

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 васкулитами крупных сосудов (неспецифическим аортоартериитом и гигантоклеточным артериитом)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с васкулитами крупных

сосудов (далее, если не установлено иное, – ВКС) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра: М31.4 Синдром дуги аорты (Такаясу); М31.5 Гигантоклеточный артериит) 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 ВКС 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 ВКС 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 (Chapel Hill Consensus Conference, 2012 г.):

7.1. васкулит с поражением сосудов крупного калибра:
артериит Такаясу (неспецифический аортоартериит) (далее – АТ);
гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона) (далее – ГКА) и ревматическая полимиалгия;

7.2. васкулит с поражением сосудов среднего калибра:

узелковый полиартериит;

болезнь Кавасаки;

7.3. васкулиты с поражением сосудов мелкого калибра:

васкулиты ассоциированные с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (далее – АНЦА):

микроскопический полиангиит;

гранулематоз с полиангиитом (Вегенера);

эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Черджа-Строс);

иммунокомплексные васкулиты:

заболевания, ассоциированные с антителами к базальной мембране клубочков (синдром Гудпасчера);

криоглобулинемический васкулит;

IgA-ассоциированный васкулит (геморрагический васкулит, пурпура Шенлейна-Геноха);

гипокомплементемический уртикарный васкулит (анти-C1q васкулит);

7.4. переменный васкулит:

болезнь Бехчета;

синдром Когана;

7.5. васкулит с поражением сосудов единственного органа:

кожный лейкоцитокластический ангиит;

кожный артериит;

первичный васкулит центральной нервной системы;

изолированный аортит;

другие;

7.6. васкулит, ассоциированный с системными заболеваниями:

васкулит при системной красной волчанке;

ревматоидный васкулит;

саркоидный васкулит;

другие;

7.7. васкулит, ассоциированный с определенными этиологическими факторами:

криоглобулинемический васкулит, ассоциированный с вирусом гепатита С;

васкулит, ассоциированный с вирусом гепатита В;

аортит, ассоциированный с сифилисом;

лекарственный иммунокомплексный васкулит;

лекарственный АНЦА-ассоциированный васкулит;

паранеопластический васкулит;

другие.

8. Установление диагноза ВКС осуществляется врачом-ревматологом. В случае обращения пациента к врачу-терапевту (врачу общей практики), другим врачам-специалистам для подтверждения диагноза пациент должен быть направлен к врачу-ревматологу.

9. Для постановки диагноза ВКС проводится комплекс мероприятий, включающий: клиническое обследование: с оценкой жалоб; анамнеза развития заболевания; изучением анамнеза жизни, наследственного анамнеза; объективное обследование пациента и установление степени функционального нарушения органов и систем; лабораторные и инструментальные исследования (обязательные и дополнительные); консультации врачей-специалистов.

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 (активации заболевания, обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением препаратов патогенетической терапии (базисных противовоспалительных лекарственных препаратов (далее – БПВП); генно-инженерных биологических препаратов (далее – ГИБП) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП после каждого повышения дозы (метотрексат); перед каждым снижением дозы глюкокортикоидов; далее – для БПВП – 1 раз в 3 месяца;

биохимический анализ крови (далее – БАК) с исследованием уровней креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, С-реактивного белка (далее – СРБ); исследование скорости клубочковой фильтрации (далее – СКФ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (активации заболевания, обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением препаратов патогенетической терапии (БПВП, ГИБП) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП после каждого повышения дозы (метотрексат) с исследованием уровней АЛТ, АСТ, креатинина; перед каждым снижением дозы глюкокортикоидов до достижения поддерживающей дозы с исследованием уровня СРБ; далее для БПВП – 1 раз в 3 месяца исследование уровней АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, СРБ, глюкозы, СКФ;

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

исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; анти/НСV) – перед назначением БПВП, ГИБП;

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

диаскинтест – перед назначением ГИБП, далее – 1 раз в 12 месяцев при продолжении терапии;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (активации заболевания, обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением препаратов патогенетической терапии (БПВП, ГИБП) и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы БПВП после каждого повышения дозы (метотрексат); перед каждым снижением дозы глюкокортикоидов до достижения поддерживающей дозы; далее для БПВП – 1 раз в 3 месяца;

эхокардиографическое исследование (далее – ЭхоКГ) – на этапе верификации диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости (далее – УЗИ ОБП) – однократно при постановке диагноза, далее – по медицинским показаниям;

ультразвуковая ангиодопплерография магистральных артерий шеи, конечностей, аорты (для АТ); височных и подмышечных артерий (для ГКА) – при постановке диагноза; изменении характера течения заболевания (обострении; развитии осложнений), далее – 1 раз в 12 месяцев;

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

рентгенография органов грудной полости (далее – РОГП) – 1 раз в 12 месяцев;

консультация врача-ревматолога – при постановке диагноза, далее в соответствии с планом динамического наблюдения;

консультация врача-офтальмолога – при наличии офтальмологических проявлений заболевания, далее (по тем же медицинским показаниям) – 1 раз в 12 месяцев.

11. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях (в больничных организациях):

ОАК с исследованием СОЭ – 1 раз в 5–7 дней, при верификации диагноза, перед назначением препаратов патогенетической терапии (БПВП; ГИБП) и после их применения;

БАК с исследованием уровней креатинина, мочевины, определением СКФ, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ – 1 раз в 5–7 дней; при верификации диагноза, перед назначением препаратов патогенетической терапии (БПВП; циклофосамида; ГИБП) и после их применения;

исследование липидного спектра крови – уровней общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, определение коэффициента атерогенности – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

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

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

диаскинтест – перед назначением ГИБП, далее – 1 раз в 12 месяцев при продолжении терапии;

ОАМ – 1 раз в 5–7 дней, при верификации диагноза, перед назначением препаратов патогенетической терапии (БПВП; ГИБП) и после их применения;

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

ЭКГ (на фоне лечения циклофосамидом после каждого его введения);

ЭхоКГ – при постановке диагноза, изменении характера течения заболевания (обострении; развитии осложнений), далее – по медицинским показаниям (исследование не дублируется, если было проведено на амбулаторном этапе);

ультразвуковая ангиодопплерография магистральных артерий шеи, конечностей, аорты (для АТ); височных и подмышечных артерий (для ГКА) – при постановке диагноза, изменении характера течения заболевания (обострении; развитии осложнений), далее – по медицинским показаниям (исследование не дублируется, если было проведено на амбулаторном этапе);

компьютерная томографическая ангиография (далее – КТ-ангиография – в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения – при постановке диагноза, изменении характера течения заболевания (обострении; развитии осложнений) при постановке диагноза, изменении характера течения заболевания (обострении; развитии осложнений), далее – по медицинским показаниям;

ЭКГ – 1 раз в 7–10 дней (чаще – по медицинским показаниям);

УЗИ ОБП – при постановке диагноза, изменении характера течения заболевания (обострении; развитии осложнений), далее – по медицинским показаниям (исследование не дублируется, если было проведено на амбулаторном этапе);

консультация врача-офтальмолога – при развитии офтальмологических симптомов в дебюте болезни, далее – 1 раз в 12 месяцев.

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

иммунологическое исследование с исследованием уровней АНЦА);

эзофагодуоденоскопия (далее – ЭФГДС).

13. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях (в больничных организациях):

БАК с исследованием уровня ферритина;

иммунологическое исследование крови: исследование уровня интерлейкина – 6 (в республиканских организациях здравоохранения);

исследование уровня IgG4 в сыворотке крови (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

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

биопсия височной артерии (выполняется в специализированном центре в республиканских организациях здравоохранения врачом-ангиохирургом);

контрастная магнитно-резонансная ангиография (далее – МРТ-ангиография) аорты, экстракраниальных ветвей (для АТ), черепных артерий (для ГКА) – на этапе верификации диагноза (в областных (г. Минск), республиканских организациях здравоохранения).

14. Консультации врачей-специалистов: врача-невролога; врача-офтальмолога; врача-кардиолога; врача-ангиохирурга; врача-фтизиатра по медицинским показаниям.

15. Для постановки диагноза АТ, ГКА применяются классификационные критерии АТ и ГКА согласно приложениям 1 и 2.

16. Для определения тактики лечения пациентов, выбора оптимальной схемы назначения препаратов определяется:

клиническую стадию АТ согласно приложению 3;

клинический вариант течения ГКА согласно приложению 4;

состояние активности заболевания при ВКС согласно приложению 5;

ключевые симптомы и клинические данные, указывающие на активный васкулит крупных сосудов, согласно приложению 6.

17. Дифференциальный диагноз АТ, ГКА проводят с аортитом, связанным с IgG4-ассоциированным заболеванием, АНЦА-ассоциированным васкулитом или другими васкулитами (например, синдром Бехчета) или ВКС на фоне спондилоартритов, рецидивирующего полихондрита или инфекций.

ГЛАВА 3 МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

18. Целью лечения ВКС является достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии.

Фармакотерапия состоит из трех этапов:

индукция ремиссии коротким курсом агрессивной терапии;
поддержание ремиссии при помощи длительной (0,5–2 года) терапии иммуносупрессантами в дозах, достаточных для достижения стойкой клинико-лабораторной ремиссии;
лечение рецидивов.

Медицинские показания к лечению пациентов с ВКС в стационарных условиях:
наличие у пациента активной фазы заболевания; большого рецидива; рефрактерного течения; осложненного течения ВКС;

необходимость выполнения сложных диагностических манипуляций;

необходимость введения ГИБП.

Медицинские показания для экстренной госпитализации в специализированные отделения (офтальмологические, кардиохирургические, сосудистой хирургии, ревматологические) в областные (г. Минск), республиканские организации здравоохранения: острые нарушения зрения с угрозой слепоты или другие жизнеугрожающие состояния (транзиторная ишемическая атака, инсульт, расслоение аневризмы аорты и другие осложнения).

Транспортировка пациента с осложненным течением ВКС осуществляется бригадой скорой медицинской помощи в положении лежа или сидя с учетом клинического состояния.

Медицинские показания к лечению в амбулаторных условиях; в условиях отделения дневного пребывания: наличие ВКС с минимальной степенью активности, которая оценивается по клиническим, инструментальным и лабораторным показателям, малым рецидивом.

19. Глюкокортикоиды (далее – ГК) – основные препараты в лечении ВКС. ГК назначаются максимально рано с целью индукции ремиссии после подтверждения диагноза при активном АТ или ГКА в оптимальных дозах (в пересчете на преднизолон 0,5–1 мг/кг массы тела) внутрь:

метилпреднизолон, таблетки, 4 мг; 8 мг; 16 мг, 32 мг внутрь, 32–48 мг/сутки (не более 48 мг/сутки) назначают в 1–2 приема в первой половине дня – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед;

или преднизолон 5 мг, таблетки; внутрь, 40–60 мг/сутки (не более 60 мг/сутки) в 1–2 приема в первой половине дня – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед.

После достижения контроля над активностью заболевания в течение 1–1,5 месяцев приема оптимальной дозы ГК (нормализация клинико-лабораторных показателей) доза глюкокортикоидов постепенно (в течение 2–3 месяцев) снижается на 1/2–1/4 таблетки в неделю (метилпреднизолон на 2–1 мг, преднизолон на 2,5–1,25 мг) до целевой дозы – метилпреднизолон 12–16 мг/сутки (преднизолон 15–20 мг/сутки); продолжается прием ГК в целевой дозе до 12 месяцев. Через 12 месяцев при сохранении ремиссии доза ГК постепенно снижается на 1/4–1/8 таблетки в неделю (метилпреднизолон на 1–0,5 мг; преднизолон на 1,25–0,625 мг) до дозы метилпреднизолона 4 мг/сутки и менее (преднизолона – 5 мг/сут и менее) при ГКА и до дозы метилпреднизолона 8 мг/сутки и менее (преднизолона – 10 мг/сут и менее) при АТ длительно (не менее 2 лет).

При приеме ГК 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(ОН) D в сыворотке крови в диапазоне 30–50 нг/мл.

При острой угрозе потери зрения при ГКА, амаврозе фугакса, высокой активности, рефрактерном течении АТ с последующим переходом на прием метилпреднизолона (преднизолона) внутрь назначаются ГК для парентерального применения – метилпреднизолон, лиофилизат для приготовления раствора для инъекций, 125 мг; 250 мг; 500 мг; 1000 мг; применяются внутривенно капельно в течение 3 дней по 1000 мг/сутки (в суммарной дозе 3000 мг).

20. При рефрактерном течении ВКС назначаются алкилирующие средства – циклофосфамид, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения, 200 мг; внутривенно капельно в суммарной дозе 1000 мг совместно с глюкокортикоидами для парентерального применения – метилпреднизолон в течение 3 дней по 250–1000 мг/сутки 1 раз в месяц в течение 12 месяцев.

Определение дозы циклофосфамида для лечения рефрактерного течения ВКС с учетом азотовыделительной функции почек осуществляется согласно модификации дозы циклофосфамида для внутривенного введения в зависимости от возраста пациента и уровня креатинина сыворотки крови в соответствии с приложением 7.

Для медицинской профилактики развития геморрагического цистита на фоне терапии циклофосфамидом увеличивается потребление жидкости перед его применением и в течение 72 последующих часов (до 3 л в сутки при отсутствии медицинских противопоказаний).

Пациенты с персистирующей гематурией, ранее получавшие терапию циклофосфамидом, направляются на консультацию к врачу-урологу и проводят тщательное обследование с учетом высокой частоты развития опухолей мочевого пузыря.

При применении циклофосфамида назначается ко-тримоксазол (триметоприм/сульфаметоксазол), таблетки, 400/80 мг, внутрь, по 1 таблетке в сутки или по 1 таблетке 2 раза в день через день для медицинской профилактики развития пневмоцистной пневмонии (на весь период применения циклофосфамида плюс три месяца после курса).

21. БПВП (метотрексат; азатиоприн; лефлуномид, микофеноловая кислота) назначаются в комбинации с ГК исходно при АТ или добавляются к терапии ГК при ГКА в случае неэффективности терапии и развитии малого или большого рецидива:

21.1. метотрексат* является ЛП первой линии при выборе БПВП в лечении ВКС:

метотрексат, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг; 5 мг; 10 мг; внутрь, 15–17,5 мг 1 раз в неделю; первоначальная доза метотрексата для приема внутрь составляет 7,5–10 мг в неделю с постепенным ее повышением на 2,5 мг 1 раз в 1–2 недели до достижения целевой дозы – 17,5 мг 1 раз в неделю длительно;

при недостаточной эффективности или плохой переносимости таблетированной формы метотрексата назначается 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. Исходная доза составляет 7,5–10 мг 1 раз в неделю подкожно с постепенным повышением дозы на 2,5–5 мг 1 раз в неделю до достижения целевой дозы 15–17,5 мг 1 раз в неделю подкожно длительно.

Для снижения риска развития нежелательных реакций назначают фолиевую кислоту в дозе 1–3 мг/сутки вне дней приема метотрексата, не менее 5 мг в неделю;

21.2. азатиоприн* является препаратом второй линии при выборе БПВП при лечении ВКС, назначается в случаях неэффективности или непереносимости метотрексата в сочетании с ГК:

азатиоприн, капсулы, 50 мг; внутрь, 100–150 мг/сутки в 2–3 приема длительно;

21.3. при неэффективности/непереносимости азатиоприна назначается лефлуномид* таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 20 мг, внутрь по 10–20 мг 1 раз/сутки длительно;

21.4. микофеноловая кислота* назначается пациентам с рефрактерным или рецидивирующим течением ВКС:

микофеноловая кислота, капсулы 250 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; таблетки 180 мг, 360 мг – внутрь в дозе 1000–3000 мг/сутки длительно.

Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от медицинских показаний, схемы терапии, возраста, площади поверхности тела пациента.

22. ГИБП назначаются пациентам с ВКС по решению врачебного консилиума при недостижении ремиссии при применении ГК; ГК в сочетании с метотрексатом

(азатиоприном; лефлуномидом; микофеноловой кислотой), недостижении ремиссии при применении ГК и наличии медицинских противопоказаний к назначению или непереносимости всех БПВП; наличии медицинских противопоказаний к назначению ГК (язва желудка или двенадцатиперстной кишки; кровотечение из разных отделов желудочно-кишечного тракта; непереносимость ГК, другие) при сохранении высокой активности или большом рецидиве ВКС:

22.1. антитела моноклональные, ингибиторы интерлейкина – 6 являются ЛП первой линии при выборе тактики лечения ГКА:

тоцилизумаб*, концентрат для приготовления раствора для инфузий 20 мг/мл 4 мл; 20 мг/мл 10 мл; 20 мг/мл 20 мл; внутривенно капельно в дозе 8 мг/кг в течение, как минимум, 1 часа, 1 раз в 4 недели длительно;

тоцилизумаб, раствор для подкожного введения 162 мг/0,9 мл в шприце-тюбике, подкожно в дозе 162 мг 1 раз в неделю длительно;

22.2. моноклональные антитела к фактору некроза опухолей альфа являются ЛП первой линии при выборе тактики лечения АТ; назначаются при неэффективности/непереносимости ингибиторов интерлейкина – 6:

инфликсимаб*, порошок лиофилизированный для приготовления раствора для внутривенного введения (лиофилизат для приготовления раствора для инфузий) 100 мг, внутривенно капельно в дозе 3–5 мг/кг массы тела по схеме: 0; 2; 6; 8 недели, далее 1 раз в 8 недель длительно.

23. Особенности медикаментозной терапии ГКА: лечение начинается с ГК – метилпреднизолон 32–48 мг/сутки (преднизолон 40–60 мг/сутки) в максимально короткие сроки после постановки диагноза.

После достижения контроля над течением заболевания в течение 1–1,5 месяцев приема оптимальной дозы ГК (нормализация клинико-лабораторных показателей) доза ГК постепенно (в течение 2–3 месяцев) снижается в соответствии с пунктом 19 настоящего клинического протокола до дозы метилпреднизолон 2–4 мг/сутки, преднизолон – 2,5–5 мг/сут и менее через год. При сохранении ремиссии, лечение ГК продолжается минимум 2 года, с последующим рассмотрением возможности их отмены после консультации врача-ревматолога.

При развитии большого рецидива пациенту назначается исходная доза метилпреднизолон – 32–48 мг/сутки (преднизолон 40–60 мг/сутки).

При недостижении цели лечения (ремиссии) через 1,5–2 месяца назначается метотрексат 17,5 мг/неделю внутрь или 15 мг 1 раз в неделю подкожно в соответствии с подпунктом 21.1 пункта 21 настоящего клинического протокола и, в случае сохраняющегося активного процесса, через 2–3 месяца лечения вместо метотрексата (или вместе с метотрексатом) назначается тоцилизумаб 162 мг/подкожно 1 раз в неделю в соответствии с подпунктом 22.1 пункта 22 настоящего клинического протокола. Выбор комбинированного лечения – метотрексат совместно с тоцилизумабом или тоцилизумаб вместо метотрексата определяет врач-ревматолог с учетом оценки активности процесса и объема поражения.

При развитии малого рецидива назначается минимальная эффективная доза ГК, позволяющая контролировать клинико-лабораторную активность заболевания, при отсутствии эффекта (недостижение ремиссии) в течение 1,5–2 месяцев назначается метотрексат, и, в случае сохраняющегося активного процесса в течение 2–3 месяцев при проводимом лечении, вместо метотрексата (или вместе с метотрексатом) назначается тоцилизумаб. Выбор комбинированного лечения – метотрексат совместно с тоцилизумабом или тоцилизумаб вместо метотрексата определяется врачом-ревматологом с учетом оценки активности процесса и объема поражения.

При назначении тоцилизумаба и достижении ремиссии начинается снижение дозы ГК в соответствии с пунктом 19 настоящего клинического протокола до полной отмены в течение 6 месяцев. Длительность применения тоцилизумаба определяется врачом-ревматологом.

При наличии медицинских противопоказаний для назначения ГК или высоком риске развития осложнений назначается метилпреднизолон 32–48 мг/сутки (преднизолон

40–60 мг/сутки) на период не более 6 месяцев и добавляется в схему лечения метотрексат или тоцилизумаб в дозах, режиме дозирования, соответствующих подпункту 21.1 пункта 21 и подпункту 22.1 пункта 22 настоящего клинического протокола. Выбор ЛП – метотрексата или тоцилизумаба – осуществляется в зависимости от имеющейся сопутствующей патологии, определяющей риск развития нежелательных реакций от применения ГК и активность ГКА. Темпы снижения ГК при достижении клинко-лабораторного эффекта от комбинированного лечения определяется врачом-ревматологом с учетом риска развития нежелательных реакций от применения ГК и обострения ГКА.

При развитии офтальмологических симптомов с угрозой потери зрения ГК вводятся внутривенно капельно – метилпреднизолон 3 дня подряд в суммарной дозе 3000 мг с последующим назначением ГК для приема внутрь – метилпреднизолон 32–48 мг/сутки (преднизолон 40–60 мг/сутки).

24. Особенности медикаментозной терапии АТ: лечение начинается с комбинированной терапии ГК – метилпреднизолон 32–48 мг/сутки (преднизолон 40–60 мг/сутки) совместно с метотрексатом 17,5 мг/неделю внутрь или 15 мг 1 раз в неделю подкожно. При достижении ремиссии доза ГК в течение 2–3 месяцев снижается до поддерживающей (метилпреднизолон 8 мг/сутки, преднизолон 10 мг/сутки) длительно.

При развитии большого рецидива пациенту назначается исходная доза метилпреднизолона – 32–48 мг/сутки (преднизолон 40–60 мг/сутки).

При недостижении цели лечения (ремиссии) назначается тоцилизумаб в соответствии с подпунктом 22.1 пункта 22 настоящего клинического протокола или инфликсимаб 3–5 мг внутривенно капельно по схеме в соответствии с подпунктом 22.2 пункта 22 настоящего клинического протокола. При достижении ремиссии начинается снижение дозы до поддерживающей – метилпреднизолон 8 мг/сутки (преднизолон 10 мг/сутки).

При развитии малого рецидива назначается минимально эффективная доза ГК, позволяющая контролировать клинко-лабораторную активность заболевания, при отсутствии эффекта назначается тоцилизумаб в соответствии с подпунктом 22.1 пункта 22 настоящего клинического протокола или инфликсимаб 3–5 мг внутривенно капельно по схеме в соответствии с подпунктом 22.2 пункта 22 настоящего клинического протокола. При достижении ремиссии необходимо начать снижение дозы до поддерживающей – метилпреднизолон 8 мг/сутки (преднизолон 10 мг/сутки).

25. Ингибиторы Н⁺ – К⁺ – АТФ-азы назначаются пациентам с факторами риска 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.

26. Критерии оценки эффективности лечения:

в амбулаторных условиях – достижение ремиссии в течение 3–6 месяцев от начала лечения (изменения схемы лечения) в соответствии с критериями, изложенными в приложении 5;

в стационарных условиях – снижение уровней СОЭ и (или) СРБ на 50 % и более от исходного уровня.

27. Возможные исходы заболевания:

прогрессирование заболевания с развитием осложнений, инвалидизацией пациента;

смерть пациента вследствие развития тяжелых осложнений;

достижение стойкой ремиссии (медикаментозной, немедикаментозной) с сохранением трудоспособности.

28. Медицинская профилактика ВКС (вторичная и третичная) включает:
медикаментозную терапию (ГК; БПВП, ГИБП);
коррекцию дислипидемии с достижением целевых уровней липидов у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений;
мониторинг уровня артериального давления (далее – АД) (верхние/нижние конечности);
поддержание индекса массы тела в пределах 20–23 кг/м²; окружности талии < 88 см для женщин, < 102 см для мужчин;
поддержание умеренной физической активности (не менее 30 минут в день 5 раз в неделю в период ремиссии);
прекращение курения;
санацию очагов хронической инфекции.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВКС

29. Медицинское наблюдение пациентов с ВСК в амбулаторных условиях (в амбулаторно-поликлинических организациях) осуществляется врачом-терапевтом (врачом общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога, врача-кардиолога и врача-ангиохирурга на следующих этапах:

на этапе индукции ремиссии;
при достижении ремиссии ВКС;
дополнительно независимо от активности заболевания, достижения/недостижения ремиссии.

30. На этапе индукции ремиссии мониторинг оценки активности заболевания осуществляется 1 раз в месяц:

осмотр врача-терапевта с измерением уровня АД на руках и ногах, оценкой пульса; пальпацией височной артерии;

ОАК с исследованием уровня СОЭ;

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

ОАМ;

ЭКГ;

УЗИ сосудов (при возможности визуализации пораженного отдела);

осмотр врача-офтальмолога (при наличии офтальмологических симптомов в дебюте);

консультация врача-ревматолога с оценкой состояния активности васкулита в соответствии с критериями активности, изложенными в приложениях 5 и 6.

31. При достижении ремиссии ВКС – 1 раз в 6 месяцев:

осмотр врача-терапевта с измерением уровня АД на руках и ногах, оценкой пульса; пальпацией височной артерии;

ОАК с исследованием уровня СОЭ;

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

ОАМ;

ЭКГ;

УЗИ сосудов (при возможности визуализации пораженного отдела);

осмотр врача-офтальмолога (при наличии офтальмологических симптомов в дебюте);

консультация врача-ревматолога с оценкой состояния активности васкулита в соответствии с критериями активности, изложенными в приложениях 5 и 6.

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

БАК с исследованием уровней холестерина, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, коэффициента атерогенности;

РОГП;
 ультразвуковая ангиодопплерография магистральных артерий шеи, конечностей, аорты (АТ); височных и подмышечных артерий (ГКА);
 УЗИ аорты и ее крупных ветвей;
 Эхо-КГ;
 ЭКГ;
 консультация врачей-специалистов (врача-офтальмолога; врача-ангиохирурга; врача-невролога) в зависимости от наличия клинических проявлений и органических поражений.

* Назначение ЛП осуществляется off-label по решению врачебного консилиума.

Приложение 1
 к клиническому протоколу
 «Диагностика и лечение
 пациентов (взрослое население)
 с васкулитами крупных сосудов
 (неспецифическим аортоартериитом
 и гигантоклеточным артериитом)»

Классификационные критерии АТ*

УСЛОВИЯ ПРИМЕНЕНИЯ КРИТЕРИЕВ:		
Критерии могут быть применены, если:		
у пациента установлено наличие васкулита средних или крупных сосудов;		
исключены альтернативные диагнозы, протекающие с васкулопатией		
ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ		
возраст ≤ 60 лет на момент установления диагноза;		
подтверждение васкулита аорты и ее ветвей при сосудистой визуализации (КТ-ангиография, МРТ-ангиография, рентген-ангиография, позитронно-эмиссионная томография)		
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ:		
1	Женский пол	+1 балл
2	Стенокардия/ишемическая боль в сердце	+ 2 балла
3	Синдром нарушения артериального кровообращения со стороны верхних или нижних конечностей (синдром перемежающейся хромоты и иное)	+2 балла
4	Патологические сосудистые шумы при аускультации крупных артерий (аорта, сонные, подключичные, подмышечные, плечевые, почечные или илеофemorальные)	+2 балла
5	Снижение или отсутствие пульса на подмышечной, плечевой, или лучевой артериях	+2 балла
6	Снижение или отсутствие пульса на сонной артерии, либо болезненность сонной артерии (каротидиния)	+2 балла
7	Разница в АД на руках ≥ 20 мм рт. ст.	+1 балл
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ:		
8	Количество артериальных областей с патологическим изменением просвета артерий (стеноз, окклюзия или аневризмы), оцениваемое по результатам ангиографии или ультразвуковой доплерографии сосудов в 9-ти областях: грудная аорта, абдоминальная аорта, брыжеечные, левая или правая сонная, левая или правая подключичные, левая или правая почечные артерии:	
	одна артериальная область	+1 балл
	две артериальные области	+2 балла
	три артериальные области	+3 балла
9	Двусторонние симметричные патологические изменения просвета артерий (стенозы, окклюзии или аневризмы), зарегистрированные при ангиографии или УЗИ, в любых из следующих парных артериальных областей: сонные, подключичные или почечные артерии	+1 балл
10	Патологические изменения просвета (стеноз, окклюзия или аневризмы), выявленные при ангиографии или ультразвуковой доплерографии, на уровне абдоминального отдела аорты и (или) в почечных, либо в брыжеечных артериях	+3 балла

* Пациент классифицируется как имеющий АТ при наборе ≥ 5 баллов.

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с васкулитами крупных сосудов
(неспецифическим аortoартериитом
и гигантоклеточным артериитом)»

Классификационные критерии ГКА*

УСЛОВИЯ ПРИМЕНЕНИЯ КРИТЕРИЕВ:		
Критерии могут быть применены, если: у пациента установлено наличие васкулита крупных сосудов; исключены альтернативные диагнозы, протекающие с васкулопатией		
ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ		
возраст ≥ 50 лет на момент установления диагноза		
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ:		
1	Утренняя скованность в плечевом поясе/шее	+2 балл
2	Внезапная потеря/острое нарушение зрения	+ 3 балла
3	Симптомы «перемежающейся хромоты» челюстных мышц или языка	+2 балла.
4	Симптомы «новой» боли в височной области	+2 балла
5	Повышенная чувствительность волосистой части кожи головы	+2 балла
6	Патологические изменения височной артерии, выявляемые при осмотре (отсутствие или снижение пульсации височной артерии, ее болезненность и уплотнение «проволочной» интенсивности (схожее по плотности с проволокой в виде плотного шнура)	+2 балла
ЛАБОРАТОРНЫЕ, ВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ БИОПСИИ		
7	Повышение СОЭ ≥ 50 мм/час или СРБ ≥ 10 мг/л ² Значения СОЭ (по Вестергрену) и СРБ, которые требуют инициации терапии	+2 балла
8	Положительные результаты биопсии (выявление многоядерных гигантских клеток, диффузных воспалительных лейкоцитарных, преимущественно мононуклеарных инфильтратов и фрагментации внутренней эластичной пластинки) или выявление симптома «ореола» («halo sing») – гомогенного гипозохогенного утолщения стенки артерии)) при ультразвуковой доплерографии сосудов височной артерии	+5 баллов
9	Двустороннее поражение подмышечных артерий определяется как сосудистое повреждение (стеноз, окклюзия или аневризма) по данным ангиографии (КТ, МРТ, рентген-ангиография) или «симптом ореола» по данным ультразвуковой доплерографии сосудов или аномальное поглощение 18F-фтордезоксиглюкозы при позитронно-эмиссионной компьютерной томографии	+2 балла
10	Выявление признаков аортита по данным позитронно-эмиссионной компьютерной томографии с аномальным накоплением (больше, чем в печени) 18F-фтордезоксиглюкозы при визуализации нисходящего отдела грудной аорты и абдоминальной аорты	+2 балла

* Пациент классифицируется как имеющий ГКА при наборе ≥ 6 баллов.

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с васкулитами крупных сосудов
(неспецифическим аortoартериитом
и гигантоклеточным артериитом)»

Классификация клинических стадий АТ, Jefferson

I стадия (сохранного пульса, преваскулит) – в клинической картине преобладают общевоспалительные симптомы (слабость, лихорадка, утомляемость, снижение массы тела);

II стадия (сосудистая) – формирование стенозов, окклюзий, аневризм и коарктаций, клинически проявляется симптомами сосудистой недостаточности (онемение верхних и нижних конечностей, перемежающаяся хромота, расплывчатое зрение, преходящая слепота, транзиторные ишемические атаки, гемиплегии, судороги, другие);

III стадия (поздняя) – развитие фиброза или аневризматических трансформаций артерий, что часто сочетается с ремиссией заболевания (в данной стадии не исключается рецидив АТ).

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с васкулитами крупных сосудов
(неспецифическим аortoартериитом
и гигантоклеточным артериитом)»

Клинические варианты течения ГКА

1. С краниальными симптомами (присутствуют признаки поражения краниальных артерий и поражения органа зрения):

при поражении затылочной артерии – болезненность при пальпации кожи черепа;

при поражении верхнечелюстной артерии – перемежающаяся хромота при жевании, беспричинная зубная боль, невралгия лицевого нерва;

при вовлечении язычной артерии – перемежающаяся хромота языка (усталость языка при разговоре, жевании), нарушение вкусовых ощущений;

при поражении артерий, кровоснабжающих глаза и глазные мышцы, – снижение зрения и диплопия, слепота.

2. С аortoартериитом, для которого характерны аортит, аневризма аорты, в том числе, расслаивающаяся, ишемия миокарда (коронарит), перемежающаяся хромота конечностей.

3. С ревматической полимиалгией.

4. С краниальными симптомами и ревматической полимиалгией.

5. С лихорадкой и другими общими проявлениями воспалительной активности без локализованных симптомов (конституциональный вариант).

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с васкулитами крупных сосудов
(неспецифическим аortoартериитом
и гигантоклеточным артериитом)»

Определение состояний активности заболевания при ВКС

№ п/п	Вид активности	Консенсусное определения EULAR
1	Активное заболевание	1. Наличие типичных признаков или симптомов активного ВКС. 2. Имеется в наличии один из следующих признаков: активность процесса, подтвержденная при визуализации или биопсии; ишемические осложнения, связанные с ВКС; стойко повышенные маркеры воспаления (после исключения других причин)
2	Рецидив	Рекомендуется применять термины большой и малый рецидив, как указано ниже
3	Большой рецидив	Рецидив активного заболевания с любым из следующих признаков: клинические признаки ишемии* (головная, краниофациальная (в том числе, темпоромандибулярная) боль, пальпаторно определяемые изменения поверхностной височной артерии: уплотнение стенки, болезненность, ослабление или исчезновение пульсации, ишемическая «перемежающаяся хромота нижней челюсти» – болезненность жевательных движений, нарастающая в процессе жевания, интраоральные ишемические расстройства – орофациальная боль, дисфагия, в редких случаях изъязвление и частичный некроз языка, зрительные симптомы, потеря зрения, связанная с ГКА, некроз скальпа, инсульт, перемежающаяся хромота конечностей); признаки активного воспаления аорты, приводящего к прогрессирующей дилатации, стенозу или расслоению аорты или крупных сосудов
4	Малый рецидив	Возвращение активной фазы заболевания без критериев, определяющих серьезный рецидив
5	Рефрактерное течение	Недостижение ремиссии (с признаками реактивации заболевания, как определено выше в пункте «Активное заболевание», несмотря на применение стандартной терапии
6	Ремиссия	Отсутствие всех клинических признаков и симптомов, характерных для активного ВКС и нормализация СОЭ и СРБ; кроме того, отсутствие у пациентов с экстракраниальным заболеванием признаков прогрессирующего сужения или расширения сосудов (частота повторных визуализаций определяется индивидуально)
7	Устойчивая ремиссия	1. Ремиссия 6 и более месяцев. 2. Достижение индивидуальной целевой дозы ГК
8	Ремиссия без ГК	1. Устойчивая ремиссия. 2. Прекращение ГК-терапии (возможно применение другой иммуносупрессивной терапии)

* Некоторые из перечисленных симптомов типичны только для ГКА и требуют более тщательной диагностики при АТ.

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с васкулитами крупных сосудов
(неспецифическим аортоартериитом
и гигантоклеточным артериитом)»

Ключевые симптомы и клинические данные, указывающие на активный васкулит крупных сосудов

№ п/п	Гигантоклеточный артериит	АТ
1	Ключевые симптомы Новое начало стойкой локализованной головной боли, чаще в височной области. Конституциональные симптомы (например, потеря веса более 2 кг, субфебрильная температура, утомляемость, ночная потливость). Перебегающая хромота челюсти и (или) языка. Острые зрительные симптомы, такие как амавроз фугакс, острая потеря зрения, диплопия. Симптомы ревматической полимиалгии. Хромота конечностей	Новое начало или ухудшение хромоты конечностей. Конституциональные симптомы (например, потеря веса более 2 кг, субфебрильная температура, утомляемость, ночная потливость). Миалгия, артралгия, артрит. Сильная боль в животе. Инсульт, судороги (не гипертонические), обморок, головокружение. Парезы конечностей. Инфаркт миокарда, стенокардия. Острые зрительные симптомы, такие как амавроз фугакс или диплопия
2	Основные результаты клинического обследования Болезненность и (или) утолщение поверхностных височных артерий со сниженной пульсацией или без нее. Чувствительность кожи головы. Шум (особенно в подмышечной впадине). Снижение пульса/артериального давления верхних конечностей. Патологические находки во время офтальмологического обследования, включая переднюю ишемическую оптическую невропатию, паралич глазодвигательного черепного нерва, окклюзию центральной артерии сетчатки, окклюзию ветви артерии сетчатки и (или) хориоидальную ишемию	Гипертензия (> 140/90 мм рт. ст.). Новый эпизод «потери» пульса, асимметрия пульса. Шум. Каротидиния

Приложение 7
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с васкулитами крупных сосудов
(неспецифическим аортоартериитом
и гигантоклеточным артериитом)»

Модификация дозы циклофосфамида для внутривенного введения в зависимости от возраста пациента и уровня креатинина сыворотки крови

№ п/п	Возраст, лет	Креатинин < 300 мкмоль/л	Креатинин 300–500 мкмоль/л
1	< 60	15 мг/кг/пульс	12,5 мг/кг/пульс
2	60–70	12,5 мг/кг/пульс	10 мг/кг/пульс
3	> 70	10 мг/кг/пульс	7,5 мг/кг/пульс