

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 недифференцированным артритом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с недифференцированным артритом (далее – НА) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра: M13.0 Полиартрит неуточненный; M13.9 Артрит неуточненный) в амбулаторных и стационарных условиях.

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

3. Направление пациентов с НА 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 НА применяются базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

5. ЛП назначаются в соответствии с настоящим клиническим протоколом, с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛП.

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

7. Клиническая классификация НА:

7.1. клиническая характеристика:

моно-;

олиго-;

полиартрит;

7.2. иммунологическая характеристика:

серопозитивный (присутствуют антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (далее – АЦЦП) и (или) ревматоидный фактор (далее – РФ));

серонегативный (отсутствуют АЦЦП и РФ);

7.3. инструментальная характеристика:

эрозивный (по данным рентгенологического или магнитно-резонансного томографического (далее – МРТ) исследования);

не эрозивный;

7.4. функциональный класс:

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

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

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

IV – ограничены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность.

8. Постановка диагноза НА осуществляется врачом-ревматологом.

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

Для постановки диагноза проводятся:

клиническое обследование пациента с оценкой выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ), активности процесса по индексу активности заболевания (Diseases Activity Index 28, далее – DAS 28) и определением объема активных и пассивных движений;

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

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

Пациенту предлагают разместить линию, перпендикулярно пересекающую ВАШ в той точке, которая соответствует его интенсивности боли. С помощью линейки измеряется расстояние (мм) между точками «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить», обеспечивая диапазон оценок от 0 до 100. Более высокий балл указывает на большую интенсивность боли.

На основании распределения баллов применяют классификацию: нет боли (0–4 мм), слабая боль (5–44 мм), умеренная боль (45–74 мм), сильная боль (75–100 мм).

DAS 28 вычисляется по формуле

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

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

ЧБС – число болезненных суставов;

СОЭ – скорость оседания эритроцитов, определяется по методу Вестергрена;

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

В зависимости от уровня DAS 28 определяют степень активности болезни:

ремиссия ($\text{DAS 28} < 2,6$);

низкая активность ($2,6 \leq \text{DAS 28} < 3,2$);

умеренная активность ($3,2 \leq \text{DAS 28} \leq 5,1$);

высокая активность ($\text{DAS 28} > 5,1$).

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

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

биохимический анализ крови (далее – БАК) с исследованием уровней креатинина, мочевины, мочевой кислоты, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, С-реактивного белка (далее – СРБ), антистрептолизина-О (далее – АСЛ-О) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением БПВП и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП после каждого повышения дозы (метотрексат, сульфасалазин) с исследованием уровней АЛТ, АСТ, далее для всех БПВП – 1 раз в 3 месяца исследование уровней АЛТ, АСТ, СРБ, глюкозы, креатинина, мочевины; перед каждым снижением дозы глюкокортикоидов – исследование уровня СРБ;

иммунологическое исследование крови с исследованием уровней ревматоидного фактора (далее – РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (далее – АЦЦП), антинуклеарных антител (далее – АНА) – при постановке диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений), далее – 1 раз в 12 месяцев (АЦЦП, РФ);

исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; анти/НСV) – при подтверждении диагноза и перед назначением БПВП;

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

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – на этапе верификации диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением БПВП и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП – после каждого повышения дозы (метотрексат, сульфасалазин), далее – для всех БПВП – 1 раз в 3 месяца;

обзорная рентгенография пораженных суставов – для подтверждения диагноза, оценки темпов рентгенологического прогрессирования заболевания – при постановке диагноза; далее – 1 раз в 12 месяцев;

рентгенография органов грудной полости (далее – РОГП) – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

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

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

11. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

ОАК с исследованием СОЭ – 1 раз в 5–7 дней, перед назначением БПВП и после их применения;

БАК с исследованием уровней креатинина, мочевины, мочевой кислоты, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ, АСЛ-О – исходно на этапе постановки диагноза, далее – 1 раз в 5–7 дней (АСЛ-О исследуется в динамике в случае его исходного повышения), перед назначением БПВП и после их применения;

иммунологическое исследование крови с исследованием уровней РФ, АЦЦП, АНА – при постановке диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений) (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

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

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

ОАМ – 1 раз в 5–7 дней; перед назначением БПВП и после их применения;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) суставов – при постановке диагноза, изменении характера течения заболевания (обострении, развитии осложнений);

рентгенография пораженных суставов – для подтверждения диагноза; оценки темпов прогрессирования деструкции суставов (в случае, если с момента предшествующего исследования прошло 12 и более месяцев);

РОГП – если с момента предшествующего исследования прошло 12 и более месяцев;

ЭКГ – при постановке диагноза, изменении характера течения заболевания.

12. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторно-поликлинических организациях:

иммунологическое исследование крови: исследование спектра АНА методом иммуноблоттинга (после консультации врача-ревматолога);

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

- молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) отделяемого из уретры, цервикального канала, ротовой полости;
- исследование синовиальной жидкости с определением клеточного состава жидкости, кристаллов мочевой кислоты, пирофосфата кальция (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения) – при наличии синовита (при возможности извлечения синовиальной жидкости);
- микробиологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам;
- рентгенография костей таза с захватом крестцово-подвздошных сочленений;
- спиральная компьютерная томография (далее – СКТ) легких;
- МРТ суставов (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения) – после консультации врача-ревматолога;
- эхокардиография (далее – Эхо-КГ);
- УЗИ органов брюшной полости (далее – УЗИ ОБП);
- эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭФГДС);
13. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:
- БАК с исследованием уровней ферритина, миоглобина, креатинфосфокиназы (далее – КФК), МВ фракции КФК, тропонина;
- иммунологическое исследование крови с исследованием спектра антинуклеарных антител методом иммуноблоттинга;
- исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидиям (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumonia*), микоплазме (*Mycoplasma pneumonia*), боррелиям (*Borrelia burgdorferi*); парвовирусу (*Parvovirus B19*);
- молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) в синовиальной жидкости при наличии синовита (при возможности извлечения синовиальной жидкости);
- молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) отделяемого из уретры, цервикального канала, ротовой полости;
- микробиологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам;
- рентгенография костей таза с захватом крестцово-подвздошных сочленений;
- СКТ легких;
- МРТ суставов, крестцово-подвздошных сочленений;
- УЗИ суставов;
- Эхо-КГ;
- УЗИ ОБП;
- ЭФГДС.
14. Консультации других врачей-специалистов (врача-ревматолога, врача-фтизиатра, врача-пульмонолога, врача-нефролога, врача-инфекциониста, врача-травматолога-ортопеда) осуществляются по медицинским показаниям.
15. Диагностические и классификационные критерии НА отсутствуют. Диагноз НА выставляется методом исключения в случае несоответствия симптомов заболевания классификационным критериям ревматоидного артрита (ACR/EULAR, 2010 год) согласно приложению (количество баллов менее 6) при исключении других ревматических и неревматических заболеваний.
16. При поставке диагноза НА необходимо исключить следующие заболевания и состояния:
- болезнь Шегрена, системный склероз, системная красная волчанка, дерматомиозит/полимиозит;
- микрористаллические артриты (подагра, пирофосфатная артропатия);
- саркоидоз;
- острую (повторную) ревматическую лихорадку;
- спондилоартриты (псориатический артрит; реактивный артрит);
- инфекционные артриты.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НА

17. Цель лечения пациентов с НА – достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии (немедикаментозной или медикаментозной), стабильно низкой активности болезни в случае персистирующего характера НА, оцениваемой по DAS 28 в соответствии с пунктом 9 настоящего клинического протокола, или выздоровление.

Медицинские показания к лечению пациентов с НА в стационарных условиях – наличие у пациента высокой активности заболевания, определяемой по индексу DAS 28 согласно пункту 9 настоящего клинического протокола; отсутствие эффекта от проводимой терапии на амбулаторном этапе.

Медицинские показания к лечению пациентов с НА в амбулаторных условиях (в амбулаторно-поликлинических организациях), в условиях отделения дневного пребывания – НА со слабой или умеренной болью, которая оценивается по ВАШ согласно пункту 9 настоящего клинического протокола, НА с низкой и умеренной клинико-лабораторной активностью, определяемой по индексу DAS 28 согласно пункту 9 настоящего клинического протокола.

18. Выбор группы ЛП для лечения НА осуществляется в зависимости от наличия/отсутствия у пациента факторов риска персистенции:

серопозитивность по АЦЦП и (или) РФ;

наличие эрозий, выявляемых по результатам рентгенологического исследования суставов (или МРТ суставов);

стойкое повышение уровней СРБ, СОЭ (при исключении других причин их повышения).

При отсутствии факторов риска персистенции лечение начинают с применения нестероидных противовоспалительных препаратов (далее – НПВП) и немедикаментозных методов лечения.

19. НПВП – препараты первой линии при отсутствии факторов риска персистенции НА:

19.1. НПВП для приема внутрь назначаются при умеренном (боль по ВАШ 45–74 мм) и сильном болевом синдроме (боль по ВАШ > 75 мм) при неэффективности применения форм для наружного применения. ЛП назначаются в минимально эффективных дозах с противовоспалительной и анальгетической целью с учетом коморбидных заболеваний и состояний сроком на 7–14 дней (возможен более длительный прием при сохранении болевого синдрома и воспалительного процесса):

ацеклофенак, таблетки, покрытые оболочкой, 100 мг или капсулы, 100 мг; или порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 100 мг в пакетиках, внутрь; по 100 мг 1–2 раза в сутки;

или диклофенак, таблетки, покрытые оболочкой (покрытые кишечнорастворимой оболочкой), 25 мг; 50 мг; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой (таблетки замедленного высвобождения, таблетки ретард, покрытые оболочкой), 100 мг; внутрь, по 25–50 мг 3 раза в сутки или по 100 мг (таблетки ретард) 1 раз в сутки;

или мелоксикам, таблетки 7,5 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 15 мг, внутрь, по 7,5–15 мг 1 раз в сутки;

или нимесулид, таблетки 100 мг или порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь, 100 мг в пакетах внутрь по 100 мг 1–2 раза в сутки;

или целекоксиб, капсулы 100 мг; 200 мг, внутрь по 100–200 мг 2 раза в сутки;

или этодолак, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг, внутрь, по 400 мг 2 раза в сутки;

или напроксен, таблетки покрытые оболочкой, 550 мг или капсулы 100 мг; 200 мг, внутрь 550–1100 мг 2 раза в сутки;

или эторикоксиб, таблетки, покрытые оболочкой 60 мг; 90 мг, внутрь по 60–90 мг 1 раз в сутки;

или ибупрофен, таблетки покрытые оболочкой 200 мг; 400 мг или капсулы 200 мг; 400 мг, внутрь 200–400 мг 2–3 раза в сутки;

или индометацин, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (капсулы), 25 мг или таблетки (капсулы) пролонгированного действия 75 мг, внутрь по 25–50 мг 3 раза в сутки или по 75–150 мг пролонгированного действия 1 раз в сутки;

или лорноксикам, таблетки покрытые оболочкой, 8 мг; внутрь, по 8 мг 1 раз в сутки;

или кетопрофен, капсулы 25 мг; 50 мг; внутрь по 50 мг 3 раза в сутки; таблетки покрытые оболочкой форте 100 мг; внутрь 1 раз в сутки; капсулы с медленным высвобождением, 150 мг; внутрь, 1 раз в сутки;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Стандартные БПВП (метотрексат; сульфасалазин, лефлюномид) назначают при выявлении факторов риска персистенции НА при неэффективности НПВП:

20.1. антиметаболиты – метотрексат – препарат «первой линии», назначается пациентам при наличии факторов риска персистенции НА длительно:

метотрексат, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг; 5 мг; 10 мг; внутрь, 17,5–25 мг 1 раз в неделю длительно. Стартовая доза составляет 7,5–10 мг в неделю с постепенным ее повышением на 2,5 мг раз в 1–2 недели до достижения целевой дозы – 17,5–25 мг в неделю длительно под контролем ОАК, БАК (АЛТ, АСТ), ОАМ;

метотрексат, раствор для инъекций в преднаполненных шприцах – 10 мг/мл (1 мг/1 мл, 10 мг/1,0 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл, 25 мг/2,5 мл) или раствор для подкожного введения 50 мг/мл в шприце (7,5 мг/0,15 мл, 10 мг/0,2 мл, 12,5 мг/0,25 мл, 15 мг/0,3 мл, 17,5 мг/0,35 мл, 20 мг/0,4 мл, 22,5 мг/0,45 мл, 25 мг/0,5 мл) 1 раз в неделю

подкожно длительно. Стартовая доза составляет 7,51–10 мг подкожно 1 раз в неделю с постепенным повышением дозы на 2,5–5 мг в неделю под контролем ОАК, БАК (АЛТ, АСТ), ОАМ до достижения целевой дозы 15–25 мг раз в неделю подкожно длительно. Назначается пациентам с НА при плохой переносимости таблетированной формы метотрексата.

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

20.2. противомикробное и противовоспалительное кишечное средство сульфасалазин назначают пациентам с факторами риска персистенции НА при наличии медицинских противопоказаний для назначения метотрексата; неэффективности/непереносимости метотрексата; при планировании беременности; во время беременности и при грудном вскармливании:

сульфасалазин, таблетки 500 мг, покрытые оболочкой, внутрь; целевая суточная доза 2000–3000 мг/сутки, разделенная на два приема длительно. Стартовая доза составляет 500 мг раз в сутки с постепенным повышением дозы на 500 мг 1 раз в неделю до достижения 2000 мг/сутки. Увеличение дозы до 3000 мг/сутки осуществляется при недостаточной эффективности сульфасалазина при оценке лечения через 3 месяца;

20.3. иммунодепрессивное средство лефлуномид назначается пациентам с НА с факторами риска персистенции НА при неэффективности/непереносимости метотрексата, сульфасалазина:

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

21. Глюкокортикоиды назначаются пациентам с НА при наличии, высокой активности болезни, оцениваемой по DAS 28 согласно пункту 9 настоящего клинического протокола, на период до развития эффекта стандартных БПВП:

21.1. глюкокортикоиды для приема внутрь – доза, режим дозирования, длительность применения, снижение дозы определяются с учетом активности НА, коморбидных заболеваний и состояний:

метилпреднизолон, таблетки, 4 мг; 8 мг; 16 мг, 32 мг внутрь, 4–8 мг/сутки, назначается в 1–2 приема в первой половине дня с распределением дозы – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед;

или преднизолон 5 мг, таблетки; внутрь, 5–10 мг/сутки в 1–2 приема в первой половине дня – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед.

Глюкокортикоиды для приема внутрь – метилпреднизолон 4–8 мг/сутки или преднизолон 5–10 мг/сутки назначаются в комбинации со стандартными БПВП на период до развития эффекта стандартных БПВП (сроком до 3 месяцев) с последующим постепенным снижением дозы глюкокортикоидов на 1/4–1/8 таблетки в неделю (метилпреднизолон на 0,5–1 мг; преднизолон на 0,625–1,25 мг) до полной отмены. При развитии обострения НА на фоне снижения дозы глюкокортикоидов снижение прекращают, возвращаются на дозу, предшествующую обострению, добавив к ней метилпреднизолон 4 мг (преднизолон 5 мг) с осуществлением коррекции базисной терапии или ее дозы. Возобновляют снижение глюкокортикоидов только после достижения клинико-лабораторной ремиссии, оцениваемой по DAS 28 согласно пункту 9 настоящего клинического протокола, на фоне скорректированной схемы БПВП.

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

21.2. глюкокортикоиды для парентерального применения:

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

в сутки назначаются в больничных организациях и в отделениях дневного пребывания в амбулаторно-поликлинических организациях при высокой активности НА, оцениваемой по DAS 28 согласно пункту 9 настоящего клинического протокола, при системных проявлениях заболевания;

21.3. глюкокортикоиды для внутрисуставного или внутримышечного введения (при наличии медицинских противопоказаний для внутрисуставного введения):

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

или метилпреднизолон, суспензия 40 мг/мл; 1 мл; внутрисуставно – в большие суставы 1–2 мл; в средние – 0,5–1 мл; в малые – 0,25–0,5 мл, внутримышечно 1–2 мл.

Глюкокортикоиды для внутрисуставного (внутримышечного) применения назначаются не чаще 2–3 раз в год в 1 сустав при наличии синовита или внутримышечно при наличии медицинских противопоказаний для внутрисуставного введения или плохой переносимости глюкокортикоидов для приема внутрь не чаще 1 раза в 3 недели.

22. Ингибиторы Н⁺ – К⁺ – АТФ-азы назначаются пациентам с риском развития желудочно-кишечных осложнений:

омепразол, капсулы кишечнорастворимые, 20 мг; капсулы 10 мг; внутрь, по 20 мг в сутки;

или рабепразол, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг, внутрь, по 20 мг 1 раз в сутки;

или лансопразол, капсулы кишечнорастворимые, 15 мг; капсулы 30 мг внутрь по 15–30 мг в сутки в 1 прием;

или пантопразол, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 40 мг, внутрь, по 20 мг 1 раз в сутки;

или эзомепразол, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг или капсулы кишечнорастворимые, 20 мг; 40 мг, внутрь по 40 мг 1 раз в сутки.

23. Оценка эффективности лечения:

в амбулаторно-поликлинических организациях оценка эффективности лечения проводится врачом-ревматологом по направлению врача-терапевта (врача общей практики) 1 раз в 3 месяца на основании динамики индекса DAS 28, оцениваемой в соответствии с пунктом 9 настоящего клинического протокола. Эффективным считается лечение, если через 3 месяца от момента начала приема НПВП, или глюкокортикоидов, или стандартных БПВП (смены терапии) индекс DAS 28 достиг показателей низкой активности заболевания или ремиссии согласно пункту 9 настоящего клинического протокола;

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

ГЛАВА 4

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

24. Немедикаментозные методы лечения НА:

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

физиотерапевтическое лечение назначается в амбулаторных и стационарных условиях по направлению врача-ревматолога или врача-терапевта (врача общей практики) после консультации врача-физиотерапевта при отсутствии медицинских противопоказаний и включает: электро-, бальнеолечение, ультразвуковое лечение

(фонофорез с гидрокортизоном, другое), лазеротерапию, переменное магнитное поле, тепловые процедуры (парафин; грязевые аппликации), криотерапию, другое. Продолжительность курса физиотерапевтического лечения определяет врач-физиотерапевт;

назначение комплексного реабилитационного лечения осуществляется после создания реабилитационной программы, которую формирует врач-реабилитолог/реабилитационная команда.

25. Возможные исходы заболевания:

развитие ревматоидного артрита;
персистирующий характер артрита с медленным прогрессированием;
персистирующий характер артрита с быстрым прогрессированием;
ремиссия (медикаментозная и немедикаментозная);
выздоровление.

26. Медицинская профилактика НА (вторичная) включает:

медикаментозную терапию (НПВП, БПВП, глюкокортикоиды);
прекращение курения;
санацию хронических очагов инфекции.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НА

27. Медицинское наблюдение пациентов с НА в амбулаторно-поликлинических организациях осуществляется врачом-терапевтом (врачом общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога на следующих этапах:

на этапе подбора дозы стандартных БПВП;
до достижения ремиссии или низкой активности заболевания;
при достижении клинико-лабораторной ремиссии или низкой активности НА;
дополнительно независимо от активности заболевания, достижения/недостижения ремиссии.

28. На этапе подбора дозы стандартных БПВП (метотрексат, сульфасалазин, лефлуномид) частота проведения исследований и мониторинг уровня лабораторных показателей осуществляется в соответствии с пунктом 10 настоящего клинического протокола.

29. До достижения ремиссии или низкой активности заболевания, оцениваемой по индексу DAS 28 согласно пункту 9 настоящего клинического протокола, частота проведения обследований врачом-терапевтом (врачом общей практики) составляет 1 раз в 3 месяца и включает:

клинический осмотр пациента;
ОАК с исследованием СОЭ;
БАК с исследованием уровней СРБ, креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина;
ОАМ;

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

30. При достижении клинико-лабораторной ремиссии или низкой активности НА, оцениваемой по индексу DAS 28 согласно пункту 9 настоящего клинического протокола, частота проведения обследований врачом-терапевтом (врачом общей практики) составляет 1 раз в 6 месяцев и включает:

клинический осмотр пациента с оценкой состояния костно-суставной системы и указанием индекса боли по ВАШ согласно пункту 9 настоящего клинического протокола;

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

ОАМ;

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

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

иммунологическое исследование крови с исследованием уровней ААЦП, РФ;

рентгенография пораженных суставов (при прогрессировании процесса);

РОГП;

ЭКГ.

32. В случае развития немедикаментозной ремиссии и при отсутствии симптомов НА в течение 3 лет состояние пациента расценивается как выздоровление и динамическое медицинское наблюдение в отношении НА завершается.

Приложение

к клиническому протоколу

«Диагностика и лечение

пациентов (взрослое население)

с недифференцированным артритом»

Классификационные критерии ревматоидного артрита (ACR/EULAR, 2010 год)

№ п/п	Признак	Количество баллов*
1	Клинические признаки поражения суставов (припухлость и (или) болезненность при объективном исследовании (0–5 баллов): 1 крупный сустав; 2–10 крупных суставов; 1–3 мелких суставов (крупные не учитываются); 4–10 мелких суставов (крупные не учитываются); > 10 суставов (как минимум, 1 мелкий сустав)	0 1 2 3 5
2	Результаты лабораторных методов определения РФ, АЦЦП (0–3 балла, требуется положительный результат, как минимум, 1 метода): отрицательные; слабоположительные для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы, но не более чем в 3 раза); высокоположительные для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы в 3 раза и более)	0 2 3
3	Результаты определения лабораторных методов острофазовых показателей (0–1 балл; требуется положительный результат как минимум 1 теста): нормальные значения СОЭ и СРБ; повышение СОЭ или СРБ	0 1
4	Длительность артрита (0–1 балл): < 6 недель; > 6 недель	0 1

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