

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 вторичным остеопорозом при ревматологических заболеваниях»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи пациентам (взрослое население) с вторичным остеопорозом при ревматологических заболеваниях в амбулаторных и стационарных условиях (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10): М80.4 Лекарственный остеопороз с патологическим переломом; М81.4 Лекарственный остеопороз; М82 Остеопороз при болезнях, классифицированных в других рубриках.

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

диагностические критерии – клинические, лабораторные, инструментальные, морфологические признаки, на основании которых устанавливается клинический диагноз вторичного остеопороза (далее – ОП) у пациентов с ревматологическими заболеваниями;

дополнительная диагностика – комплекс медицинских услуг, необходимость в которых определяется по результатам обязательной диагностики и которые проводятся с целью уточнения причины заболевания, дифференциальной диагностики, определения степени тяжести патологического процесса;

клинические критерии – клинические признаки, которые позволяют предположить наличие у пациента с ревматологическим заболеванием ОП, но не является достаточно специфичными для установления клинического диагноза;

клинический диагноз – медицинское заключение о состоянии здоровья пациента, которое устанавливается на основании оценки результатов медицинского осмотра, данных обязательной и дополнительной диагностики и включает основное заболевание, его осложнения, сопутствующие заболевания с указанием клинической формы и стадии;

обязательная диагностика – минимальный комплекс медицинских услуг, предоставляемых пациенту на любом уровне оказания медицинской помощи;

ОП – метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, нарушением микроархитектоники костной ткани и, как следствие, переломами при минимальной травме, которое развивается вследствие различных заболеваний или состояний, а также приема некоторых групп лекарственных средств;

низкоэнергетический перелом – перелом типичных для ОП локализаций (проксимального отдела бедренной кости, дистального метаэпифиза лучевой кости, проксимального отдела плечевой кости, перелом тел(а) позвонков, ребер, костей таза, большеберцовой кости), возникающие при низкоэнергетической травме или спонтанно при кашле, чихании, подъеме тяжести; переломы лодыжек, костей кисти и стопы не относятся к патологическим переломам, характерным для остеопороза.

3. Направление пациентов с ОП при ревматологических заболеваниях 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. Медикаментозная терапия назначается в соответствии с настоящим клиническим протоколом, с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата и медицинского изделия.

5. 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

6. Клиническая классификация вторичного ОП:

при ревматологических и аутоиммунных заболеваниях;

при приеме лекарственных средств.

7. Степень ограничения (функциональный класс) способности к трудовой деятельности:

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.

8. Осложнения вторичного ОП:

переломы типичных для ОП локализаций (проксимального отдела бедренной кости, дистального метаэпифиза лучевой кости, проксимального отдела плечевой кости, перелом тел(а) позвонков, ребер, костей таза, большеберцовой кости), возникающие при низкоэнергетической травме или спонтанно при кашле, чихании, подъеме тяжести.

9. Постановку диагноза ОП при ревматологических заболеваниях осуществляют врач-ревматолог.

При первичном обращении пациента к врачам другой специальности для подтверждения диагноза пациент должен быть направлен к врачу-ревматологу.

Для постановки диагноза проводится:

клиническое обследование пациента:

лабораторно-инструментальное обследование пациента – обязательное и дополнительное;

консультации врачей-специалистов.

10. Клиническое обследование пациентов с ОП включает:

анализ жалоб пациентов:

до развития патологического перелома остеопороз не имеет клинических проявлений;

при возникновении перелома сильная боль, отек, деформация конечности, невозможность или ограничение в пользовании конечности;

при переломах тел позвонков – стойкий болевой синдром в грудном или поясничном отделах позвоночника, одышку, дисфагию, изжогу, нарушения стула и дизурические явления, снижение роста, изменение походки и осанки.

Интенсивность болевого синдрома оценивается по визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ), которая представляет собой непрерывную шкалу в виде горизонтальной или вертикальной линии длиной 10 см и расположенными на ней двумя крайними точками: «отсутствие боли» и «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 «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).

Анамнез развития и факторов риска заболевания: длительный прием глюкокортикоидов (далее – ГК) – это прием ГК в дозе $\geq 2,5$ мг по преднизолону в течение более трех месяцев дозы, особенности течения основного заболевания, злоупотребление алкоголем, курение, предшествующие переломы (травматические, при минимальной травме), значительная потеря массы тела, частота падений, наличие астении, деменции, ортостатических нарушений, нарушений зрения, снижения слуха, низкой физической активности, перелом бедра у родителей.

Измерение роста, массы тела с расчетом индекса массы тела по стандартной формуле (вес (кг)/(рост (м))²). При фиксации результатов измерения роста уточняется максимальный рост в молодом возрасте (25 лет) и (или) при последнем предыдущем измерении роста – снижение роста на 2 см и более за 1–3 года или на 4 см и более за жизнь позволяет заподозрить переломы тел позвонков.

Оценка формы грудной клетки и осанки: наличия избыточного грудного кифоза, складок кожи на спине и боках, уменьшение расстояния между реберными дугами и гребнями подвздошных костей меньше ширины 2 пальцев, расстояние между затылком и стеной более 5 см.

Оценка риска падений с помощью теста «Встань и иди»: встать со стула, пройти 3 м и вернуться обратно. Время выполнения теста более 10 секунд свидетельствует о повышенном риске падений. Косвенными свидетельствами повышения риска падений являются: невозможность пройти 100 м без остановки; невозможность подняться со стула без опоры на руки; частые падения в анамнезе.

11. Обязательные лабораторно-инструментальные обследования в амбулаторно-поликлинических организациях:

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с исследованием уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ – на этапе постановки диагноза; далее – 1 раз в 12 месяцев;

биохимический анализ крови (далее – БАК) с исследованием уровней креатинина, глюкозы, общего белка, общего кальция, неорганического фосфора, щелочной фосфатазы – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (прогрессирование деформации позвоночного столба, возникновение новых низкоэнергетических переломов типичных для остеопороза локализаций); далее – 1 раз в 12 месяцев;

расчет скорости клубочковой фильтрации (далее – СКФ) по формуле СКD-EPI по креатинину – на этапе постановки диагноза; далее – 1 раз в 12 месяцев;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – на этапе постановки диагноза; далее – 1 раз в 12 месяцев;

оценка индивидуальной 10-летней вероятности патологического перелома с использованием алгоритма FRAX (Fracture Risk Assessment Tool), адаптированного для Республики Беларусь на этапе постановки диагноза для лиц старше 40 лет;

двухэнергетическая рентгеновская денситометрия (далее – ДРА) поясничного отдела позвоночника и проксимальных отделов бедренных костей – на этапе постановки диагноза; далее – 1 раз в 12 месяцев;

консультация врача-ревматолога – 1 раз в 12 месяцев; при изменении характера течения заболевания (прогрессирование деформации позвоночного столба, возникновение новых низкоэнергетических переломов типичных для остеопороза локализаций).

12. Обязательные лабораторно-инструментальные обследования в стационарных условиях (ревматологических отделениях):

ОАК с исследованием уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ – при поступлении;

БАК с исследованием уровней креатинина, глюкозы, общего белка, общего кальция, неорганического фосфора, щелочной фосфатазы, мочевины, глюкозы, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ) – при поступлении;

расчет СКФ по формуле CKD-EPI по креатинину – на этапе постановки диагноза;

ОАМ – при поступлении;

оценка индивидуальной 10-летней вероятности патологического перелома с использованием алгоритма FRAX (Fracture Risk Assessment Tool), адаптированного для Республики Беларусь – на этапе постановки диагноза для лиц старше 40 лет;

ДРА поясничного отдела позвоночника и проксимальных отделов бедренных костей – на этапе постановки диагноза; при установленном диагнозе – для отслеживания динамики эффективности терапии в случаях, когда предшествующее исследование выполнялось 12 и более месяцев назад.

13. Дополнительные лабораторно-инструментальные обследования в амбулаторно-поликлинических организациях:

БАК: исследование уровней АЛТ, АСТ, ферритина, С-реактивного белка (далее – СРБ);

биохимические маркеры костного ремоделирования: остеокальцин в сыворотке крови, N-терминальный пропептид проколлагена 1-го типа (P1NP) в сыворотке крови, С-концевой телопептид коллагена 1 типа (β -crosslaps, CTX) в сыворотке крови, пиридинолин и дезоксипиридинолин в моче;

исследование уровня общего витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови;

исследование уровня паратиреоидного гормона в сыворотке крови;

стандартная рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника (Th4–L5) в боковой проекции для выявления компрессионных переломов тел позвонков:

при боли в спине в сочетании хотя бы с одним из признаков – дебют боли в возрасте старше 50 лет, указание на падение с высоты собственного роста или подъем тяжести, связь с травмой, предшествующие переломы в анамнезе, возраст старше 55 лет, длительный прием ГК, снижение роста на 2 см и более за 1–3 года или на 4 см и более по сравнению с ростом в возрасте 25 лет;

при длительном приеме ГК – 1 раз в 12 месяцев;

расчет трабекулярного костного индекса при проведении ДРА;

количественная компьютерная томография шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, тазобедренных суставов, проксимальных отделов бедренных костей при подозрении на онкологические заболевания, асептический некроз кости, травмы, септические процессы костей указанных локализаций, болезнь Педжета, стеноз спинномозгового канала;

эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭФГДС) при подозрении на наличие патологии пищеварительной системы.

14. Дополнительные лабораторно-инструментальные обследования в стационарных условиях:

БАК: исследование уровней ферритина, альбумина, СРБ;

биохимические маркеры костного ремоделирования: остеокальцин в крови, N-терминальный пропептид проколлагена 1-го типа (P1NP) в крови, С-концевой телопептид коллагена 1 типа (β -crosslaps, CTX) в крови, пиридинолин и дезоксипиридинолин в моче;

исследование уровня общего витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови;

исследование уровня паратиреоидного гормона в сыворотке крови при подозрении на гиперпаратиреоз;

исследование ионизированного кальция в сыворотке крови при гипо- или гиперкальциемии;

электрофорез белков в сыворотке крови, иммунофиксация белков сыворотки крови, определение свободных легких цепей иммуноглобулинов при подозрении на множественную миелому;

антитела к тканевой трансглутаминазе (IgA и IgG) при подозрении на целиакию;

гомоцистеин в сыворотке крови при подозрении на гомоцистинурию;

исследование кальция, фосфора в разовой и суточной порции мочи при отклонении уровней кальция, фосфора сыворотки крови от референсных показателей;

стандартная рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника (Th–4L5) в боковой проекции или морфометрия грудного и поясничного отделов позвоночника (Th4–L5) при проведении двухэнергетической ДРА поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости с целью выявления компрессионных переломов тел позвонков:

при боли в спине в сочетании хотя бы с одним из признаков – дебют боли в возрасте старше 50 лет, указание на падение с высоты собственного роста или подъем тяжести, связь с травмой, предшествующие переломы в анамнезе, возраст старше 55 лет, длительный прием ГК, снижение роста на 2 см и более за 1–3 года или на 4 см и более по сравнению с ростом в возрасте 25 лет;

при длительном приеме ГК – 1 раз в 12 месяцев;

расчет трабекулярного костного индекса при проведении ДРА;

количественная компьютерная томография шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, тазобедренных суставов, проксимальных отделов бедренных костей при подозрении на онкологические заболевания, асептический некроз кости, травмы, септические процессы костей указанных локализаций, болезнь Педжета, стеноз спинномозгового канала;

ЭФГДС при подозрении на наличие патологии пищеварительной системы;

периферическая ДРА костей предплечья при невозможности выполнения ДРА поясничного отдела позвоночника (выраженные деформации позвонков, наличие металлоконструкций) и проксимальных отделов бедренных костей (протезирование, переломы, выраженный артроз и деформации костей), большом весе пациента, гиперпаратиреозе;

остеосцинтиграфия с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями скелета, включая опухоли (первичные и метастатические), воспалительные процессы (остеомиелит), болезнь Педжета, выявления травм (в том числе скрытых переломов);

анализ полиморфизмов генов COL1A1, COL1A2 при подозрении на наличие наследственных заболеваний, ассоциированных с нарушением синтеза коллагена I типа и повышенным риском патологических переломов (несовершенный остеогенез).

15. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям: врача-эндокринолога, врача-невролога, врача-травматолога-ортопеда, врача-гастроэнтеролога, врача-гематолога, врача-акушера-гинеколога, врача-онколога, врача-генетика, врача-реабилитолога.

16. Критерии диагностики ОП при ревматологических заболеваниях:

16.1. У женщин в постменопаузе и у мужчин старше 50 лет основанием для постановки диагноза являются (достаточно одного критерия):

наличие переломов типичных для остеопороза локализаций (бедренной кости, тел(а) позвонков(а), множественных переломов), возникших при низкоэнергетической травме или спонтанно, в анамнезе или выявленных при обследовании;

наличие высокой индивидуальной 10-летней вероятности основных патологических переломов по результатам оценки FRAX: для перелома проксимального отдела бедренной кости $\geq 3\%$, для основных остеопоротических переломов $\geq 20\%$;

снижение минеральной плотности кости (далее – МПК), измеренной методом ДРА: Т-критерий $\leq -2,5$ стандартных отклонений (далее – СО).

16.2. Критерии диагностики у женщин в менопаузе и у мужчин младше 50 лет:

Снижение МПК, измеренной методом ДРА, (Z-критерий $\leq 2,0$ СО) и наличие переломов типичных для остеопороза локализаций (бедренной кости, тел(а) позвонков(а), множественных переломов), возникших при низкоэнергетической травме или спонтанно, в анамнезе или выявленных при обследовании.

16.3. Критерии диагностики у лиц, получающих ГК в дозе $\geq 7,5$ мг/сут (по преднизолону) в течение ≥ 3 месяцев (достаточно одного критерия):

снижение МПК, измеренной методом ДРА (Т-критерий $\leq -1,5$ СО у мужчин 50 лет и старше и у женщин в постменопаузе; Z-критерий $\leq -2,0$ СО у женщин в менопаузе и мужчин моложе 50 лет);

наличие переломов типичных для ОП локализаций, возникших при низкоэнергетической травме или спонтанно, в анамнезе или выявленных при обследовании;

для лиц старше 40 лет: наличие высокой индивидуальной 10-летней вероятности основных патологических переломов по результатам оценки FRAX с использованием поправочных коэффициентов: для перелома проксимального отдела бедренной кости ≥ 3 %, для основных остеопоротических переломов ≥ 20 %.

16.4. При формулировке клинического диагноза ОП указываются: вероятная причина ОП, наличие или отсутствие переломов костей с указанием локализации, динамика заболевания;

16.5. Оценка динамики заболевания:

положительная – прирост МПК по данным ДРА более чем на 3 % за год и отсутствие новых переломов;

стабилизация процесса – отсутствие новых переломов костей, типичных для ОП локализаций, возникших при низкоэнергетической травме или спонтанно, динамика МПК по данным ДРА $+2$ % за год;

прогрессирование – новые переломы типичных для ОП локализаций, возникшие при низкоэнергетической травме или спонтанно, и (или) снижение МПК более чем на 3 % за год.

17. Дифференциальный диагноз при вторичном ОП у пациентов с ревматологическими заболеваниями проводится с заболеваниями, ассоциированными со снижением МПК и (или) болями в костях: гиперкортицизм, тиреотоксикоз, гипогонадизм, гиперпаратиреоз, сахарный диабет I и II типа, гипопитуитаризм, множественная миелома, метастатическое поражение кости при онкологических заболеваниях, болезнь Педжета, остеомалация, наследственные нарушения соединительной ткани, несовершенный остеогенез, асептический некроз кости.

ГЛАВА 3 МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

18. Целью лечения ОП у пациентов с ревматологическими заболеваниями является предотвращение первого и (или) последующих патологических переломов, замедление темпов потери костной массы.

Принцип лечения ОП у пациентов с ревматологическими заболеваниями предполагает назначение лекарственной терапии, мониторинг клинического и лабораторно-инструментального состояния пациента (1 раз в 12 месяцев), изменение схемы лечения при отсутствии достаточного ответа на терапию, медицинское наблюдение:

18.1. медицинскими показаниями к лечению пациентов с ОП при ревматологических заболеваниях в стационарных условиях (ревматологических отделениях; ревматологических койках в составе других терапевтических отделений) являются: отсутствие эффекта от проводимой терапии на амбулаторном этапе; отрицательная динамика процесса, оцениваемая в соответствии с подпунктом 16.4 пункта 16 настоящего клинического протокола, проведение диагностических исследований с целью

верификации диагноза, контроля эффективности терапии и проведения дифференциального диагноза; развитие осложнений, проведение коррекции которых невозможно в амбулаторных условиях;

18.2. медицинскими показаниями к лечению пациентов с вторичным остеопорозом при ревматологических заболеваниях в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений; отделениях дневного пребывания являются: положительная динамика или стабилизация процесса, оцениваемая в соответствии с подпунктом 16.4 пункта 16 настоящего клинического протокола, слабая или умеренная интенсивность болевого синдрома при оценке по ВАШ в соответствии с пунктом 11 настоящего клинического протокола.

19. При отсутствии медицинских противопоказаний назначают антирезорбтивные препараты:

19.1. Бифосфонаты (далее – БФ):

памидроновая кислота, порошок для приготовления раствора для инфузий 3 мг/мл 10 мл; внутривенно по 1 мг/кг/сут три последующих дня в виде однократной инфузии в течение 4 часов каждые 4 месяца; назначается на основании заключения врачебного консилиума (за исключением бригад скорой медицинской помощи, отделений реанимации и интенсивной терапии);

алендроновая кислота, таблетки 10 мг, 70 мг; 70 мг 1 раз в неделю внутрь;

ибандроновая кислота, таблетки, покрытые оболочкой 150 мг; 150 мг 1 раз в месяц внутрь;

ибандроновая кислота, раствор для внутривенного введения 1 мг/мл 3 мл; 3 мг внутривенно струйно 1 раз в 3 месяца;

золедроновая кислота, порошок лиофилизированный (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий 5 мг, раствор для инфузий 5 мг; внутривенно 5 мг в виде однократной инфузии в течение не менее 15 минут 1 раз в год;

золедроновую кислоту в дозе 5 мг 1 раз в год рекомендуется дополнительно назначать после хирургического лечения по поводу патологического перелома проксимального отдела бедренной кости (минимум через 2 недели после операции);

золедроновая кислота, порошок лиофилизированный (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий 4 мг, концентрат для приготовления раствора для инфузий 4 мг/5 мл; внутривенно 4 мг в виде однократной инфузии в течение не менее 15 минут 1 раз в год; назначается на основании заключения врачебного консилиума (за исключением бригад скорой медицинской помощи, отделений реанимации и интенсивной терапии);

19.2. Моноклональные антитела – деносумаб, раствор для подкожного введения 60 мг/мл, 1 мл; 1 подкожное введение 1 раз в 6 месяцев.

Назначение деносумаба пациентам, получающим генно-инженерные биологические препараты не противопоказано, но требует более тщательного мониторинга в отношении риска инфекций;

19.3. Минимальная продолжительность лечения пероральными БФ – 5 лет, парентеральными – 3 года, у пациентов с высоким риском переломов возможно продолжение терапии пероральными БФ до 10 лет, парентеральными до 6 лет и дольше при тщательном рассмотрении соотношения риск/польза. Длительность терапии деносумабом до 10 лет, далее индивидуально.

В случае отмены деносумаба необходим перевод на терапию БФ:

при длительности терапии деносумабом до 2,5 лет и низком риске переломов через 6 месяцев после последней инъекции деносумаба – переход на пероральные или парентеральные БФ в зависимости от результатов измерения маркеров костного метаболизма и МПК;

при длительности терапии деносумабом более 2,5 лет и высоком риске переломов через 6 месяцев после последней инъекции деносумаба – переход на парентеральные БФ (золедроновая кислота) с оценкой уровня маркеров костного метаболизма через 3 и 6 месяцев после введения: при уровнях маркеров выше референсных назначений – повторная инфузия золедроновой кислоты; если определение маркеров костного

метаболизма недоступно – ввести золедроновую кислоту через 6 и 12 месяцев после последней инъекции деносумаба; если введение золедроновой кислоты невозможно – назначить пероральные БФ на 12–24 месяца в зависимости от результатов измерения маркеров костного метаболизма и МПК.

19.4. Препараты кальция и холекальциферола назначают всем пациентам, получающим антирезорбтивную терапию:

Препараты кальция:

комбинированные препараты, содержащие кальций (в виде кальция карбоната и кальция цитрата) 250 мг, витамины, микро/макроэлементы); по 1 таблетке 2 раза в день;

комбинированные препараты, содержащие кальций (в виде кальция карбоната и кальция цитрата) 500 мг, витамины, микро/макроэлементы); по 1 таблетке 1–2 раза в день;

комбинированные препараты, содержащие кальций (в виде кальция карбоната) 500 мг, холекальциферол; по 1 таблетке 1–2 раза в день;

комбинированные препараты, содержащие кальций (в виде кальция карбоната) 166,7 мг, холекальциферол; по 2–3 капсулы 2 раза в день.

Регулятор кальциево-фосфорного обмена, содержащий оссеин-гидроксипатитное соединение 830 мг; 2–4 таблетки 2 раза в сутки.

Холекальциферол капли (раствор) для приема внутрь 15 000 МЕ/мл 10 мл, 15 мл, 20 мл; раствор для приема внутрь масляный (капли) 0,5 мг/мл (20 000 МЕ/мл) 10 мл; раствор для внутреннего применения масляный 10,425 мг/мл 5 мл; капсулы 2 000 МЕ, капсулы 5 000 МЕ;

дозы холекальциферола для приема внутрь пациентам без предварительного определения уровня 25(ОН)D:

для лиц в возрасте 19–75 лет 800–2000 МЕ в сутки ежедневно или 50 000 МЕ 1 раз в месяц;

для лиц старше 75 лет 2000–4000 МЕ в сутки или 50 000 МЕ 1 раз в месяц;

дозы холекальциферола для приема внутрь в зависимости от уровня 25(ОН)D:

дефицит витамина D (уровень 25(ОН)D менее 20 нг/мл) 50 000 МЕ 1 раз в неделю или 6000–8000 МЕ ежедневно в течение 8 недель;

недостаточность витамина D (уровень 25(ОН)D 20–29 нг/мл) 50 000 МЕ 1 раз в неделю или 6000–8000 МЕ ежедневно в течение 4 недель.

Назначение холекальциферола пациентам с дефицитом и недостаточностью витамина D требует определения концентрации 25(ОН)D после окончания курса лечения. При достижении целевого уровня (30–50 нг/мл) назначают холекальциферол в профилактических дозах, рекомендованных для приема внутрь пациентам без предварительного определения уровня 25(ОН)D. В случае, если целевого уровня достичь не удалось, продолжают прием лечебной дозы.

20. Оценка эффективности лечения проводится не ранее, чем через 5 лет приема пероральных БФ и 3 лет парентеральных БФ:

20.1. критерии достижения эффекта и принятия решения о перерыве в лечении включают:

отсутствие новых переломов в сочетании с повышением МПК до зоны остеопении (Т-критерий выше –2,5 СО);

у пациентов с переломами в анамнезе целью могут быть более высокие показатели МПК (Т-критерий выше –2,0 СО).

Решение о перерыве в лечении (лекарственных каникулах), но не о его прекращении, может быть принято при достижении эффекта. Рекомендуемая длительность перерыва в лечении БФ: 1–3 года при предшествующей терапии пероральными БФ, 2–3 года при предшествующей терапии парентеральными БФ. В течение перерыва терапии БФ рекомендовано продолжение приема препаратов кальция и холекальциферола;

20.2. наблюдение за пациентом во время перерыва в лечении.

Перед началом перерыва выполнить денситометрию поясничного отдела позвоночника и проксимальных отделов бедренных костей, рентгенографию грудного и поясничного отделов позвоночника с морфометрией.

При дальнейшем наблюдении – рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника (не реже 1 раза в 2 года, при приеме ГК – 1 раз в год), ежегодное измерение МПК, оценка новых переломов и новых факторов риска остеопороза и переломов;

20.3. медицинские оказания к возобновлению лечения БФ, в том числе раньше планируемого срока в случае:

возраст старше 75 лет;

новые переломы (в том числе компрессионные переломы тел позвонков или усиление степени имеющихся деформаций);

снижение МПК на 4 % в проксимальном отделе бедренной кости или на 5 % в позвоночнике;

решение о перерыве было принято у пациента, у которого не были достигнуты целевые уровни МПК;

имеются множественные или тяжелые сопутствующие заболевания, а также факторы риска (перелом бедра у родителей, курение, злоупотребление алкоголем, высокий риск падений);

появились другие факторы прогрессирования ОП (потеря веса более чем на 10 %, впервые выявленные заболевания (СД и др.), начат прием лекарственных средств, ассоциированных с потерей МПК).

ГЛАВА 4

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

21. Немедикаментозные методы лечения:

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

21.2. 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;

21.3. при переломах тел поясничного отдела позвоночника рекомендуется пояснично-крестцовый корсет средней степени жесткости, при переломах грудного отдела позвоночника, кроме того, можно рекомендовать грудопоясничные ортезы (корсеты), которые обеспечивает выпрямление позвоночного столба и уменьшение выраженности кифоза за счет активации разгибателей спины. Ношение корсета в течение всего дня не приводит к атрофии мышц при условии ежедневной ходьбы не менее 1,5–2 ч в день и ежедневной ЛФК без осевой нагрузки.

22. Возможные исходы заболевания:

стабилизация процесса;

развитие осложнений с длительным сохранением трудоспособности;

развитие осложнений с инвалидизацией пациента;

смерть пациента вследствие развития осложнений.

23. Медицинская профилактика ОП у пациентов с ревматологическими заболеваниями включает:

регулярные физические упражнения (ходьба и упражнения с нагрузкой весом тела, силовые упражнения и тренировка равновесия);

отказ от курения и злоупотребления алкоголем;

коррекция питания (продукты, богатые кальцием, белком);

поддержание нормальной массы тела;

назначение минимально эффективных доз ГК;

лечение основного заболевания (поддержание ремиссии или низкой активности).

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОП ПРИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

24. Динамическое медицинское наблюдение пациента с ОП при ревматологических заболеваниях в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения осуществляет врач-терапевт (врач общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога.

25. Частота проведения обследований врачом-терапевтом (врачом общей практики) составляет 1 раз в 12 месяцев и включает:

клинический осмотр пациента в соответствии с пунктом 11 настоящего клинического протокола;

консультация врача-ревматолога;

ОАК (определение уровней гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ;

БАК: определение уровней креатинина, глюкозы, общего белка, общего кальция, неорганического фосфора, щелочной фосфатазы;

ОАМ;

расчет СКФ по формуле СКД-EPI;

ДРА поясничного отдела позвоночника и проксимальных отделов бедренных костей; дополнительно выполняется стандартная рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника (Th4–L5) в боковой проекции для выявления компрессионных переломов тел позвонков:

пациентам, длительно принимающим ГК, – 1 раз в 12 месяцев;

пациентам на фоне перерыва терапии БФ – не реже 1 раза в 24 месяца.