборе дозы варфарина – исходно; на 2, 3, 5 дни приема варфарина, далее – 1 раз в 2 недели;

микробиологическое исследование посевов из зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам – при поступлении в больничную организацию для госпитализации;

РОГП – при верификации диагноза (при поступлении в больничную организацию для госпитализации в случае, если исследование не было выполнено на амбулаторном этапе);

ЭКГ – при поступлении в больничную организацию для госпитализации, далее – 1 раз в 7 дней, чаще – по медицинским показаниям;

Эхо-КГ – при верификации диагноза (при поступлении в больничную организацию для госпитализации в случае, если исследование не было выполнено на амбулаторном этапе);

консультация врача-стоматолога-терапевта и (или) врача-стоматолога-хирурга, врача-оториноларинголога – при постановке диагноза и в случае, если консультация не была проведена на амбулаторном этапе.

12. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

БАК с исследованием уровней альбумина, щелочной фосфатазы (далее – ЩФ), гаммаглутамилтранспептидазы (далее – ГГТП), магния;

исследование уровней гормонов щитовидной железы – тиреотропного гормона, Т4 свободного;

микробиологическое исследование посевов из зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам в случае острого или обострения хронического тонзиллита, фарингита;

эзофагофиброгастродуоденоскопия (далее – ЭФГДС).

13. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

БАК с исследованием уровней альбумина, щелочной фосфатазы, ГГТП, магния;

исследование уровней гормонов щитовидной железы – тиреотропного гормона, Т4 свободного;

исследование уровня антифосфолипидных антител: волчаночного антикоагулянта; антител к кардиолипину, антител к бета-2 гликопротеину I;

иммунологическое исследование крови с исследованием уровня антинуклеарных антител, при их диагностическом повышении – исследование антинуклеарных антител методом иммуноблоттинга – при впервые выявленном пороке сердца;

микробиологическое исследование венозной крови на флору, чувствительность к антибиотикам – трижды в течение суток;

исследование в сыворотке крови мозгового натрийуретического пептида (brain natriuretic peptide – BNP или его предшественника NT-proBNP) – дважды с оценкой динамики его изменения на фоне лечения;

исследование уровня прокальцитонина в сыворотке крови при стойкой лихорадке;

исследование на сифилис (при выявлении порока сердца);

чреспищеводная ЭХО-кардиография (далее – ЧП-ЭХО-КГ) при подозрении на вторичный инфекционный эндокардит, дисфункцию протеза у пациентов с механическими и биологическими протезами клапанов сердца;

магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) сердца при подозрении на вторичный инфекционный эндокардит (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

рентгеновская спиральная компьютерная томография (далее – РКТ) органов грудной полости с контрастированием при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии и ее ветвей;

суточное мониторирование ЭКГ у пациентов с нарушениями ритма и проводимости;

электрофизиологическое исследование (далее – ЭФИ) сердца;

ЭФГДС при наличии факторов риска развития гастропатии.

14. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям: врача-ревматолога, врача-кардиолога, врача-кардиохирурга; врача-эндокринолога, врача-реабилитолога.

15. Диагностика ХРБС осуществляется на основании данных о перенесенной острой ревматической лихорадке (далее – ОРЛ) (приложение 3), клинических проявлений и результатов Эхо-КГ о сформировавшемся пороке сердца или поствоспалительном краевом фиброзе с локализацией в зонах, характерных для ревматического вальвулита:

классификация митрального стеноза по степени выраженности по результатам ЭХО-КГ с доплерографией:

незначительный (легкий) – средний градиент на клапане (мм рт. ст.) менее 5, систолическое давление в легочной артерии менее 30, площадь митрального отверстия (см²) больше 1,5;

умеренный (средний) – средний градиент на клапане (мм рт. ст.) – 5–10, систолическое давление в легочной артерии – 30–50, площадь митрального отверстия (см²) – 1,0–1,5;

резкий – средний градиент на клапане (мм рт. ст.) больше 10, систолическое давление в легочной артерии больше 50, площадь митрального отверстия (см²) менее 1,0;

классификация аортального стеноза по степени выраженности на основании определения площади проходного отверстия клапана и градиента систолического давления (далее – ГСД) между левым желудочком и аортой:

умеренный стеноз – при ГСД < 50 мм рт. ст., площадь > 1 см² (норма 2,5–3,5 см²);

выраженный стеноз – при ГСД 50–80 мм рт. ст., площадь – 1–0,7 см²;

резкий стеноз – при ГСД > 80 мм рт. ст.;

критический стеноз – при ГСД до 150 мм рт. ст., площадь – 0,7–0,5 см².

16. Дифференциальный диагноз при ХРБС проводится со следующими заболеваниями: инфекционный эндокардит, клапанные пороки сердца другой этиологии – атеросклеротические, сифилитические, врожденные, на фоне антифосфолипидного синдрома, при системной красной волчанке, вследствие эндокардита Либмана-Сакса.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРБС

17. У пациентов с ХРБС проводится комплексная терапия, направленная на предупреждение возникновения повторной ОРЛ, прогрессирования порока сердца, развития нарушений ритма, хронической сердечной недостаточности, вторичного инфекционного эндокардита, продолжается лечение, начатое в стационарных условиях в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения ОРЛ, тахикардии и нарушений проводимости, хронической сердечной недостаточности.

18. Медицинские показания к лечению пациентов с ХРБС в стационарных условиях (в отделениях терапевтического профиля больничных организаций):

прогрессирование хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН) выше IIА стадии;

пароксизмальные формы нарушений ритма;

сложные нарушения ритма и проводимости;

повторная острая ревматическая лихорадка.

Медицинские показания к лечению пациентов с ХРБС в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания:

контроль течения заболевания;

наличие поствоспалительного краевого фиброза клапана без нарушения его функции или с минимальными нарушениями (регургитация на клапане 1 степени);

пороки сердца различной локализации без ХСН или со стабильным ее течением не выше IIА стадии, без нарушений ритма или с постоянной формой фибрилляции предсердий и адекватным контролем ритма.

19. Медикаментозное лечение пациентов с ХРБС включает применение ЛП для лечения ХСН с учетом особенностей клапанного поражения, ЛП для лечения нарушений сердечного ритма и проводимости, ЛП для медицинской профилактики инфекционного эндокардита при выполнении медицинских манипуляций, которые могут привести к кратковременным эпизодам бактериемии (стоматологические манипуляции с риском повреждения десны, ФГДС с биопсией, колоноскопия с биопсией, катетеризация мочевого пузыря в присутствии инфекции, кюретаж полости матки в присутствии инфекции):

20. Лечение ХСН с учетом особенностей клапанного поражения включает применение ингибиторов АПФ (далее – иАПФ) или антагонистов АТ₁ рецепторов ангиотензина (далее – АРА), бета-адреноблокаторов (далее – БАБ) методом медленного титрования дозы от минимальных доз иАПФ, АРА, БАБ до максимально переносимых (контроль по уровню артериального давления (далее – АД), частоты сердечных

сокращений (далее – ЧСС), по динамике фракции выброса) доз ЛП на протяжении первых трех месяцев терапии до достижения целевой дозы для постоянного приема, антагонистов альдостерона, диуретиков:

20.1. иАПФ назначаются для постоянного приема по принципу индивидуального подбора дозы от минимальной до максимально переносимой и эффективной:

каптоприл, таблетки 12,5 мг, 25 мг, 50 мг, начальная разовая доза 12,5 мг 3 раза в сутки, в последующем может быть увеличена;

или эналаприл, таблетки 5 мг, 10 мг, 20 мг, начальная доза 2,5 мг, 1 раз в сутки, в последующем может быть увеличена;

или рамиприл, таблетки 2,5 мг, 5 мг, 10 мг, 12,5 мг, начальная доза 1,25–2,5 мг 1 раз в сутки, в последующем может быть увеличена;

или фозиноприл (иАПФ с двойным путем выведения), таблетки 10 мг, 20 мг, при почечной недостаточности (креатинин в 2 раза выше нормы) начальная доза 5 мг 1 или 2 раза в сутки, в последующем может быть постепенно увеличена;

или лизиноприл, таблетки 10 мг, 20 мг, начальная доза 2,5–5 мг 1 раз в сутки, в последующем может быть увеличена;

или периндоприл, капсулы 2 мг, 4 мг, 8 мг, таблетки 2 мг, 4 мг, 8 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 5 мг, 10 мг, начальная доза 2 мг, в последующем может быть увеличена;

20.2. АРА назначаются как альтернатива иАПФ и при непереносимости иАПФ:

валсартан, таблетки, покрытые оболочкой 80 мг, 160 мг, начальная доза 80 мг 1 раз в сутки, в последующем может быть увеличена;

или лозартан, таблетки, покрытые оболочкой 25 мг, 50 мг, 100 мг, начальная доза 25 мг 1 раз в сутки, в последующем может быть увеличена;

или кандесартан, таблетки 8 мг, 16 мг, 32 мг, начальная доза 4 мг 1 раз в сутки, в последующем может быть увеличена;

20.3. БАБ:

бисопролол, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг, 5 мг, 10 мг, начальная доза 1,25 мг, в последующем может быть увеличена;

или карведилол, капсулы 6,25 мг, 12,5 мг, 25 мг, таблетки 6,25 мг, 12,5 мг, 25 мг, начальная доза 3,125 мг 2 раза в сутки, в последующем может быть увеличена;

или небиволол, таблетки 5 мг, начальная доза 1,25 мг 1 раз в сутки, в последующем может быть увеличена;

20.4. антагонисты альдостерона (калийсберегающие диуретики):

спиронолактон, таблетки 25 мг, 50 мг, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг, начальная доза 25–50 мг 1 раз в сутки при уровне калия меньше 5 мЭкв/л;

эплеренон, таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг, 50 мг, начальная доза 25 мг 1 раз в сутки, может быть увеличена до 50 мг;

20.5. диуретики:

торасемид, таблетки 5 мг, 10 мг, 20 мг, начальная доза 5 мг 1 раз в сутки, может быть увеличена до 20–40 мг;

фуросемид, таблетки 40 мг, раствор для инъекций (раствор для внутривенного и внутримышечного введения) 10 мг/мл, 2 мл, режим дозирования устанавливается индивидуально в зависимости от клинической ситуации, начальная доза 20–40 мг 1 раз в сутки, при тяжелом течении доза может составлять 80–120–160 мг в сутки, разделенная на 2 приема, внутривенно препарат назначается, когда прием внутрь нецелесообразен, не эффективен или требуется быстрый эффект, рекомендуется непрерывная инфузия ЛП в дозе 20–40 мг с последующим увеличением дозы по медицинским показаниям;

гидрохлортиазид, таблетки 25 мг, 100 мг, начальная доза 25 мг может быть в последующем увеличена по медицинским показаниям;

ацетазоламид, таблетки 250 мг, при неэффективности комбинированной диуретической терапии 250 мг 1 раз в сутки через сутки (2–3 приема) или 250 мг 1 раз в сутки ежедневно 2–3 дня с последующим перерывом.

21. Лечение наиболее частых нарушений сердечного ритма:

21.1. тахисистолический вариант фибрилляции предсердий, постоянная форма:

БАБ (аналогично подпункту 20.3 пункта 20 настоящего клинического протокола), при неэффективном лечении или их непереносимости добавляют сердечные гликозиды – дигоксин, таблетки 0,25 мг, начальная доза 0,125 мг 1 раз в сутки, может быть увеличена до 0,25 мг дважды в сутки под контролем частоты ритма;

антикоагулянты, варфарин, таблетки 2,5 мг, 3 мг, 5 мг, доза подбирается индивидуально, целевой уровень МНО при нативных клапанах 2,5–3,0;

21.2. тахисистолический вариант фибрилляции предсердий, купирование пароксизма в зависимости от длительности:

при длительности пароксизма < 48 часов – восстановление ритма без длительной антикоагулянтной подготовки;

при длительности пароксизма > 48 часов – антикоагулянтная подготовка в течение ≥ 3 недель варфарином (под контролем МНО = 2,0–3,0), в стационарных условиях с первых суток госпитализации одновременно с началом приема варфарина назначается гепарин (нефракционированный или низкомолекулярный) до достижения целевого МНО = 2,0–3,0. либо выполняется ЧП-ЭХО-КГ, что может быть альтернативой длительной антикоагулянтной подготовке, при отсутствии тромбов на ЧП-ЭХО-КГ – длительная антикоагулянтная подготовка в течение 3 недель не обязательна; спонтанное ЭХО-контрастирование полости левого предсердия не является медицинским противопоказанием для кардиоверсии, для контроля ЧСС используются БАБ, дигоксин (подпункт 20.3 пункта 20, подпункт 21.1 пункта 21 настоящего клинического протокола) или амиодарон 600–1200 мг/сутки;

при длительности пароксизма > 7 дней наиболее эффективными мерами восстановления синусового ритма являются:

электрическая кардиоверсия (200–360 Дж); для профилактики ранних рецидивов целесообразно использовать подготовку с назначением метопролола (50–150 мг/сутки), пропафенона (300–450 мг/сутки), соталола (160–320 мг/сутки);

при отсутствии медицинских противопоказаний производится фармакологическая кардиоверсия амиодароном – амиодарон внутрь 600–1200 мг/сутки (предпочтительно таблетированный прием для снижения побочных эффектов от внутривенно введения (флебиты, другие) до купирования пароксизма или достижения суммарной дозы 10 г); при невосстановлении синусового ритма после достижения суммарной дозы амиодарона 10 г – электрическая кардиоверсия;

медицинская профилактика пароксизмов (подбор эффективного ЛП) в зависимости от структурной патологии и сопутствующих заболеваний;

по медицинским показаниям: абляция субстрата аритмии;

21.3. наджелудочковая тахикардия: купирование приступа в зависимости от длительности пароксизма, стабильности гемодинамики и эффективности ЛП в анамнезе:

метопролол, ампулы, раствор для внутривенного введения 1 мг/мл, 5 мл, начальная доза 2,5–5 мл (2,5–5,0 мг) со скоростью 1–2 мг/мин, при необходимости введение повторить с 5-минутным интервалом до достижения терапевтического эффекта или введения дозы 10–15 мг (максимальная доза – 20 мг);

метопролол, таблетки 25, 50, 100 мг, капсулы с замедленным высвобождением 50 мг, 100 мг, таблетки с замедленным высвобождением, покрытые оболочкой, 50 мг, 100 мг, внутрь 25–50 мг;

пропафенон, таблетки, покрытые оболочкой, 150 мг, начальная доза 150–300 мг однократно, при необходимости повторно через 1–2 часа;

этализин, таблетки, покрытые оболочкой 50 мг, внутрь 50–100 мг однократно, при необходимости повторить прием через 1–2 часа, возможно применение с БАБ: метопролол 25–50 мг или бисопролол 2,5–5 мг;

при отсутствии эффекта от других ЛП назначается амиодарон, концентрат для приготовления раствора для инфузий, 50 мг/мл, 3 мл, инфузия 300 мг (5 мг/кг массы

тела) на 250 мл раствора глюкозы 5 % в течение 20 минут, затем внутривенно капельно 1000–1200 мг (15 мг/кг массы тела) на 500 мл раствора глюкозы 5 % в течение суток;

электроимпульсная терапия (далее – ЭИТ) 50–360 Дж;

профилактика приступов – подбор эффективного ЛП:

метопролол, таблетки 25, 50, 100 мг, капсулы с замедленным высвобождением, 50 мг, 100 мг, таблетки, с замедленным высвобождением, покрытые оболочкой, 50 мг, 100 мг внутрь 25–200 мг в сутки, кратность приема в зависимости от формы ЛП;

или бисопролол, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг, 5 мг, 10 мг, внутрь 2,5–10 мг 1 раз в сутки;

или бетаксолол, таблетки, покрытые оболочкой, внутрь 5–20 мг 1 раз в сутки;

или соталол, таблетки 80 мг, 160 мг, внутрь 80–320 мг, разделенные на 2 приема под контролем длительности интервала QT (не выше 500 мсек. или увеличение не более 25 % от исходного значения);

или пропafenон, таблетки, покрытые оболочкой, 150 мг, внутрь 450–600 мг в сутки в 3 приема;

или этацин, таблетки, покрытые оболочкой, 50 мг, внутрь 150–200 мг в сутки в 3 приема;

или верапамил, таблетки 80 мг, внутрь 120–360 мг в сутки в 3–4 приема.

22. Особенности фармакотерапии ХСН у пациентов с ХРБС и пороками сердца:

22.1. при нетяжелом аортальном стенозе и развитии перегрузки по малому кругу кровообращения назначаются:

низкие или умеренные дозы тиазидных и петлевых диуретиков (гидрохлортиазид, торасемид, фуросемид); конкурентных антагонистов альдостерона (спиронолактон);

на ранних стадиях аортального стеноза, особенно при наличии артериальной гипертензии, применяют иАПФ или АРА;

при выраженной степени стеноза в соответствии с пунктом 15 настоящего клинического протокола эти ЛП отменяются вследствие того, что они за счет снижения пред- и постнагрузки еще больше уменьшают низкий сердечный выброс, сформировавшийся к этому времени; не назначают нитраты, антагонисты кальция (далее – АК) из группы дигидропиридинов и другие вазодилататоры, препараты выбора – диуретики;

22.2. при митральном стенозе назначаются БАБ и сердечные гликозиды, обладающие отрицательным хронотропным эффектом;

сердечные гликозиды назначают при синусовом ритме, при фибрилляции и трепетании предсердий в минимальных дозах (дигоксин 0,125–0,25 мг/сутки);

для разгрузки малого круга кровообращения назначаются петлевые диуретики (фуросемид, торасемид) в умеренных дозах или в интермиттирующем режиме;

не показано назначение индапамида из-за его выраженного вазодилатирующего эффекта;

иАПФ назначаются в небольших дозах, так как высокие дозы за счет вазодилатирующего эффекта создают дефицит циркулирующей крови при имеющемся малом выбросе;

22.3. при аортальной недостаточности назначаются иАПФ или АРА, АК дигидропиридинового ряда (нифедипин пролонгированного действия, амлодипин), которые благодаря вазодилатирующему эффекту уменьшают регургитацию в левый желудочек;

при наличии отеков назначают диуретики, антагонисты альдостерона;

22.4. при митральной недостаточности назначаются иАПФ или АРА, которые уменьшают регургитацию через митральный клапан и препятствуют ремоделированию левого желудочка;

при фибрилляции или трепетании предсердий назначается комбинация БАБ с сердечными гликозидами;

при отежном синдроме назначаются диуретики;

для разгрузки малого круга кровообращения назначаются диуретики и нитраты;

22.5. при трикуспидальной недостаточности назначаются ингибиторы АПФ или АРА;

для разгрузки большого круга кровообращения назначаются высокие дозы петлевых диуретиков и конкурентных антагонистов альдостерона;

для устранения систолической дисфункции, на фоне дилатации правого желудочка, применяются сердечные гликозиды, БАБ в низких дозах.

23. Оценка эффективности лечения:

23.1. в амбулаторных условиях (в амбулаторно-поликлинических организациях) оценка эффективности лечения проводится врачом-ревматологом по направлению врача-терапевта 1 раз в 6 месяцев в течение первого года наблюдения на основании динамики клинических, лабораторных показателей и результатов Эхо-КГ. Лечение считается эффективным, если через 3 месяца от момента начала лечения не определяются признаки активности воспалительного процесса и отсутствует отрицательная динамика данных Эхо-КГ в отношении прогрессирования порока сердца или его формирования;

23.2. в стационарных условиях эффективным считается лечение, приводящее к уменьшению явлений хронической сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма, гемодинамических характеристик порока сердца, отсутствию эпизодов повторной ОРЛ.

ГЛАВА 4

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРБС

24. Немедикаментозные методы лечения ХРБС:

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

24.2. мероприятия по медицинской реабилитации у пациентов с ХРБС направлены на сохранение трудового потенциала, качества жизни. 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.

25. Возможные исходы заболевания:

стабильное течение порока сердца;

прогрессирование гемодинамических изменений, обусловленных пороком сердца;

декомпенсация порока сердца с развитием ХСН различных функциональных классов;

хирургическая коррекция порока сердца;

смерть пациента вследствие развития полиорганной недостаточности, вторичного инфекционного эндокардита, тромбоэмболических осложнений.

26. Медицинская профилактика ХРБС (вторичная) включает:

санацию хронической очаговой инфекции;

профилактику повторной ОРЛ;

профилактику вторичного инфекционного эндокардита (далее – ИЭ), в том числе, медикаментозную профилактику ИЭ у пациентов с ХРБС и пороками сердца (относятся к группе высокого риска возникновения ИЭ).

Медицинская профилактика ИЭ проводится при стоматологических процедурах, требующих манипуляций на деснах или периапикальной области зубов, при риске перфорации слизистой оболочки полости рта, разрезе слизистой полости рта, удалении зуба, лечении корневых каналов, инъекции в связку зуба (интралигаментарная анестезия), удалении зубных отложений, операции на пародонте, любой другой манипуляции, при которой травмируется зубодесневое соединение.

В этих случаях применяют следующие ЛП:

амоксциллин, капсулы 250 мг, 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 250, 500 мг, 1000 мг, внутрь; за 30–60 минут до предполагаемого хирургического вмешательства однократно в дозе 2 г;

или ампициллин, таблетки 250 мг, внутрь; за 30–60 минут до предполагаемого хирургического вмешательства однократно в дозе 2 г;

или цефазолин, порошок для приготовления раствора для внутривенного (далее – в/в) и внутримышечного введения 500 мг, 1000 мг – 1 г внутривенно за 30–60 минут до предполагаемого хирургического вмешательства однократно;

или цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для в/в введения 500 мг, 1000 мг – 1,0 г в/в за 30–60 минут до предполагаемого хирургического вмешательства однократно.

Назначение цефалоспоринов противопоказано у пациентов с анафилаксией, ангионевротическим отеком или крапивницей на прием пенициллина или ампициллина.

При аллергии к пенициллину или ампициллину назначают клиндамицин, капсулы 300 мг, внутрь; 600 мг однократно внутрь за 30–60 минут до предполагаемого хирургического вмешательства.

Антибиотикотерапия назначается при выполнении инвазивных процедур на фоне инфекции.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРБС В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

27. Медицинское наблюдение пациентов с ХРБС в амбулаторных условиях осуществляется врачом-терапевтом (врачом общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога.

28. В течение первого года после установления диагноза осуществляются следующие мероприятия:

первые 6 месяцев – 1 раз в 3 месяца:

клинический осмотр с проведением теста 6-минутной ходьбы;

ОАК;

ОАМ;

БАК с исследованием уровней СРБ, АСЛ-О, АсАТ, АлАТ, мочевины, креатинина, общего белка, билирубина, глюкозы;

МНО при наличии фибрилляции предсердий или клапанного протеза – 1 раз в месяц;

ЭКГ;

ЭХО-КГ – 1 раз в 6 месяцев;

последующие 6 месяцев в течение первого года после установления диагноза – все перечисленные обследования и исследования выполняются однократно.

29. После первого года наблюдения:

1 раз в 12 месяцев – клинический осмотр с проведением теста 6-минутной ходьбы;

ОАК;

ОАМ;

БАК с исследованием уровней СРБ, АСЛ-О, АсАТ, АлАТ, КФК, мочевины, креатинина, общего белка, билирубина, глюкозы;

РОГП;

ЭКГ;

ЭХО-КГ;

консультация врача-отоларинголога;

консультация врача-стоматолога-терапевта и (или) врача-стоматолога-хирурга;

консультация врача-кардиохирурга (по медицинским показаниям).

30. Медицинские показания для направления на консультацию к врачу-кардиохирургу для решения вопроса об оперативном лечении пациентов с ХРБС с пороками сердца:

30.1. при аортальной недостаточности:

все симптоматические пациенты со II и выше функциональным классом по NYHA, с фракцией выброса $> 20-30\%$ или с конечным систолическим диаметром < 5 мм;

при наличии конечно-диастолического диаметра, приближающегося к 70 мм;

30.2. при аортальном стенозе:

все пациенты, имеющие симптомы заболевания, а также пациенты без симптомов с высоким трансвальвулярным градиентом давления (больше 60 мм рт. ст.), площадью отверстия $\leq 0,6$ см², коронарной или другой клапанной патологией до развития левожелудочковой декомпенсации;

30.3. при митральном стенозе:

уменьшение площади митрального клапана $< 1,5$ см², II и выше функциональный класс NYHA;

30.4. при митральной недостаточности:

площадь эффективного отверстия регургитации > 20 мм², II и более степень регургитации и II–III функциональный класс NYHA;

оперативное лечение митральной недостаточности должно быть проведено до того, как конечный систолический индекс (далее – КСИ) достигнет 40–50 мл/м², так как увеличение КСИ ≥ 60 мл/м² предполагает неблагоприятный прогноз;

30.5. при стенозе трехстворчатого клапана – при эффективной площади отверстия $< 1,5$ см²;

30.6. при недостаточности трехстворчатого клапана – при наличии регургитации крови в правое предсердие II–III степени.

При выборе способа коррекции трикуспидального порока учитывается наличие у пациента предикторов резидуальной легочной гипертензии:

давление заклинивания легочной артерии > 50 мм рт. ст.;

толщина стенки правого желудочка > 7 мм;

диаметр левого предсердия > 55 мм;

фракция выброса правого желудочка $< 30\%$.

Приложение 1

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с хронической ревматической
болезнью сердца»

Классификация 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 хронической ревматической
болезнью сердца»

Классификация 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 хронической ревматической
болезнью сердца»

Диагностические критерии острой и повторной ревматической лихорадки (ВОЗ, модифицированные критерии Джонса, 1992)

1. Большие критерии: кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные узелки.
2. Малые критерии:
клинические – артралгия, лихорадка;
лабораторные – повышение СОЭ, повышение уровня СРБ;
инструментальные – удлинение интервала PQ (PR) на ЭКГ, признаки митральной или аортальной регургитации на ЭхоКГ.
3. Данные, подтверждающие предшествовавшую инфекцию, вызванную β -гемолитическим стрептококком группы А (далее – БГСА):
повышенные или повышающиеся титры противострептококковых антител (АСЛ > 50);
позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева, или
положительный тест быстрого определения А-стрептококкового антигена.
4. Диагностическое правило:
ОРЛ высоковероятна, если имеются данные об инфекции, вызванной БГСА, и два любых больших критерия;
ОРЛ возможна, если имеются данные об инфекции, вызванной БГСА, и один большой критерий в сочетании с двумя малыми.