

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 остеоартрозом (остеоартритом)»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с остеоартрозом (остеоартритом) (далее, если не установлено иное, – ОА) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра: M15.0 Первичный генерализованный остеоартроз; M16.0 Первичный коксартроз двухсторонний (артроз тазобедренного сустава); M17.0 Первичный гонартроз двухсторонний (артроз коленного сустава); M18.0 Первичный артроз первого запястно-пястного сустава, двусторонний; M19 Первичный артроз других суставов) 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 ОА 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 направлении пациентов для получения медицинской помощи».

4. Для лечения ОА 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

7. Клиническая классификация ОА:

7.1. первичный (идиопатический) ОА:

локализованный (поражение менее 3 зон суставов (суставы кистей; коленные суставы; тазобедренные суставы; другие суставы));

генерализованный ОА (поражение 3 и более зон суставов);

7.2. вторичный ОА:

посттравматический;

врожденные, приобретенные или эндемические заболевания (болезнь Пертеса, синдром гипермобильности суставов);
метаболические болезни (охроноз, гемахроматоз, болезнь Вильсона, другие);
эндокринопатии (акромегалия, гиперпаратиреоз, сахарный диабет, ожирение);
болезнь отложения кальция (фосфата кальция, гидроксиапатита);
нейропатия (болезнь Шарко);
другие заболевания (аваскулярный некроз, ревматоидный артрит, болезнь Педжета).

8. Постановка диагноза ОА осуществляется врачом-терапевтом, или врачом общей практики, или врачом-ревматологом, или врачом-травматологом-ортопедом.

При обращении к другим врачам-специалистам для подтверждения диагноза пациент должен быть направлен к врачу-терапевту, врачу общей практики или врачу-ревматологу.

Для постановки диагноза проводятся:

клиническое обследование пациента с оценкой выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ) и обследование костно-суставной системы пациента с оценкой 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 (в миллиметрах) между точками – «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить», обеспечивая диапазон оценок от 0 до 100. Более высокий балл указывает на большую интенсивность боли.

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

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

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с исследованием скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (усилении болевого синдрома, при развитии синовита), далее – 1 раз в 12 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); холестерина – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (усилении болевого синдрома, при развитии синовита), далее – 1 раз в 12 месяцев;

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

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (усилении болевого синдрома, при развитии синовита), далее – 1 раз в 12 месяцев;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) суставов – на этапе постановки диагноза, при изменении характера течения заболевания (изменение характера болевого синдрома; развитии синовита);

рентгенография пораженных суставов – для подтверждения диагноза (коленный сустав в прямой и боковой проекции), установления рентгенологической стадии ОА, далее – 1 раз в 12 месяцев;

рентгенография органов грудной полости (далее – РОГП) – 1 раз в 12 месяцев;
электрокардиографическое исследование (далее – ЭКГ) – 1 раз в 12 месяцев.

11. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

ОАК с исследованием СОЭ – 1 раз в 5–7 дней;

БАК с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ – 1 раз в 5–7 дней;

исследование липидного спектра крови – общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, определение коэффициента атерогенности (однократно, далее – по медицинским показаниям; исследование не дублируется, если было проведено на амбулаторном этапе);

ОАМ – 1 раз в 5–7 дней;

исследование синовиальной жидкости с определением клеточного состава жидкости, кристаллов мочевой кислоты, пирофосфата кальция – при постановке диагноза в случае наличия синовита (при возможности извлечения синовиальной жидкости);

УЗИ суставов;

магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) пораженных суставов – при подозрении на развитие асептического некроза; травматическое повреждение связочного аппарата, менисков;

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

рентгенография пораженных суставов – если с момента предшествующего исследования прошло 12 и более месяцев;

ЭКГ – 1 раз в 10–14 дней.

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

иммунологическое исследование крови: исследование уровней ревматоидного фактора (далее – РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (далее – АЦЦП), антинуклеарных антител (далее – АНА);

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

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

определение уровня гликированного гемоглобина;

микробиологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам;

УЗИ органов брюшной полости (далее – УЗИ ОБП);

эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭФГДС);

двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (далее – ДРА).

13. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

иммунологическое исследование крови с исследованием уровней РФ, АЦЦП, антинуклеарных антител;

исследование уровня гликированного гемоглобина;

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

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

микробиологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам;

суточное мониторирование уровня АД;

эхокардиография (далее – Эхо-КГ);

УЗИ сосудов нижних конечностей;

ДРА.

14. Консультации других врачей-специалистов, осуществляются по медицинским показаниям:

врача-ревматолога – при отсутствии эффекта от проводимого лечения, сохранении стойкого болевого синдрома, нарушения функции сустава; при стойком характере синовита; при подозрении на развитие другого ревматического заболевания;

врача-невролога – при развитии невропатической боли с целью ее коррекции;

врача-травматолога-ортопеда для решения вопроса о проведении эндопротезирования сустава; артроскопии, малоинвазивных корригирующих остеотомий; врача-реабилитолога – для разработки программы реабилитации, абилитации.

15. Постановка диагноза ОА коленных, тазобедренных суставов и суставов кистей осуществляется в соответствии с приложениями 1–3.

16. Дифференциальная диагностика при ОА проводится со следующими заболеваниями:

при ОА суставов кистей – с подагрическим артритом, пирофосфатной артропатией, псориатическим артритом, ревматоидным артритом;

при ОА коленных, тазобедренных суставов (при наличии синовита) – с псориатическим артритом, реактивным артритом, пирофосфатной артропатией, анкилозирующим спондилитом;

при ОА с поражением суставов позвоночника – со спондилоартритами (анкилозирующим спондилитом, псориатическим спондилитом), ревматической полимиалгией, фибромиалгией; системным остеопорозом.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОА

17. Цели и задачи лечения ОА:

уменьшить интенсивность болевого синдрома;

улучшить качество жизни пациента;

улучшить функциональное состояние суставов;

предотвратить развитие деформации суставов и инвалидизацию.

Принцип лечения ОА – максимально раннее начало лечения заболевания; сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов.

18. Медицинские показания к лечению пациентов с ОА в амбулаторных условиях амбулаторно-поликлинических организаций, в условиях отделения дневного пребывания: наличие ОА коленных, тазобедренных суставов, суставов кистей рук, других суставов со слабым или умеренным болевым синдромом, оцениваемым по ВАШ согласно пункту 9 настоящего клинического протокола.

19. Медицинские показания к лечению пациентов с ОА в стационарных условиях (в больничных организациях):

рецидивирующий характер синовита;

сильная боль, оцениваемая по ВАШ согласно пункту 9 настоящего клинического протокола, не купирующаяся в амбулаторных условиях.

20. Стимуляторы регенерации тканей (хондроитина сульфат, глюкозамин; комбинация хондроитина сульфата и глюкозамина, биоактивный концентрат мелких морских рыб; гликозаминогликан-пептидный комплекс) – препараты первой линии в лечении ОА. С них начинается лечение пациентов с ранними стадиями ОА (симптомный ОА; ОА I–II рентгенологической стадии). Назначаются пациентам с ОА со слабой или умеренной болью, оцениваемой в соответствии с пунктом 9 настоящего клинического протокола, с целью купирования болевого синдрома и (или) замедления темпов рентгенологического прогрессирования. Стимуляторы регенерации тканей при лечении ОА применяются внутрь, парентерально и локально:

20.1. для приема внутрь (хондроитина сульфат, глюкозамин или комбинация хондроитина сульфата и глюкозамин) применяются у пациентов с I–II стадиями ОА длительно. Минимальный курсовой прием при приеме внутрь составляет 3 месяца,

перерыв в течение 1 месяца с последующим регулярным повторением курсов длительностью по 3–6 месяцев:

хондроитина сульфат, 250 мг; 500 мг; внутрь, по 750 мг 2 раза в сутки в течение первых 3 недель, затем по 500 мг 2 раза в день 3–6 месяцев;

хондроитина сульфат, раствор для внутримышечного введения, 100 мг/мл, 1 мл; 2 мл; внутримышечно по 200 мг через сутки 25–30 введений 1 раз в 6 месяцев;

хондроитина сульфат, гель для наружного применения 50 мг/г: наносить тонким слоем на пораженный сустав (периартикулярные структуры) 2–3 раза в сутки от 2–3 недель до 2–3 месяцев;

глюкозамина сульфат, раствор 200 мг/мл, 2 мл; внутримышечно по 400 мг 3 раза в неделю 4–6 недель;

глюкозамина сульфат, порошок для приготовления раствора для приема внутрь 1500 мг; внутрь по 1500 мг 1 раз в сутки в течение 3 месяцев;

хондроитина сульфат в сочетании с глюкозамином, капсулы 500 мг (хондроитина сульфат) в сочетании с 400 мг (глюкозамин); внутрь по 1 капсуле 3 раза в сутки первые 3 недели; последующие дни – по 1 капсуле 2 раза в сутки от 3 до 6 месяцев;

хондроитина сульфат в сочетании с глюкозамином, таблетки покрытые оболочкой 500 мг (хондроитина сульфат) в сочетании с 500 мг (глюкозамин); внутрь по 1–2 таблетки 2–3 раза в сутки от 3 до 6 месяцев;

20.2. стимуляторы регенерации тканей – хондроитина сульфат, глюкозамина сульфат; другие стимуляторы регенерации тканей – биоактивный концентрат мелких морских рыб; гликозаминогликан-пептидный комплекс для парентерального применения назначаются внутримышечно курсом до 4–6 недель с последующим повторением курсов 1 раз в 3–6 месяцев:

биоактивный концентрат мелких морских рыб, раствор для инъекций 0,1 мл/1 мл: 1 мл; назначается внутримышечно по 2 мл 1 раз в сутки через день 10 введений или по 1 мл 1 раз в сутки 20 введений с последующим повторением курсов 1 раз в 3–6 месяцев;

гликозаминогликан-пептидный комплекс, раствор для внутримышечного введения, ампулы по 1 мл; назначается внутримышечно по схеме: в первый день – 0,3 мл, во второй день – 0,5 мл и далее 3 раза в неделю по 1 мл в течение 5–6 недель с последующим повторением курсов 1 раз в 3–6 месяцев;

20.3. стимуляторы регенерации тканей для локального применения – хондроитина сульфат – применяются 2–3 раза в сутки от 2–3 недель до 2–3 месяцев в качестве монотерапии при слабой боли, оцениваемой по ВАШ в соответствии с пунктом 9 настоящего клинического протокола, или в составе комплексной терапии со стимуляторами регенерации тканей для приема внутрь или парентерального введения.

21. Гиалуроновая кислота назначается пациентам с ОА коленных, тазобедренных суставов II–IV стадии, ОА I запястно-пястного сустава и ОА других суставов при неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов (далее – НПВП), быстром рентгенологическом прогрессировании заболевания:

гиалуроновая кислота, раствор для внутрисуставного введения 10 мг/мл, 2 мл, преднаполненный шприц, внутрисуставно.

В коленные и тазобедренные суставы препарат вводится в дозе 20 мг 1 раз в неделю (содержимое 1 флакона 20 мг/2 мл или заполненного шприца), на курс 3–5 введений в 1 сустав с повторением курса через 6–12 месяцев. Введение осуществляется только под контролем УЗИ (тазобедренные суставы).

22. Диацереин назначается пациентам с ОА со слабой или умеренной болью в соответствии с пунктом 9 настоящего клинического протокола с ранними стадиями ОА (симптомный ОА; ОА I–II рентгенологической стадии) с целью купирования болевого синдрома и (или) замедления темпов рентгенологического прогрессирования. Длительность приема составляет 4–6 месяцев с последующим повторением курса через 1–1,5 месяца:

диацереин, капсулы 50 мг, внутрь по схеме: по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение 2 недель, далее по 1 капсуле 2 раза в сутки длительно, не менее 4 месяцев.

23. НПВП назначаются при ОА в виде лекарственных форм для наружного применения (мази; гели; трансдермальные формы), лекарственных форм для приема внутрь (таблетки, капсулы, порошок для приготовления суспензии для приема внутрь), парентеральных лекарственных форм (раствор для внутримышечного применения). Выбор НПВП, лекарственной формы, длительности применения осуществляется с учетом оценки выраженности болевого синдрома; характера болевого синдрома, сердечно-сосудистого, гастроэнтерологического риска; функционального состояния почек, аллергологического анамнеза:

23.1. НПВП для приема внутрь назначаются при умеренном и сильном болевом синдроме, оцениваемом в соответствии с пунктом 9 настоящего клинического протокола; при неэффективности локальных форм НПВП и стимуляторов регенерации тканей, диацереина. Назначаются в минимально эффективных дозах, коротким курсом до 7–14 суток; возможен прием через день:

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;

23.2. НПВП для парентерального применения назначаются при сильном болевом синдроме, оцениваемом по ВАШ в соответствии с пунктом 9 настоящего клинического протокола, коротким курсом 1 раз в сутки внутримышечно 3–5 дней:

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);

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

ацеклофенак, крем для наружного применения 1,5 мг/г: наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза/сутки до 14 суток;

диклофенак, мазь для наружного применения 1 мг/г: наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза/сутки до 14 суток;

ибупрофен, мазь, для наружного применения 50 мг/г: наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза/сутки до 14 суток;

нимесулид, гель для наружного применения 10 мг/г: наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза/сутки до 14 суток;

кетопрофен гель 25 мг/г, наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 1–3 раза/сутки до 7 суток.

24. Глюкокортикоиды для внутрисуставного введения назначаются при наличии синовита не чаще 2–3 раз в год в 1 сустав:

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; периартикулярно в область энтезисов – 0,5–1 мл; внутримышечно по 1–2 мл 1 раз в 3 недели;

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

25. Опиоиды назначаются при сильном болевом синдроме, который не купируется приемом НПВП:

трамадола гидрохлорид, таблетки, 50 мг; капсулы по 50 мг внутрь по 50–100 мг 3 раза в сутки до купирования болевого синдрома;

или трамадол, раствор для инъекций 50 мг/мл, в ампулах по 1 мл или 2 мл; внутримышечно по 1 или 2 мл 1–2 раза в сутки.

26. Антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина назначаются в комплексной терапии хронического болевого синдрома при неэффективности НПВП, глюкокортикоидов, трамадола или при невропатической боли. Назначаются на 1,5–2 месяца с последующим постепенным снижением дозы до полной отмены:

пароксетин, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг; внутрь по 10 мг 1 раз в день с постепенным увеличением дозы на 10 мг 1 раз в неделю до суточной 40–50 мг в сутки длительно;

или флуоксетин, капсулы, 20 мг; внутрь, по 1 капсуле 1 раз в сутки в первой половине дня; при необходимости доза может быть увеличена через 3–4 недели до 2–3 раз в сутки.

27. Немедикаментозные методы лечения ОА:

27.1. обучение пациента – изменение образа жизни («модификация окружения под себя»); снижение веса при наличии избыточной массы тела (ИМТ более 25 кг/м²); регулярное выполнение комплекса физических упражнений при отсутствии медицинских противопоказаний (под контролем врача ЛФК и самостоятельно);

27.2. ортопедические приспособления – коленные ортезы, клиновидные ортопедические стельки (при поражении медиального отдела коленного сустава, варусной

деформации или нестабильности коленного сустава); ортезы и шинирование при ОА 1-го запястно-пястного сустава; ортопедические стельки (при продольном, поперечном плоскостопии); трость для разгрузки пораженного сустава; наколенники, фиксирующие колено при вальгусном положении, использование ортопедических стелек с приподнятым на 5–10° латеральным краем; ортезирование и шинирование 1-го запястно-пястного сустава;

27.3. 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: чрескожную электронейростимуляцию, электро-, бальнеолечение, ультразвуковое лечение (фонофорез с гидрокортизоном, другое), лазеротерапию, переменное магнитное поле, китайскую акупунктуру, термальные методы, тепловые процедуры (парафин; грязевые аппликации), холодовые аппликации.

28. Оценка эффективности лечения:

в амбулаторных условиях в амбулаторно-поликлинических организациях – снижение интенсивности болевого синдрома по ВАШ на 50 % и более в течение 1 месяца лечения при I и II рентгенологических стадиях ОА; на 25 % по ВАШ от исходного значения при III стадии ОА; на 10 % по ВАШ при IV рентгенологической стадии ОА;

в стационарных условиях (в больничных организациях) – снижение интенсивности болевого синдрома по ВАШ на 25 % от исходного значения при III стадии ОА; на 10 % по ВАШ при IV рентгенологической стадии ОА.

ГЛАВА 4

ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОА

29. Возможные исходы заболевания:

быстрое прогрессирование заболевания с необходимостью выполнения эндопротезирования сустава;

стабилизация процесса с медленным прогрессированием.

30. Вторичная медицинская профилактика ОА включает:

снижение массы тела;

ортопедическую/хирургическую коррекцию выявленных нарушений нижних конечностей, осанки, плоскостопия;

ЛФК;

массаж пораженных суставов и позвоночника;

санаторно-курортное лечение;

медикаментозное лечение.

31. Медицинское наблюдение пациентов с ОА в амбулаторно-поликлинических организациях осуществляет врач-терапевт (врач общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога, которые с частотой 1 раз в 12 месяцев проводят и организуют следующие мероприятия:

клинический осмотр пациента;

ОАК с исследованием СОЭ;

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

ОАМ;

рентгенографию пораженных суставов; позвоночника (при его вовлечении);

ЭКГ;

консультацию врача-ревматолога.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с остеоартрозом (остеоартритом)»

**Классификационные критерии остеоартрита коленных суставов
(Альтман и соавторы, 1991)***

№ п/п	Клинические критерии	Клинические, лабораторные, рентгенологические критерии
Коленные суставы		
1	1. Боль в сочетании со следующими критериями, изложенными в пункте 2 (2.1; 2.2, 2.3) или в пункте 3 (3.1; 3.2; 3.3) или в пункте 4 (4.1; 4.2):	1. Боль в сочетании со следующими критериями, изложенными в пункте 2 или в пункте 3 (3.1; 3.2; 3.3):
2	2.1. крепитация; 2.2. утренняя скованность ≤ 30 мин; 2.3. возраст ≥ 38 лет;	2. остеофиты;
	или	или
3	3.1. крепитация; 3.2. утренняя скованность ≤ 30 мин; 3.3. костные разрастания;	3.1. синовиальная жидкость, характерная для ОА (или возраст ≥ 40 лет); 3.2. утренняя скованность ≤ 30 мин; 3.3. крепитация
	или	
4	4.1. отсутствие крепитации; 4.2. костные разрастания	

* Диагноз ОА коленных суставов может быть поставлен при наличии клинических критериев или при сочетании клинических, лабораторных и рентгенологических критериев в следующих случаях:

при наличии только клинических критериев и присутствии следующих признаков, изложенных в пункте 1 (боль), в сочетании с критериями, изложенными в пункте 2 (2.1; 2.2; 2.3) или в пункте 3 (3.1; 3.2; 3.3) или в пункте 4 (4.1; 4.2). Чувствительность составляет 89 %, специфичность – 88 %;

при наличии клинических, лабораторных, рентгенологических критериев и присутствии следующих критериев, изложенных в пункте 1 (боль), в сочетании с критериями, изложенными в пункте 2 или в пункте 3 (3.1; 3.2; 3.3). Чувствительность составляет 94 %, специфичность – 88 %.

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с остеоартрозом (остеоартритом)»

Классификационные критерии остеоартрита тазобедренных суставов (Альтман и соавторы, 1991)*

№ п/п	Клинические критерии	Клинические, лабораторные, рентгенологические критерии
Тазобедренные суставы		
1	1. Боль в сочетании со следующими критериями, изложенными в пункте 2 (2.1; 2.2) или в пункте 3 (3.1; 3.2; 3.3; 3.4):	1. Боль и не менее двух из 3 критериев
2	2.1. внутренняя ротация $< 15^\circ$; 2.2. СОЭ < 5 мм/час или сгибание; в тазобедренном суставе $> 115^\circ$;	2.1. СОЭ < 20 мм/час; 2.2. остеофиты; 2.3. сужение суставной щели
	или	

3	3.1. внутренняя ротация < 15°;	
	3.2. утренняя скованность < 60 мин;	
	3.3. возраст > 50 лет;	
	3.4. боль при внутренней ротации	

* Диагноз ОА тазобедренных суставов может быть поставлен при наличии клинических критериев или при сочетании клинических, лабораторных и рентгенологических критериев в следующих случаях:

при наличии только клинического критерия, изложенного в пункте 1 (боль) в сочетании с критериями, изложенными в пункте 2 (2.1; 2.2) или в пункте 3 (3.1; 3.2; 3.3; 3.4). Чувствительность составляет 86 %, специфичность – 75 %;

при наличии клинических, лабораторных, рентгенологических критериев и присутствии критерия, изложенного в пункте 1 (боль), в сочетании с не менее двумя из трех критериев, изложенных в пункте 2. Чувствительность составляет 89 %, специфичность – 91 %.

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с остеоартрозом (остеоартритом)»

Классификационные критерии остеоартрита суставов кистей (Альтман и соавторы, 1991)

№ п/п	Клинические критерии*
1	1. Боль продолжительная или скованность
2	2. Костные разрастания двух и более суставов из 10 оцениваемых**
3	3. Менее двух припухших пястно-фаланговых суставов
4	4.1. Костные разрастания, включающие 2 и более дистальных межфаланговых сустава*** (2-й и 3-й дистальные межфаланговые суставы могут приниматься во внимание в двух критериях: 2 и 4.2) или
	4.2. Деформация одного и более суставов из 10**

* Чувствительность 93 %, специфичность 91 %.

** 2-й и 3-й дистальные межфаланговые суставы; 2-й и 3-й проксимальные межфаланговые суставы; 1-й запястно-пястный сустав обеих кистей.

*** 2-й и 3-й дистальные межфаланговые суставы могут приниматься во внимание в двух критериях: 2 и 4.2.