

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 ревматической полимиалгией»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с ревматической полимиалгией (далее – РПМ) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра: M35.3) 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 РМП 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. Фармакотерапия назначается в соответствии с настоящим клиническим протоколом, с учетом всех индивидуальных особенностей пациента и клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата (далее – ЛП). При этом необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

5. 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 РПМ

6. Выделяют изолированную РПМ и РПМ, сочетающуюся с гигантоклеточным артериитом.

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

Для постановки диагноза проводится:

клиническое обследование: оценка жалоб, анамнез заболевания, анамнез жизни; общее состояние пациента, объективное обследование пациента, выраженность болевого синдрома по Визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ).

Шкала предназначена для измерения интенсивности боли и представляет собой непрерывную шкалу в виде горизонтальной или вертикальной линии длиной 10 см (100 мм) и расположенными на ней двумя крайними точками: «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить».

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

На основании распределения баллов рекомендована следующая классификация: нет боли (0–4 мм), слабая боль (5–44 мм), умеренная боль (45–74 мм), сильная боль (75–100 мм);

лабораторно-инструментальное обследование – обязательное и дополнительное.

8. Обязательные лабораторно-инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с исследованием уровня скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением метотрексата, тоцилизумаба и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы метотрексата (после каждого повышения дозы, далее – 1 раз в 3 месяца); при снижении дозы глюкокортикоидов – 1 раз в две недели;

биохимический анализ крови (далее – БАК) с исследованием уровней С-реактивного белка (далее – СРБ), креатинина, мочевины, глюкозы, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), креатинфосфокиназы (далее – КФК), лактатдегидрогеназы (далее – ЛДГ), общего билирубина, мочевой кислоты – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением метотрексата, тоцилизумаба и после их применения; на этапе подбора эффективной дозы метотрексата после каждого повышения дозы с исследованием уровней АЛТ, АСТ, далее – 1 раз в 3 месяца; при снижении дозы глюкокортикоидов – СРБ – раз в две недели;

иммунологическое исследование крови с исследованием уровня ревматоидного фактора (далее – РФ) – при постановке диагноза, обострении симптомов РПМ;

исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg, HBc-core, anti-HCV) – перед назначением метотрексата, тоцилизумаба;

исследование сыворотки крови на наличие вируса иммунодефицита человека – перед назначением метотрексата, тоцилизумаба;

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

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – на этапе постановки диагноза; при изменении характера течения заболевания (обострении, подозрении на развитие осложнений); перед назначением метотрексата, тоцилизумаба и после их применения;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) плечевых, тазобедренных суставов – для оценки состояния хряща, связочного аппарата, менисков, периапартулярных структур, выраженности синовита, состояния синовиальной оболочки – при постановке диагноза, обострении;

рентгенография шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника – при постановке диагноза;

электрокардиография (далее – ЭКГ) – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

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

9. Обязательные лабораторно-инструментальные исследования в стационарных условиях:

ОАК с исследованием уровня СОЭ – при верификации диагноза; перед назначением метотрексата, тоцилизумаба и после их применения – 1 раз в 5–7 дней;

БАК с исследованием уровней СРБ, креатинина, мочевины, глюкозы, АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ, общего билирубина, мочевой кислоты – при верификации диагноза; перед назначением метотрексата, тоцилизумаба и после их применения – 1 раз в 5–7 дней;

иммунологическое исследование крови с исследованием уровня РФ – при постановке диагноза, обострении симптомов РПМ (исследование не дублируется, если было проведено на амбулаторном этапе;

исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg, HBc-core, anti-HCV) – перед назначением метотрексата, тоцилизумаба (исследование не дублируется, если было проведено на амбулаторном этапе;

исследование сыворотки крови на наличие вируса иммунодефицита человека – перед назначением метотрексата, тоцилизумаба (исследование не дублируется, если было проведено на амбулаторном этапе;

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

ОАМ – при верификации диагноза; перед назначением метотрексата, тоцилизумаба и после их применения – 1 раз в 5–7 дней;

УЗИ плечевых, тазобедренных суставов – при постановке диагноза, обострении;

рентгенография шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника – при постановке диагноза;

ЭКГ – 1 раз в 10–14 дней;

РОГП – при постановке диагноза и если с момента проведения предыдущего исследования прошло 12 и более месяцев.

10. Дополнительные лабораторные исследования в амбулаторных условиях:

БАК с исследованием уровней иммуноглобулинов А, М, G; каппа и лямбда цепей иммуноглобулинов (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения), щелочной фосфатазы, кальция;

исследование уровня 25(ОН) витамина Д в сыворотке крови;

иммунологическое исследование крови с исследованием уровня антител к циклическому цитруллинированному пептиду (далее – АЦЦП);

рентгенография суставов кистей – для исключения ревматоидного артрита;

игольчатая электромиография (далее – ИЭМГ) – с целью дифференциальной диагностики с полимиозитом (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) суставов, позвоночника – при подозрении на травматическое повреждение структур сустава и (или) периартикулярных структур, маскирующих остеоартрит; у пациентов с подозрением на асептический некроз; для исключения сакроилиита, коксита, опухолевого поражения суставов; для оценки состояния суставов позвоночника при проведении дифференциального диагноза со спондилитом; для исключения грыжи диска у пациентов с гипотрофией четырехглавой мышцы бедра и ягодичных мышц (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения).

11. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

БАК с исследованием уровней ферритина, иммуноглобулинов А, М, G; каппа и лямбда цепей иммуноглобулинов в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения), щелочной фосфатазы, кальция;

исследование уровня 25(ОН) витамина Д в сыворотке крови;

иммунологическое исследование крови с исследованием уровня АЦЦП; антинуклеарных антител;

рентгенография суставов кистей – для исключения ревматоидного артрита;

ИЭМГ – с целью дифференциальной диагностики с полимиозитом (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

МРТ суставов, позвоночника – при подозрении на травматическое повреждение структур сустава и (или) периартикулярных структур, маскирующих остеоартрит; у пациентов с подозрением на асептический некроз; для исключения сакроилиита, коксита, опухолевого поражения суставов; для оценки состояния суставов позвоночника при проведении дифференциального диагноза со спондилитом; для исключения грыжи

диска у пациентов с гипотрофией четырехглавой мышцы бедра и ягодичных мышц (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения).

12. Для исключения паранеопластического синдрома по медицинским показаниям выполняются:

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

УЗИ щитовидной железы;

эзофагогастродуоденоскопия;

колоноскопия;

компьютерная томография (далее – КТ) головного мозга (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

осмотр врача-оториноларинголога;

для пациенток женского пола – осмотр врача-акушера-гинеколога, УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и маммография;

для пациентов мужского пола – осмотр врача-уролога, УЗИ предстательной железы, определение уровня простатспецифического антигена в крови.

13. Консультации других врачей-специалистов по медицинским показаниям:

врача-невролога – при развитии синдрома карпального канала на фоне РПМ при отсутствии эффекта от консервативной терапии; для исключения поражения шейного отдела позвоночника; при подозрении на гигантоклеточный артериит (васкулит Хортона);

консультация врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога – при подозрении на гигантоклеточный артериит (васкулит Хортона).

14. При постановке диагноза используются диагностические критерии Н. Bird (1979 год) в модификации 2001 года:

возраст пациента старше 45 лет;

СОЭ более 40 мм/час (по Вестергрону);

двусторонняя боль симметричного характера в области верхних конечностей;

продолжительность симптомов более 2-х недель;

утренняя скованность более 1 часа;

депрессия и (или) потеря веса;

быстрый эффект малых доз преднизолона.

Для постановки диагноза РПМ необходимо наличие всех вышеприведенных критериев заболевания.

15. Медицинское наблюдение пациентов с РПМ в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения осуществляют врачи-ревматологи, врачи-терапевты, врачи общей практики.

В течение первого года после установления диагноза и начала лечения пациентам с РПМ проводится:

первый месяц 1 раз в 2 недели – клинический осмотр; ОАК и СОЭ; БАК (СРБ);

1 раз в 3 месяца в течение 6 месяцев; далее 1 раз в 6 месяцев – клинический осмотр; ОАК; ОАМ; БАК с исследованием уровней СРБ, АСТ, АЛТ, КФК, мочевины, креатинина, общего белка, билирубина, глюкозы; консультация врача-ревматолога.

После первого года наблюдения:

1 раз в 12 месяцев – диаскинтест (при получении пациентом тоцилизумаба), РОГП, ЭКГ.

ГЛАВА 3 МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РПМ

16. Цель лечения РПМ – достижение полного клинического ответа (отсутствия клинико-лабораторной активности в течение 1 месяца на фоне терапии) или достижение ремиссии заболевания (отсутствия клинико-лабораторной активности в течение ≥ 6 месяцев на фоне отмены терапии).

17. Медицинские показания к лечению пациентов с РПМ в амбулаторных условиях и отделениях дневного пребывания: наличие РПМ с минимальным или умеренным

болевым синдромом, который оценивается по ВАШ в соответствии с пунктом 7 настоящего клинического протокола – минимальный болевой синдром соответствует боли по ВАШ 5–44 мм; умеренный – 45–74 мм; при общем удовлетворительном состоянии пациента: отсутствии нарушений активных движений, неспособности к самообслуживанию, лихорадочного синдрома.

Медицинские показания к лечению в стационарных условиях: наличие у пациента высокой активности заболевания; отсутствие эффекта от проводимой терапии на амбулаторном этапе; развитие осложнений, проведение коррекции которых невозможно в амбулаторных условиях; введение генно-инженерных биологических препаратов, РПМ с выраженным болевым синдромом – по ВАШ более 74 мм; при общем неудовлетворительном состоянии пациента, обусловленном РПМ: нарушениях активных движений, неспособность к самообслуживанию, наличии лихорадочного синдрома, тяжелых коморбидных заболеваний и состояний.

18. ЛП первой линии для лечения пациентов с РПМ являются глюкокортикоиды (далее – ГК), применяются в лекарственных формах для приема внутрь и для парентерального введения:

18.1. пациентам с РПМ без гигантоклеточного артериита (васкулита Хортона) назначают преднизолон, таблетки 5 мг, в дозе по 12,5–25 мг в сутки или метилпреднизолон, таблетки 4 мг, 8 мг, 16 мг, 32 мг – в эквивалентной дозе 10–20 мг в сутки;

в границах указанного диапазона доз, более высокую стартовую дозу ГК назначают пациентам с высоким риском рецидива болезни и низкой вероятностью нежелательных реакций;

у лиц с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, остеопороз, глаукома) и другими факторами риска ГК-ассоциированных нежелательных реакций назначаются более низкие стартовые дозы ГК в рамках указанного диапазона;

начальные дозы преднизолона менее 7,5 мг в сутки (метилпреднизолона 6 мг) и более 30 мг в сутки преднизолона (24 мг метилпреднизолона) не рекомендованы;

лечение подразделяется на несколько основных этапов: начальную (индукцию ремиссии), поддерживающую терапию (снижение суточной дозы) и период отмены ГК;

для каждого пациента необходимы индивидуальные графики снижения дозы ГК, основанные на регулярном мониторинге состояния пациента, активности заболевания и лабораторных маркеров;

18.2. принципы снижения доз:

стартовое снижение: начинается через 1 месяц от начала лечения, медленно уменьшается доза ГК – преднизолон на 1 мг в неделю до 10 мг в сутки (метилпреднизолон на 0,8 мг в неделю до 8 мг в сутки) в пересчете на преднизолон на протяжении 4–8 недель;

терапия рецидивов: увеличивается доза перорального преднизолона и метилпреднизолона до уровня, предшествовавшего рецидиву, и в последующем уменьшают ее постепенно (в течение 4–8 недель) до дозы, во время приема которой случился рецидив;

снижение доз во время ремиссии: после ее достижения уменьшается доза перорального преднизолона на 1 мг, метилпреднизолона на 0,8 мг каждые четыре недели на протяжении времени пока сохраняется ремиссия;

для лечения РПМ используется одноразовый прием ежедневных доз ГК. Дозу ГК разделяют на несколько приемов при выраженном болевом синдроме в ночное время суток;

18.3. с целью снижения воспалительного и болевого синдрома назначается местное введение ГК в область плечевых суставов, карпального канала не чаще 1 раза в 2–4 недели:

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 – не чаще 2–3 раз в год в 1 сустав при наличии синовита или внутримышечно по 1–2 мл при наличии медицинских противопоказаний для внутрисуставного введения;

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 – не чаще 2–3 раз в год в 1 сустав при наличии синовита или внутримышечно 1–2 мл при наличии медицинских противопоказаний для внутрисуставного введения;

18.4. курс лечения РПМ длится в пределах 1–2-х лет. При развитии рецидивов, которые возникают при снижении дозы или отмене ГК, лечение проводится неопределенно долго – преднизолон в дозе 1–5 мг в сутки (метилпреднизолон – 0,8–4 мг в сутки) не менее года.

Снижение дозы ГК до полной отмены проводится при отсутствии признаков активности болезни в течение 2–3 месяцев.

При возникновении рецидива РПМ, доза ГК повышается до уровня, на котором контроль боли и воспаления был наиболее эффективным и продолжают ее принимать до достижения стойкой ремиссии.

19. ЛП второй линии является метотрексат:

для парентерального применения: раствор для инъекций 10 мг/мл в преднаполненных шприцах (7,5 мг/0,75 мл, 10 мг/мл, 20 мг/2 мл, 15 мг/1,5 мл, 25 мг/2,5 мл) или 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 длительно, 20 мг/0,4 мл, 22,5 мг/0,45 мл, 25 мг/0,5 мл) 1 раз в неделю подкожно;

для перорального применения: таблетки 2,5 мг, 5 мг, 10 мг;

метотрексат внутрь или подкожно назначается в начальной дозе 10–15 мг в неделю в сочетании с фолиевой кислотой в дозе 1–3 мг в сутки в дни, свободные от приема метотрексата, не менее 5 мг/неделю; при недостаточной эффективности или плохой переносимости приема метотрексата внутрь, особенно при использовании в высоких дозах, а также при необходимости достижения быстрого эффекта, метотрексат назначается подкожно 1 раз в неделю в лечебных дозах 15–25 мг в неделю;

метотрексат назначается в комбинации с ГК у пациентов с высоким риском рецидива и (или) при длительной терапии; в случае имеющих факторов риска, коморбидных заболеваний и (или) приема сопутствующих препаратов, когда высока вероятность появления осложнений или нежелательных реакций ГК; целью использования метотрексата в лечении РПМ является уменьшение продолжительности приема и кумулятивной дозы ГК, а также снижение риска нежелательных реакций, обусловленных приемом ГК.

20. Тоцилизумаб назначается по решению врачебного консилиума в случае резистентности к проводимой терапии ГК и метотрексатом:

концентрат для приготовления раствора для инфузий 20 мг/мл; 20 мг/мл 10 мл; 20 мг/мл 20 мл, внутривенно капельно из расчета 8 мг/кг массы тела 1 раз в месяц до достижения стойкой ремиссии;

раствор для подкожного введения 162 мг/0,9 мл, подкожно 1 раз в неделю до достижения стойкой ремиссии.

21. Нестероидные противовоспалительные ЛП (далее – НПВП) назначаются для уменьшения болевого синдрома:

21.1. НПВП для приема внутрь – при умеренном и сильном болевом синдроме; при неэффективности лекарственных форм для наружного применения:

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;

21.2. НПВП для парентерального применения – 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);

21.3. НПВП для наружного применения – пациентам со слабым болевым синдромом по ВАШ 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 в сутки;

диклофенак, мазь 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 – наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза в сутки;

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

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

22. Для предупреждения потери костной массы, опосредованной терапией ГК при РПМ, обязательна постоянная медицинская профилактика остеопороза ЛП кальция и витамина Д.

23. Нефармакологические методы лечения назначаются пациентам с РПМ при отсутствии общих медицинских противопоказаний:

регулярное выполнение комплекса физических упражнений под контролем врача лечебной физкультуры и самостоятельно;

физиотерапевтическое лечение в амбулаторных и стационарных условиях после консультации врача-физиотерапевта с целью уменьшения болевого синдрома; продолжительность курса физиотерапевтического лечения определяет врач-физиотерапевт, в среднем он составляет до 10 процедур, корректируется врачом-физиотерапевтом с учетом индивидуальных особенностей пациента и сопутствующих заболеваний;

разработка индивидуальной программы упражнений для пациентов с РПМ, направленных на поддержку мышечной массы и функций, а также снижение риска падений.

24. Вторичная медицинская профилактика включает в себя комплекс мер, направленных на предотвращение обострения РПМ в группах риска (пожилые люди с РПМ): избегать переохлаждений, вирусных заболеваний, стрессов, чрезмерных физических нагрузок.

Комплекс мер профилактики – занятия лечебной физкультурой, плавание, массаж, санаторно-курортное лечение, медикаментозная терапия, медицинское наблюдение в амбулаторно-поликлинических организациях.

25. Возможные исходы заболевания:

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

смерть пациента вследствие развития осложнений.