

МІНІСТЭРСТВА АХОВЫ ЗДАРОЎЯ РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

1005. 2012 № 522

г. Мінск

г. Минск

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

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, ПРИКАЗЫВАЮ:

- 1. Утвердить клинический протокол диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения согласно приложению к настоящему приказу.
- Начальникам управлений здравоохранения областных председателю исполнительных комитетов, комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, государственных руководителям организаций, Министерству здравоохранения Республики Беларусь, руководителям ведомственных организаций здравоохранения обеспечить оказание медицинской помощи пациентам (взрослое население) заболеваниями ревматическими В соответствии клиническим протоколом, указанным в пункте 1 настоящего приказа.
- 3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Д.Л.Пиневича.

Министр

В.И.Жарко

Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь 10.05.2012 № 522

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения

ГЛАВА І ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинический протокол диагностики и лечения пациентов с ревматическими заболеваниями (далее - клинический протокол) предназначен для врачей-ревматологов, врачей-терапевтов/ общей практики (в случае отсутствия врача-ревматолога), оказывающих специализированную ревматологическую помощь взрослому населению Республики Беларусь, а так же осуществляющих динамическое диспансерное наблюдение в амбулаторных условиях.

Клинический протокол определяет перечень заболеваний ревматологического профиля, подлежащих лечениюи наблюдению у врача-ревматолога (врача — терапевта в районных, городских учреждениях здравоохранения). Другие заболевания, входящие в современную классификацию ревматических болезней, но не включенные в настоящий клинический протокол, подлежат наблюдению и лечению у врачей других специальностейс учетомдоминирующих клинических проявлений заболевания при консультативной поддержке врача-ревматолога.

Объем проводимого обследования и лечения осуществляется с учетом уровня оказания помощи (в условиях районных, межрайонных, городских, областных, республиканских организаций здравоохранения), а также условий оказания помощи (в амбулаторных и стационарных условиях).

Проводимое обследование включает исследования, необходимые для постановки диагноза, выявления признаков обострения болезни, определения темпов прогрессирования заболевания и состоит из обязательного и дополнительного объемов. Обязательный объем предполагает проведение исследований, без которых невозможна верификация диагноза и назначение адекватной фармакотерапии. Дополнительный объемвыполняется по показаниям и включает исследования, позволяющие уточнить характер поражения органов и систем при выявлении изменений в обязательных обследованиях; диагностировать заболевание на ранней рентгеннегативной стадии болезни, исключить другие, схожие по симптоматике болезни в диагностически сложных случаях.

Обследование не дублируется, если оно выполнено на предыдущем этапе (амбулаторном или стационарном). Перечень специальных обследований, необходимый для диагностики и лечения пациентов с ревматическими заболеваниями промаркирован цифрами, что позволяет конкретизировать их объем (обязательный и по показаниям), предусмотренный для выполнения в условиях: (1)- республиканских организаций здравоохранения; (2)- областныхорганизаций здравоохранения; отсутствие маркировки-предполагает проведение обследований в условиях амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, Центральных районных больницах (далее ЦРБ) и вышеперечисленных структур (1;2).

В рубрике «лечение» перечислены группы и лекарственные средства, определенные для лечения перечисленных заболеваний, указан режим их дозирования, продолжительность применения.В протокол включены только лекарственные средства, зарегистрированные в установленном порядке в соответствии с законодательством Республики Беларусь.Выбор лекарственных средств из перечисленных в клиническом протоколе осуществляет врачревматолог (врач-терапевт/врач общей практики) в индивидуальном порядке с учетом особенностей течения заболевания, активности патологического процесса, сопутствующей патологии. Препараты патогенетической терапии (метотрексат, сульфасалазин, лефлуномид, гидроксихлорохин и гюкокортикоиды) назначаются врачомревматологом или по его рекомендации. Препараты биологической генно-инженерной терапии назначаются по решению консилиума с привлечением главного ревматолога (Республики, области, города Мин-

ска).Внутрисуставное введение препаратов для пациентов ревматологического профиля в амбулаторных условиях осуществляет врач-ревматолог(или врач-травматолог/хирург в случае отсутствия врача-ревматолога).

Объем физиотерапевтического лечения определяет врач-физиотерапевт и/или врач-реабилитолог с учетом имеющихся показаний и противопоказаний.

В рубрике «средняя длительность» указана рекомендуемая продолжительность приема лекарственных средств на амбулаторном (для каждой из групп препаратов) и стационарном (соответствует средним срокам пребывания в стационаре) этапах.

Термин «длительно» предполагает продолжительный прием лекарственного средства, регулируемыйлечащим врачом с учетом активности заболевания, темпов прогрессирования, развития осложнений и др. Термин «постоянно» применяется в отношении немедикаментозных методов лечения и предполагает соблюдение диетотерапии, коррекцию ортопедических нарушений, занятие ЛФК (под контролем врача-ЛФК) на протяжении жизни пациента.

«Планируемые результаты лечения» отражают оптимально возможные результаты лечения на амбулаторном и стационарном этапах в зависимости от сроков постановки диагноза, активности процесса, темпов прогрессирования заболевания, индивидуального ответа пациента на лечение, преносимости терапии, наличия сопутствующих заболеваний.

«Снижение активности заболевания; достижение ремиссии; замедление темпов прогрессирования заболевания, улучшение функциональной активности; повышение качества жизни»характеризуют эффективность проводимого лечения и определяются на основании критериев, изложенных в Приложении.

ГЛАВА 2 Диагностика и лечение пациентов с ревматическими заболеваниями (взрослое население)

Нозоло-	Д	иагности	ĸa	Лечение		Плани-
гическая форма заболевания (шифр по МКБ-10)	обязательная	крат- ность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длитель- ность	руемые результа- ты лече- ния
1	2	3	4	5	6	7
	Диагност	ика и лечен	ние при оказании меді	ицинской помощи в амбулаторных условия	IX	
Острая ревматическая лихорадка (100-104)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, С-реактивного белка (далее-СРБ*),	2-4/ год 2-4/ год 2-4/ год	тинфосфокиназы (далее-КК) МВ-фракции КК ^{1;2} 2. Ультразвуковое исследование ор-	Продолжение терапии стационарного этапа: 1. Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства внутрь (далее-НПВС) - ибупрофен 1200-1600 мг/сутки илиацеклофенак 200 мг/сут или диклофенак — 75-100 мг/сут или мелоксикам 7,5-15 мг/сут внутрь до стойкой нормализации лабораторных показателей (КК, МВ-КК, АлАТ, АсАТ, СОЭ, СРБ). 2. Глюкокортикоиды (далее - ГК) для системного применения: преднизолон 0,25-0,3 мг/кг/сут (метилпреднизолон 0,20-0,25 мг/кг/сут).	До 2-х месяцев (с учетом стационарного этапа) 2-3 недели (с учетом стационарного этапа)	1.Выздоро вление 2.Формиро вание минимальных клапанных повреждений.

1	2	3	4	5	6	7
	антистрептолизи-		3.Определение со-	2-3 недели с учетом стационарного	с после-	(посткрае-
	на-О (далее-АСЛ-		держания анти-	этапа с последующим постепенным	дующей	вой фиброз)
	О*), калия, актив-		фосфолипидных	снижением дозы на 2,5-5 мг/2-4 мг 1	отменой	при поздней
	ности аспартата-		анти-	раз в 3-5 дней до полной отмены.		диагностике
	минотрансферазы		тел(волчаночный	A 77	**	заболева-
	(далее-АсАТ),		антикоагулянт	3. При наличии факторов риска ЖК	На период	ния.
	аланинамино-		(далее - BA) ^{1;2} ; ан-	осложнений - ингибиторы протонной	приема	
	трансферазы (да-		тител к кардиоли-	помпы: омепразол 20-40 мг/сут или ра-	НПВС,	
	лее-АлАТ).		пину	бепразол 20-40 мг/сут или лансопразол	ГКС	
	4 D 1/E	2		30-60 мг/сут или пантопразол 20-40		
	4. Эхо-КГ	2 раза в	IgG или IgM- изо-	мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и		
		течение	типов; антител к $\beta 2$ - $\Gamma \Pi$ $I^{1;2}$ IgG	др.		
		первого	1	4. Профинантина пониниров:	5 пот ини	
		года	и/или IgM изоти-	4. Профилактика рецидивов: бензатин бензилпенициллин (ретар-	5 лет или	
		(включая	пов 4. Консультация	. 4	до дости- жения 21	
		стацио-	4. Консультация врача-стоматолога	4.1. в случае острой ревматической ли-		
		нарное лечение);	5. Консультация	хорадки без кардита (артрит, хорея) не	года	
		затем 1	врача-невролога	менее 5 лет после последней атаки или		
		раз в год	врача-невролога	до 21-летнего возраста (по принципу		
		развтод		«что дольше?»);		
	5. ЭКГ	1-2/год		«110 дольше://),		
	J. 51tt	1 2/10Д		4.2.в случаях излеченного кардита без	10 лет или	
	6. Рентгенография	1/год		формирования порока сердца- не менее	до 21-	
	органов грудной	1/10Д		10 лет после последней атаки или до	летнего-	
	полости.			21-летнего возраста	возраста	
					1	
	7. Консультация	1/далее		4.3.для больных с пороком сердца (в	не менее	
	врача-	по пока-		том числе после оперативного лечения)	10 лет или	
	оториноларинго-	заниям		не менее 10 лет после последней атаки	до 40-	

1	2	3	4	5	6	7
	лога			или до 40-летнего возраста	летнего возраста	
Хроническая ревматическая болезнь сердца:	 Общий анализ крови Общий анализ мочи 	2 / год	 УЗИ органов брюшной полости Чреспищеводная Эхо-КГ^{1,2} 	1.Комплексная терапия (продолжение лечения, подобранного в стационарных условиях в соответствии с протоколами лечения хронической сердечной недостаточности; нарушений сердечного ритма).	Длительно	1.Замедлен ие темпов прогрессирования хронической сер-
пороки митраль- ного и аорталь- ного кла-	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка, били-	1-2 / год	3.Консультация врача-стоматолога4. Консультация врача-оторинола-	2. Профилактика вторичного инфекционного эндокардита.		дечной недостаточности (далее - XCH).
панов -изо- лирован- ные, со- четанные,	рубина, СРБ*; калия, мочевины, активности АсАТ, АлАТ, АСЛ-О*		ринголога	2.1. Стоматологические, оральные, респираторные и эзофагальные процедуры: -амоксициллин 2 г внутрь за 1 час до манипуляции;	перед и после про- ведения манипуля- ции	2. Увеличение продолжительности жизни пациен-
комбинированные (105-108.	4. Исследование показателей гемостаза: определение ПТВ с расчетом МНО (при применении непрямых	1-2/мес		- при невозможности приема через рот — амоксициллин или ампициллин 2 г в/в за 30-60 минут до манипуляции. Пациенты с аллергией к пенициллину: - клиндамицин 600 мг или азитромицин 500 мг за 1 час до процедуры.	,	тов. 3.Достижен ие компенсации XCH.
	антикоагулянтов) 5. Эхо-КГ	1/год		2.2. Процедуры на желудочно- кишечном и мочеполовом трактах. – ампициллин или амоксициллин 2 г в/в + гентамицин 1,5 мг/кг в/в за 30-60		4.Улучшен ие качества жизни па- циентов.
	6. Рентгенография	1/год		минут до процедуры;		

1	2	3	4	5	6	7
	органов грудной полости.			через 6 часов – ампициллин или амоксициллин 1 г внутрь.		5.Уменьшен ие числа регоспитали-
	7. Тест 6- минутной ходьбы	Постоянно с оценкой при контрольных визитах 2-3/год				заций
	8. Измерение АД (профиль); ЧСС	-//-				
	9.Контроль массы тела	-//-				
Реактивные артропатии (M02)	1. Общий анализ крови	2-4/год чаще по показа- ниям **	1. Определение антигена Chl. tra- chomatis в биоло- гическом материа-	1. Антибактериальные лекарственные средства (тетрациклины, макролиды, фторхинолоны) в случае реактивного артрита урогенной этиологии.	В течение месяца (с учетом стацио-	 1.Выздоров ление Достиже-
Болезнь Рейтера	2. Общий анализ мочи	-//-	ле (соскоб из урет- ры/цервикального	1.1. Макролиды: азитромицин 0,5-1 г/сут или рокситромицин 0,3 г/сут, или спирамицин по 4,5-9 млн.ЕД/сут. или	стацио- нарного этапа в случае	ние ремис-
(M02.3.)	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, калия, СРБ*; ак-	-//-	канала +сок про- статы) методом иммунофлюорес- ценции (далее- РИФ ^{1;2)} ,	джозамицин 1000 мг/сут внутрь или 1.2. Тетрациклины: доксициклин 0,2 г/сут. внутрь или 1.3. Фторхинолоны внутрь: офлоксацин	пребыва- ния паци- ента в ста- ционаре)	3. Достижение низкой активности патологического процесса.

1	2	3	4	5	6	7
	тивности АсАТ, АлАТ. 4. Трехстаканная/двухстаканая проба мочи 5. Определение антигена гистосовместимости HLA-B27 ^{1,2}	1-2/год	2. Определение в сыворотке крови антител к Chl. trachomatis классов IgA, IgM, IgGметодом иммуноферментного анализа (далее ИФА ^{1;2}) 3.Определение	0,4-0,8 г/сут; ломефлоксацин 0,8 г/сут; моксифлоксацин внутрь 0,4 г/сут; левофлоксацин 0,5 г/сут. Продолжительность лечения составляет 1 месяц одним из выше перечисленных лекарственных средств (возможен последовательный прием антибактериальных препаратов из каждой группы в течение 10 дней в случае наличия микст-инфекции).		
	(после консульта- ции врача- ревматолога одно- кратно при вери- фикации диагноза)		фрагментов ДНК Chl. trachomatis в синовиальной жидкости ¹ 4. Обследование	2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб	До купирования явлений артрита и болевого синдрома	
	6.Определение фрагментов ДНК Chl. trachomatis в биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального канала +сок простаты)методом полимеразной цепной реакции (далее-ПЦР) ^{1;2}	Исходно (при постановке диагноза, обострении) и через 1,5 месяца после завершения курса анти-	на другие инфекции, передаваемые половым путем (далее-ИППП): определение фрагментов ДНК Trichomonasvagina lis; Herpessimplex в биологическом материале (соскоб из уретры/цервикального	400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь. 3. При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или пантопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут. и др.	На протя- жении пе- риода приема НПВС, ГК	
		бактери- алной	канала +сок про- статы методом	4. ГК для системного применения (назначаются ревматологом сов-	До стаби- лизации	

1			1	_		
1	2	3	4	5	6	7
		терапии	ПЦР ^{1,2}	местно с препаратами патогенетиче-	процесса	
		(кон-		ской терапии):	(3-4 неде-	
		троль из-	5.Иммунологическ	4.1. Преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут,	ли с уче-	
		леченно-	ое исследование	(метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут)	том ста-	
		сти)	крови: определе-	внутрь при наличии системных прояв-	ционарно-	
			ние концентрации	лений (кардит, артрит)с последующим	го этапа)	
			ревматоидного	постепенным снижением (2,5/2 мг/сут в		
	7. Определение в	Исходно	фактора (далее-	неделю) до полной отмены.		
	сыворотке крови	и в ди-	$P\Phi)^*$; антител к			
	антител к иерси-	намике	циклическому			
	ниям (при нали-	через 7-	цитруллинирован-	4.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или	По пока-	
	чии в анамнезе	10 дней	ному пептиду (да-	триамциналон 40-80 мг или ме-	заниям	
	диареи).	(на этапе	лее-АЦЦП) 1,2	тилпреднизолон 40-80 мг (внутрису-		
		поста-		ставно не чаще 2-3 раз/год в один су-		
		новки	6. УЗИ органов	став; периартикулярно в область энте-		
		диагно-	брюшной полости	зисов; в/мышечно однократно после		
		за)		консультации врача-ревматолога)		
			7. УЗИ поражен-			
	8. Рентгенография	1/год	ных суставов ^{1,2}	5. Противовоспалительные средства,	Длительно	
	пораженных су-			действующие на кишечник (аминоса-		
	ставов, илео-		8.УЗИ предста-	лициловая кислота): сульфасалазин 1,5-		
	сакральных со-		тельной железы;	2 г/сут внутрь (по показаниям, назнача-		
	членений; пора-		органов малого	ется врачом-ревматологом) при неэф-		
	женных отделов		таза (у женщин)	фективности симптоматической тера-		
	позвоночника		0 11	пии.		
	0 D 1	1 /	9. Магнитно-	(H	П	
	9. Рентгенография	1/год	резонансная томо-	6. Лечебная физкультура (далее-ЛФК).	Постоянно	
	органов грудной		графия (далее-	7 * /	1.2	
	полости.		МРТ) илео-	7. Физиотерапевтическое лечение (да-	1-2 раза в	
	10 DICE	1.0/	сакральных сочле-	лее-ФТЛ) (по показаниям в зависимо-	год	
	10. ЭКГ	1-2/год	нений, поражен-	сти от активности процесса): электро-,		

1	2	3	4	5	6	7
		(чаще при наличии показа- ний)	 ных отделов позвоночника^{1,2} 10. Эхо-КГ 11. Консультация 	бальнео-, ультразвуко-лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.		
	11. Консультация врача-акушера-гинеколога/ врача-уролога с проведением обследования	1/год	врача-дерматовенеролога 12. Консультация врача-оториноларинголога			
	12. Консультация врача-инфекциониста (при наличии диареи)	при наличии показа- ний				
Псориа- тические и энтеро- патиче- ские арт- ропатии	 Общий анализ крови Общий анализ мочи 	2-4 /год, чаще-по показа- ниям** -//-	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина; холестерина, липидно-	1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб	До купирования явлений артрита и болевого синдрома	1. Достижение ремиссии или
(M07)	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, ка-	-//-	го спектра крови 2. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации	400 мг/сут внутрь или этодолак 600- 1200 мг/сут внутрь. 2. При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол	На протя- жении пе- иода при- ема	2.Достижен ие мини-мальной активности заболевания.

1	2	3	4	5	6	7
	лия, натрия, СРБ*;		циклическому	30-60 мг/сут или пантопразол 20-40	НПВС, ГК	3.Замедле
	активности АсАТ,		цитруллинирован-	мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и		ние темпов
	АлАТ.		ному пептиду (да-	др.		рентгеноло-
			лее $-$ АЦЦ $\Pi^{1,2}$			гического
	4. Исследование	1				прогресси-
	сыворотки крови		3. Фиброгастродуо	3.Патогенетические лекарственные	Длительно	рования за-
	на маркеры вирус-		деноскопия (да-	средства (назначаются врачом-		болевания.
	ного гепатита		лее-ФГДС)	ревматологом в амбулаторных или ста-		
	(здесь и далее,			ционарных условиях с продолжением		4.Повышен
	HBsAg-		4.Эхо-КГ	на амбулаторном этапе):		ие качества
	поверхностный			3.1. Антиметаболиты: метотрексат 7,5-	-//-	жизни па-
	антиген вируса ге-		5. УЗИ ОБП	25 мг/нед. внутрь, п/к или в/мыш. (при		циентов.
	патита В; HBc-core			псориатической артропатии):		
	антитела к нук-		6. Проба Манту	или		5. Увеличе-
	леокапсиду вируса			3.2.Противовоспалительные средства,	-//-	ние про-
	гепатита В;		7.Консультация	действующие на кишечник (аминоса-		должитель-
	а/HCV-антитела к		врача-	лициловая кислота): сульфасалазин 1,5-		ности жиз-
	антигенам вируса		офтальмолога	3 г/сут внутрь (припсориатической и		ни.
	гепатита С- одно-			энтеропатической артропатиях)		(X 7
	кратно перед			или	,,	6.Уменьшен
	назначением цито-			3.3. Селективные иммунодепрессанты:	-//-	ие числа ре-
	статических им-			лефлуномид 20 мг/сут внутрь (в случае		госпитали-
	мунодепрессан-			неэффективности и/или непереносимо-		заций.
	тов).			сти метотрексата, сульфасалазинапри		
	5 0	1		псориатической артропатии по реше-		
	5. Определение	1		нию консилиума).		
	антигена гисто-			A Фоннарая кнанота 1 2 мг/аут руулга	-//-	
	совместимости HLA-B27 ^{1,2}			4. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут. внутрь	-//-	
				(при приеме метотрексата вне дней его		
	(после консульта-			приема).		
	ции врача-					

1	2	3	4	5	6	7
	ревматолога одно-					
	кратно при вери-			5. ГК для системного применения		
	фикации диагноза)			(назначаются ревматологом совместно		
				с препаратами патогенетической тера-		
	6. Рентгенография	1/год		пиив амбулаторных или стационарных		
	илео-сакрального			условиях с последующим продолжени-		
	сочленения (в слу-			ем на амбулаторном этапе):		
	чае его пораже-			5.1.Преднизолон 5-10 мг/сут (ме-	В течение	
	ния); пораженных			тилпреднизолон 4-8 мг/кг/сут) внутрь –	3 месяцев	
	отделов позвоноч-			до развития эффекта от применения	(с учетом	
	ника; суставов			препаратов патогенетической терапии в	стацио-	
				течение 3 месяцев (исчезновения/	нарного	
	7. МРТ илео-	1(на эта-		уменьшения боли, скованности, норма-	этапа) с	
	сакральных сочле-	пе по-		лизации СРБ, СОЭ) с последующей по-	последу-	
	нений, поражен-	становки		степенной отменой - по 0,125-0,5	ющей по-	
	ных отделов по-	диагно-		мг/сут преднизолона (1-2 мг/сут ме-	степенной	
	звоночника (до-	за), далее		тилпреднизолона) в неделю.	отменой	
	рентгенологиче-	по пока-		70 F	-	
	ская стадия, после	заниям		5.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или	По пока-	
	консультации вра-			триамциналон 40-80 мг или ме-	заниям	
	ча-ревматолога) ^{1,2}			тилпреднизолон 40-80 мг (внутрису-		
	0 D	1 /		ставно не чаще 2-3 раз/год в один су-		
	8. Рентгенография	1/год		став; периартикулярно в область энте-		
	органов грудной			зисов; в/мышечно однократно по пока-		
	полости.			заниям после консультации врача-		
	0 DICE	1.0/		ревматолога).		
	9.ЭКГ	1-2/год,		(TAI	Пале	
		чаще по		6. ЛФК.	Постоянно	
		показа-		7. Manage (1.2	
		МКИН		7. Массаж (по показаниям, вне	1-2 раза в	
				обострения) № 10.	год	

1	2	3	4	5	6	7
	10. Консультация врача-дерматолога	1/далее по пока- заниям		8.ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10.	1-2 раза в год	
	11. Консультация врача- гастроэнтеролога (в случае энтеро- патической артро- патии)	1/ (с по- следую- щим наблю- дением у врача- гастро- энтеро- лога)				
Анкило- зирую- щий спонди- лит (да- лее-АС) (М45)	 Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое 	2-4 /год, чаще-по показа- ниям** -//-	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина; $\[\] \] \] \] \] \] \] \] \] \] \] \] \] $	1.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.	Длительно	 Достижение ремиссии или Достижение мини-
	исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ*, калия; активности АсАТ, АлАТ. 4. Исследование	1	 Трехстаканная проба мочи Анализ мочи по Нечипоренко Определение маркеров костного ремоделирования: 	2. При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или пантопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут. и др.	На протяжении периода приема НПВС, ГК	мальной активности заболевания. 3.Замедлени е темпов рентгенологического прогрессиирования за-

1	2	3	4	5	6	7
	сыворотки крови		β-КроссЛапс ^{1;2} ,			болевания.
	на маркеры вирус-		остеокальцин $^{1;2}$,			
	ного гепатита		ионизированный	3. ГК для системного применения		4.Повышен
	(HBsAg;HBc-core;		кальций 1	(назначаются врачом- ревматологом		ие качества
	а/HCV - одно-			совместно с препаратами патогенети-		жизни па-
	кратно перед		5. Эхо-КГ	ческой терапии в амбулаторных или		циентов.
	назначением ци-		(VOII append	стационарных условиях с продолжени-		5 V= 0=====
	тостатических		6. УЗИ органов	ем на амбулаторном этапе):	1 2 мозаче	5. Увеличе-
	иммунодепрессантов).		брюшной полости	3.1.Преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь –	1-3 месяца (с учетом	ние про-
	iobj.		7.ФГДС	до развития эффекта (исчезнове-	` •	ности жиз-
	5. Определение	1	7. т до	ния/уменьшения боли, скованности;	•	ни.
	антигена гисто-	•	8. Рентгеновская	нормализации СРБ, СОЭ) с последую-	этапа) с	
	совместимости		компьютерная то-	щей постепенной отменой - по 0,125-	последу-	6.Уменьшен
	HLA-B27 ^{1,2}		мография (далее-	0,5 мг/сут преднизолона (1-2 мг/сут	ющим по-	ие числа ре-
	(после консульта-		КТ)легких высо-	метилпреднизолона) в неделю.	степенным	госпитали-
	ции врача-		кого разрешения ^{1,2}		снижени-	заций.
	ревматолога одно-				ем и отме-	Снижение
	кратно при вери-		9.Проба Манту	22 5	ной	активности
	фикации диагноза)	1/	10.0	3.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или	По пока-	заболева-
	6. Рентгенография	1/год	10.Определение	триамциналон 40-80 мг или ме-	заниям	ния.
	илео-сакрального сочленения, пора-		минеральной плотности костной	тилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один су-		
	женных отделов		ткани (далее-	ставно не чаще 2-3 раз/год в один су-		
	позвоночника; су-		МПК) методом	зисов или в/мышечно однократно по		
	ставов.		двухэнергетиче-	показаниям после консультации врача-		
			ской рентгенов-	ревматолога).		
	7. МРТ илео-	1/год	ской абсорбцио-	•		
	сакрального со-		метрии (далее	4. Патогенетические лекарственные	Длительно	
	членения и пора-		ДР A) ^{1,2}	средства (назначаются врачом-		
	женных отделов			ревматологом в амбулаторных или ста-		

1	2	3	4	5	6	7
	позвоночника (дорентгенологическая стадия, после консультации врача-ревматолога)		11.Консультация врача- офтальмолога 12.Консультация врача-уролога	ционарных условиях с продолжением на амбулаторном этапе): 4.1. Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь(в случае недостаточной эффективности симптоматической те-	-//-	
	8. Рентгенография органов грудной полости.10. ЭКГ	1/год 1-2/год;	13. Консультация врача-нефролога14. Консультация врача-нейрохи-	рапии, рецидивирующем увеите) или 4.2.Антиметаболиты(при неэффективности сульфасалазина): метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь, п/к или в/мыш.	-//-	
		чаще-по показа- ниям	рурга ^{1,2}	5. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут. внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема).	-//-	
				6. Препараты для лечения и профилактики остеопороза.	Длительно	
				7. ЛФК.	Постоянно	
				8.Массаж (вне обострения) №10 1- 2 раза в год.	По пока- заниям	
				9. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.	1-2/год	

1	2	3	4	5	6	7
Недиф-	1. Общий анализ	2-4 /год,	1. Трехстакан-	1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут	Длительно	1. Достиже-
ференци-	крови	чаще-по	ная/двухстаканная	внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут		ние ремис-
рованный		показа-	проба мочи	внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-		сии
спонди-	2 07 11	НИЯМ **	• D 14F	2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15		
лоартрит	2. Общий анализ	-//-	2. Эхо-КГ	мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид		или
(M46.9)	МРОМ		2 ACIIC	200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		2 По отгитать
	2 Fuoyanguaaraa	-//-	3. ФГДС	400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.		2.Достижен
	3. Биохимическое	-//-	4.ДРА ^{1;2}	1200 мі/суг внутрь.		ие мини- мальной ак-
	исследование крови: определение		4.Д1 А	2.При наличии факторов риска ЖК	Длительно	тивности
	концентрации мо-		5.Определение	осложнений - ингибиторы протонной	длительно	заболева-
	чевины, глюкозы,		маркеров костного	помпы: омепразол 20-40 мг/сут или ра-		ния.
	общего белка, ка-		ремоделирования:	бепразол 20-40 мг/сут или лансопразол		
	лия, СРБ*; актив-		β -КроссЛапс ^{1;2} ,	30-60 мг/сут или пантопразол 20-40		3.Замедлени
	ности АсАТ,		остеокальци $H^{1;2}$,	мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут. и		е темпов
	АлАТ.		ионизированный	др.		рентгеноло-
			кальций 1			гического
	4. Исследование	1				прогресси-
	сыворотки крови			2 517	П	рования за-
	на наличие марке-			3. ГК для системного применения	По пока-	болевания.
	ров вирусного ге- патита (HBsAg;			(назначаются врачом-ревматологом	мкинве	4.Повышен
	патита (HBsAg; HBc-core ; a/HCV -			совместно с препаратами патогенетической терапии в амбулаторных или		ие качества
	однократно перед			стационарных условиях с продолжени-		жизни па-
	назначением цито-			ем на амбулаторном этапе):		циентов.
	статических им-			3.1. Преднизолон 5-10 мг/сут (ме-	3 месяца	Дионгов.
	мунодепрессан-			тилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь –	(с учетом	5.Уменьшен
	тов).			при развитии системных проявлений	стацио-	ие числа ре-
				заболевания до развития эффекта от	нарного	госпитали-
	5. Определение	1		применения препаратов патогенетиче-	этапа) с	заций.
	антигена гисто-			ской терапии в течение 3 месяцев (ис-	последу-	

1	2	3	4	5	6	7
	совместимости HLA-B27 ^{1,2} (после консультации врачаревматолога однократно при верификации диагноза)			чезновения/уменьшения боли, скованности; нормализации СРБ, СОЭ) с последующей постепенной отменой - по 0,125-0,5 мг/сут преднизолона (1-2 мг/сут метилпреднизолона) в неделю.	ющим по- степенным снижени- ем до пол- ной отме- ны	
	6. Рентгенография илео-сакрального сочленения, пораженных отделов позвоночника; суставов.	1/год		3.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав; периартикулярно в область энтезисов или в/мышечно однократно по показаниям, после консультации вра-	По пока- заниям	
	7.МРТ илео- сакрального со- членения и пора-	1/год		ча-ревматолога).		
	женных отделов позвоночника (доренгенологическая стадия, после консультации вра-			4. Патогенетические лекарственные средства (назначаются врачом-ревматологом в амбулаторных или стационарных условиях с продолжением на амбулаторном этапе):	Длительно	
	ча-ревматолога) ^{1,2}			4.1.Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминоса-	-//-	
	8. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		лициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь(в случае недостаточной эффективности симптоматической терапии, при поражении периферических		
	9. ЭКГ	1-2/год		суставов, рецидивирующем увеите) или 4.2.Антиметаболиты: метотрексат 7,5-	-//-	

1	2	3	4	5	6	7
				25 мг/нед.внутрь, п/к; в/мыш (при неэффективности сульфасалазина).		
				5. Фолиевая кислота 1-3мг/сутки вгутрь(при приеме метотрексата вне дней его приема).	-//-	
				6. ЛФК.	Постоянно	
				7. Массаж мышц спины № 10 (вне обострения по показаниям).	1-2 раза в год	
				8. ФТЛ (по показаниям):электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.	1-2 раза в год	

Ревмато-	1. Общий анализ	2-4 /год,	1. Биохимическое	I. Патогенетические лекарственные Длительно	 Достиже-
идный	крови	чаще-по	исследование кро-	средства (назначаются врачом-	ние ремис-
артрит		показа-	ви: определение	ревматологом в амбулаторных или ста-	сии
серопози-		ниям**	концентрации кре-	ционарных условиях с продолжением	
тивный	2. Общий анализ	-//-	атинина, Щ $\Phi^{1,2}$,	на амбулаторном этапе):	или дости-
(M05-05.	МОЧИ		содержания фер-	1.1. Антиметаболиты: метотрексат 7,5//-	жение ми-
9)			ритина в сыворот-	25 мг/нед. внутрь, п/к; в/мыш или	нимальной
	3. Биохимическое	-//-	ке крови 1,2 ; холе-	1.2.Противовоспалительные средства, -//-	активности
Другие	исследование кро-		стерина,липидного	действующие на кишечник (аминоса-	заболева-
ревмато-	ви: определение		спектра крови	лициловая кислота): сульфасалазин 1,5-	ния.
идные	концентрации би-		2. Определение	3 г/сут внутрь (при наличии побочных	2.Замедле-

1	2	3	4	5	6	7
артриты (M06-06. 9)	лирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, калия, СРБ*; актив-		маркеров костного ремоделирования: β -КроссЛапс ^{1;2} , остеокальцин ^{1;2} ,	эффектов или непереносимости метотрексата) или 1.3.Селективные иммунодепрессанты:	-//-	ние темпов рентгеноло- гического прогресси-
	ности АсАТ, АлАТ	1	ионизированный кальций ¹	лефлуномид 20 мг/сут внутрь (при неэффективности/непереносимости метотрексата, сульфасалазина по решению		рования заболевания.
	4.Иммунологическ ое исследование крови: определе-	1	3. Трехстакан- ная/двухстаканная проба мочи	консилиума) или 1.4. Противопротозойные лекарствен-	-//-	3.Повышен ие качества жизни па-
	ние концентрации РФ*;АЦЦП(после консультации врача-ревматолога		4.Исследование синовиальной жидкости ^{1,2,}	ные средства (аминохинохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 200 мг/сут внутрь (в случае непереносимости метотрексата, суль-		циентов. 4. Увеличение про-
	однократно при верификации диа- гноза) ^{1,2}		5. Определение фрагментов ДНК Chl. trachomatis в	фасалазина, лефлюномида на фоне низкой активности РА) 2. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут.внутрь(при приеме метотрексата	Длительно	должитель- ности жиз- ни.
	5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирус-	1	синовиальной жидкости методом $\Pi \coprod P^{1,2}$.	вне дней его приема). 3. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут	От 2	5.Уменьшен ие числа регоспитали-
	ного гепатита(HBsAg; HBc-core; а/HCV-одно-кратно перед назначением цито-		6.Эхо-КГ 7.УЗИ органов брюшной полости	внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб	недель и более до купирова- ния обостре-	заций.
	статических им- мунодепрессан- тов)	1/год	 ФГДС Рентгенография 	400 мг/сут внутрь или этодолак 600- 1200 мг/сут внутрь.	ния су- ставного синдрома	
	6. Рентгенография		шейного отдела	4.Ингибиторы протонной помпы (при	На период	

1 2	3	4	5	6	7
суставов кистей стоп; других поражен ных суставов 7. Рентгенография органов грудной полости. 8. ЭКГ	- 1/год	подозрении на подвывих атланто-окципи-тального сочленения) 10.МРТ шейного отдела позвоночника ^{1,2}	наличии факторов риска ЖК осложнений): омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут идр	приема НПВС, ГК по пока- заниям	
		11.ДРА ^{1;2} (по по- казаниям) 12. Проба Манту 13.Консультция врача- травматолога- ортопеда	5. ГК для системного применения (назначаются ревматологом совместно с препаратами патогенетической терапии в амбулаторных или стационарных условиях с последующим продолжением вна амбулаторном этапе): 5.1.Преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь — при развитии системных проявлений заболевания; до развития эффекта от применения препаратов патогенетической терапии в течение 3 месяцев (исчезновения/уменьшения боли, скованности; нормализации СРБ, СОЭ) с последующей постепенным снижением до полной отмены - по 0,125-0,5 мг/сут преднизолона (1-2 мг/сут метилпреднизолона) в неделю. 5.2. Преднизолон — 10-40мг/сут (метилпреднизолон -8-32 мг/сут) внутрь при системных проявлениях, особых	3 месяца (с учетом стационарного этапа) с последующим постепенным снижением до полной отмены 1-1,5 месяца (с учетом	

1	2	3	4	5	6	7
				синдромах (синдром Стилла; Фелти)	стацио-	
				как продолжение терапии стационарно-	нарного	
				го этапа 1-1,5 месяцадо развития эф-	этапа) с	
				фекта от применения препаратов пато-	последу-	
				генетической терапии в течение 3 ме-	ющим по-	
				сяцев (исчезновения/уменьшения боли,	степенным	
				скованности; нормализации СРБ, СОЭ)	снижени-	
				с последующей постепенной снижени-	ем дозы до	
				ем дозы- по 0,125-0,5 мг/сут преднизо-	поддержи-	
				лона (1-2 мг/сут медрола) в неделю до	вающей	
				поддерживающей (преднизолон 5-10	дозы дли-	
				мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут)	тельно	
				длительно		
				5.3.Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или труомунундан 40.80 мг или	По пока-	
				триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрису-	заниям	
				ставно не чаще 2-3 раз/год в один су-		
				став; периартикулярно или в/мышечно		
				по показаниям однократно после кон-		
				сультации врача-ревматолога)		
				6.Препараты для лечения и профилак-	Длительно	
				тики остеопороза.	_	
				5 H. I.	Постоянно	
				7. ЛФК.		
				8. Массаж(по показаниям) №10 1-2 раза	По пока-	
				в год	заниям	
				~ - ~ ~	J411111111	

1	2	3	4	5	6	7
				9. ФТЛ: электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10	1-2 раза в год	
Недиф- ференци- рованный артрит (М13. 0; М13. 9)	 Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое 	2-4/год -//-	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, холестерина	1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-	До купирования явлений артрита	1.Выздоров ление. 2.Достижен ие ремиссии или
	исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ			1200 мг/сут внутрь. 2.Ингибиторы протонной помпы(при наличии риска ЖК осложнений): омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут. и др.	В течение периода приема НПВС, ГК	низкой активности. 3.Повышен ие качества жизни пациентов.
	4. Трехстаканная проба мочи 5.Иммунологическ ое исследование крови (после консультации врачаревматолога): определение кон-	1	3. Определение фрагментов ДНК Chl. trachomatis в синовиальной жидкости ^{1,2} 4. УЗИ органов брюшной полости 5. Эхо-КГ 6. ФГДС	3. ГК для системного применения (назначаются врачом-ревматологом): 3.1. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав; периартикулярно или однократно внутримышечно после консультации врача-ревматолога)	Длительно Разово по показани- ям	

1	2	3	4	5	6	7
	центрации $P\Phi^*$, $A \coprod \Pi^{1,2}$; антинуклеарных антител (далее AHA) ^{1,2} , антител к двухспиральной $\Pi^{1,2}$.			4. ЛФК5. ФТЛ: электро-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 (по показаниям).	Постоянно 2 раза в год	
	6.Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита(HBsAg; HBc-core; а/HCV одно-кратно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1				
	7. Исследование синовиальной жидкости (после консультации врача-ревматолога): определение концентрации ревматоидного фактора ^{1,2} ; содержания кристаллов мочевой кислоты ^{1,2}	1				

				24		
1	2	3	4	5	6	7
	8. Определение антигена гисто-совместимости HLA-B27 ^{1,2} (после консультации врача-ревматолога однократно при верификации диагноза)	1				
	9. Рентгенография кистей, стоп; пораженных суставов.	1				
	10. Рентгенография крестцовоподвздошных сочленений	1/год				
	11. Рентгенография органов грудной полости.	1/год				
	12. ЭКГ	1-2/год				
Подагра (M10-	1. Общий анализ крови	1-2/год	1. Биохимическое исследование кро-	Острый приступ, 1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/су	т До купи-	1.Купирова
M10.9)	2. Общий анализ	1-2/10д	ви: определение концентрации кре-	внутрь или диклофенак 100-150 мг/су		ние присту-

1	2	3	4	5	6	7
	МОЧИ		атинина, холестерина, его фракций	внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15	приступа	па.
	3. Биохимическое			мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид		
	исследование кро-		2. Трехстаканная	200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб	На период	
	ви: определение		проба мочи	400 мг/сут внутрь или этодолак 600-	приема	2. Урежение
	концентрации об-			1200 мг/сут внутрь.	НПВС, ГК	частоты
	щего белка, моче-		3. ФГДС			приступов.
	вины, мочевой		4.0 1/15	2.При наличии риска ЖК осложнений -		2 11
	кислоты, глюкозы,		4. Эхо-КГ	ингибиторы протонной помпы: омепра-		3. Умень-
	калия, натрия, СРБ*; активности		5. Консультация	зол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут	Полужи	шение чис-
	АсАТ, АлАТ.		5. Консультация врача-	или пантопразол 20-40 мг/сут или эзо-	До купи- рования	ла регоспи- тализаций.
	Уровень мочевой		эндокринолога	мепразол 20-40 мг/сут и др.	приступа	тализации.
	кислоты в крови		эндокринологи	менразол 20 то ми/еут и др.	iipiiciyiia	4.Замедлени
	на этапе подбора		6. Консультация	3. ГК для системного применения (про-		е темпов
	дозы аллопурино-		врача-хирурга	должение терапии стационарного этапа		прогресси-
	ла контролируется	однокат-		в случае начала терапии в стационаре):		рования за-
	еженедельно, за-	1	7. Консультация	3.1. Преднизолон 15-30 мг/сут (ме-		болевания.
	тем 2 раза в год.	верифи-	врача-нефролога	тилпреднизолон 12-24 мг/кг/сут)		
	4 11	кации		внутрь (при неэффективности, непере-		5. Увеличе-
	4. Исследование	диагноза,		носимости НПВС, полисуставном ха-		ние про-
	синовиальной	чаще-по		рактере поражения) в первый день с последующим снижением дозы на 5	Оппократ	должитель-
	жидкости (после консультации вра-	показа- ниям		мг/сут (4 мг/сут) каждый последующий	Однократ- но	ности жиз-
	ча-ревматолога):	IIIIIIIII		день до полной отмены или	110	тов
	определение кри-			Acid do nomina criscina isin		100
	сталлов мочевой	1/год		3.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или		
	кислоты 1,2			триамциналон 40-80 мг или ме-		
				тилпреднизолон 40-80 мг (внутрису-	По пока-	
				ставно не чаще 2-3 раз/год в один су-	заниям	
	5.Рентгенография			став или периартикулярно).		

1	2	3	4	5	6	7
	пораженных суставов 6. Рентгенография органов грудной	1/год		4. ФТЛ: электро-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 (при невыраженном обострении).	При обостре- нии	
	полости. 7. УЗИ органов брюшной полости 8. ЭКГ	1/год 1-2/год; чаще- по		ХРОНИЧЕСКАЯ ПОДАГРА В межприступный период. 1. Диета с ограничением продуктов богатых пуриновыми основаниями, углеводами; отказ от алкоголя, нормализация массы тела.	Постоянно	
		показа- ниям		2. Избегать приема ацетилсалициловой кислоты, мочегонных лекарственных средств (тиазидовые и петлевые диуретики), инозина.	Постоянно	
				3. Коррекция метаболического синдрома (в рамках утвержденных клинических протоколов).	Длительно	
		1(на эта- пе вери- фикации диагно- за)/далее по пока- заниям		4.Ингибиторы ксантиноксидазы (учащение приступов до 4 и более в год, назначает врач-ревматолог): аллопуринол 100-300 мг/сут внутрь (назначаются вне приступа подагры). Начальная доза 50-100 мг/сут с последующим постепенным повышение суточной дозы на 100 мг 1 раз в неделю до достижения целевого уровня моче-	Длительно	

1	2	3	4	5	6	7
	,	1/год		вой кислоты 0,36 ммоль/л. 5.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид	В течение периода подбора дозы ал-лопурино-	
		1/год		200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут на период подбора дозы аллопуринола с целью предотвращения развития приступа.	ла	
		1/год				
		1-2/год		6.При наличии риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.	На период приема НПВС	
				Лечение при обострении хронической подагры – см. лечение острого приступа подагры.		

1	2	3	4	5	6	7
Пиро-	1. Общий анализ	1-2/год	1. Трехстаканная	1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут	До купи-	Купирова-
фосфат-	крови		проба мочи	внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут	рования	ние
ная арт-	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-	явлений	обострения
ропатия	2. Общий анализ	1-2/год	2. ФГДС	2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15	артрита	
(M11.1-	МОЧИ		2 1/011	мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид		
11.2)	2	1.0/	3. УЗИ поражен-	200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		
	3. Биохимическое	1-2/год	ных суставов ^{1,2}	400 мг/сут внутрь или этодолак 600-		
	исследование кро-		4. Консультация	1200 мг/сут внутрь. 2.При наличии риска гастроэнтероло-	Ца париол	
	ви: определение концентрации мо-		врача-эндокрино-	гических осложнений - ингибиторы	На период приема	
	чевины, мочевой		лога	протонной помпы: омепразол 20-40	нрисма НПВП, ГК	
	кислоты, глюкозы,			мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или	1111111, 1 11	
	калия, натрия,		5. Консультация	лансопразол 30-60 мг/сут или панто-		
	СРБ*; активности		врача-хирурга	празол 20-40 мг/сут или эзомепразол		
	АсАТ, АлАТ			20-40 мг/сут. и др.		
			6. Консультация			
	4. Исследование		врача-невролога	3. ГК для системного применения (при		
	синовиальной	1 /		неэффективности/неперенсимости	7-10 дней	
	жидкости на нали-	1 (далее		НПВС, назначаются на амбулаторном		
	чие кристаллов	по пока-		или стационарном этапах):		
	мочевой кислоты	заниям)		3.1.Преднизолон 15-30 мг/сут (метилпреднизолон 12-24 мг/сут)		
	и пирофосфата кальция (после			внутрь в первый день с последующим		
	консультации вра-			снижением дозы на 5 мг/сут (4 мг/сут)		
	ча-ревматолога) 1,2			каждый последующий день до полной		
	To position of a)			отмены или		
	5. Рентгенография	1/год				
	пораженных су-			3.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или	однократ-	
	ставов.			триамциналон 40-80 мг или ме-	но	
	6. Рентгенография	1/год		тилпреднизолон 40-80 мг (внутрису-		
	органов грудной			ставно не чаще 2-3 раз/год в один су-		

1	2	3	4	5	6	7
	полости. 7. ЭКГ	1/год		став; периартикулярно в область энтезисов)		
				4. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства; назначаются врачом-ревматологом): гидроксихлорохин 0,2-0,4 г/сут (по показаниям) внутрь.	Длительно	
				5. ФТЛ (по показаниям): импульсные токи, лазеротерапия, лекарственный электрофорез курсами № 7-10 сеансов.	На период обостре- ния	
Полиарт- роз (M15)	1. Общий анализ крови	1-2/год	 УЗИ суставов 	1. Симптоматические лекарственные средства быстрого действия:	TT.	1.Купирова ние болево-
Коксарт- роз (M16)	2. Общий анализ мочи	1-2/год	 ФГДС MPT поражен- 	1.1 НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-	До купи- рования болевого	го синдрома.
Гонартроз (М17)	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка, мочевины, глюкозы,	1/год	ных суставов (диа- гностика на ран- ней стадии) ^{1,2} 4. Консультация врача травматоло- га-ортопеда	2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.	синдрома 2-4 недели	 Повышение функциональной активности. Замедление темпов

1	2	3	4	5	6	7
	СРБ*; активности AcAT, АлАТ. 4. Исследование синовиальной	1 (на		2. Опиоидный анальгетик: трамадол 50-200 мг/сут внутрь или в/м (при отсутствии эффекта от применения НПВС)	До купирования болевого синдрома	рентгеноло- гического прогресси- рования.
	жидкости (при наличии синовита после консультации врачаревматолога) ^{1,2}	этапе по- становки диагно- за)		3.При наличии факторов риска ЖК осложнений-ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или пантопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и	На период приема НПВП (по показани- ям)	4.Снижение числа регоспитализаций. 5. Повышение качение
	5. Рентгенография пораженных суставов	1/год		др.		ства жизни.
	6. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		4. Симптоматические лекарственные средства медленного действия (при I-		
	7. ЭКГ	1-2/год		Пстадиях остеоартроза):		
				4.1. Хондроитина сульфат 1000-1500 мг/сут внутрь или	1,5-3 ме- сяца 1-2 раза в год	
				4.2.Хондроитина сульфат 200 мг в/ мышечно через день № 25 или	25 инъек- ций 1-2 раза в год	

1	2	3	4	5	6	7
				4.3. Глюкозамина сульфат 1500 мг/сут внутрь, или по 2 мл в/мышечно через день (6-8 инъекций 2 -3 раза в год)	1,5-3 ме- сяца 1-2 раза в год	
				5. Симтоматическая терапия:	2-4 недели	
				5.1. Центральные миорелаксанты (при выраженном мышечном компоненте боли- коксартрозе): толперизон по 150 мг 3 раза в день внутрь и др	-//-	
				5.2. Антиагреганты: пентоксифиллин (600-800 мг/сут) внутрь и др 5.3. Антидепрессанты (в рамках лечения хронического болевого синдрома): селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: флуоксетин 20 мг/сути др.	по показа- ниям по показа- ниям	
				5.4. ГК внутрисуставно (не чаще 1-2 раза в год только при наличии синовита) или периартикулярно: бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно не чаще 2-3 раз/год в один сустав)	Разово по показани- ям	
				6. ЛФК. 7. ФТЛ: электро-, тепло -, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами	Постоянно 1-2 раза в год	

1	2	3	4	5	6	7
		-		№ 7-10 сеансов. 9. Массаж прилегающих групп мышц №10 (по показаниям). 10. Коррекция ортопедических нарушений	1-2 раза в год постоянно	
Неспеци- фический аортоарт- ериит (М31.4)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. 4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного	2-4 /год, чаще-по показа- ниям** -//- -//-	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина, холестерина липидного спектра крови 2. УЗИ органов брюшной полости. 3.Эхо-КГ 4. ФГДС 5. ДРА ^{1,2} 6. КТ высокого разрешения или магнитнорезонансная ангиография (далее МР ангиография с контрастным усилением ^{1,2})	Продолжение терапии стационарного этапа: 1. ГК для системного применения: 1.1. Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы (преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) 2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства (назначаются врачом-ревматологом):	2-4 неделибез учета стационарного этапа с последующим погстепенным переходом на поддерживающую дозу длительно	1.Достижен иеремиссиили низкой активности. 2.Увеличен ие продолжительности жизни. 3.Уменьшен ие числа регоспитализаций.

1	2	3	4	5	6	7
	гепатита(HBsAg; HBc-core; a/HCV - одно-кратно перед		7. Консультация врача- ангиохирурга ^{1,2}	2.1. Антиметаболиты: метотрексат 17,5 мг/нед внутрь, п/к или в/м или 2.2. Иммунодепрессанты (при непере-	-//-	
	назначением цито- статических им- мунодепрессан- тов).		8. Консультация врача- офтальмолога 9. Консультация	носимости метотрексата)—азатиоприн 2—3 мг/кг/сут внутрь.	-//-	
	5.Ультразвуковая ангиодопплеро-	1/год	врача-невролога	3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут внутрь	-//-	
	графия брахио- цефальных сосу- дов, брюшного от- дела аорты ^{1,2.} 6. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-	-//-	
	7. ЭКГ	1-2/год		1200 мг/сут. внутрь		
				5.При наличии факторов риска ЖК осложнений: ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.	На период приема НПВС, ГК	
				6. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза.	Длительно	

1	2	3	4	5	6	7
				7. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут (при приеме метотрексата вне дней его приема).	В течение периода приема мето- трексата	
Узелковый полиартериит (M30.0)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, альбумина, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ	2-4 /год, чаще-по показа- ниям** -//-	 Биохимическое исследование крови: определение концентрации, щелочной фосфатазы^{1,2}, Определение содержания антифосфолипидных антител^{1;2} BA^{1;2}; аКЛ^{1;2} IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I ^{1;2} IgG и/или IgM изотипов УЗИ ОБП 	Продолжение терапии стационарного этапа. 1. ГК для системного применения: Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут (4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).	учета ста- ционарно- го этапа с последу- ющим по- степенным	1.Достижен иеремисси- иили низкой активности. 2.Увеличен ие продол- жительно- сти жизни. 3.Уменьшен ие числа ре- госпитали- заций.
	4. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита(HBsAg;	1	4.ФГДС5. Эхо-КГ6. Исследование	2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства (назначаются врачом-ревматологом): 2.1. Алкилирующие соединения: циклофосфамид 600-1000 мг в/венно ка-		

1	2	3	4	5	6	7
	HBc-core; a/HCV -		функции внешнего	пельно 1 раз в 2-4 недели (при отсут-	лет (опре-	
	однократно перед		дыхания	ствии маркеров репликации вируса ге-	деляет	
	назначением цито-		7 D	патитаВ; при высоком риске прогрес-	врач-	
	статических имму-		7. Рентгеновская	сирования заболевания. Вводится в	ревмато-	
	нодепрессантов).		компьютерная то-	стационарных условиях-см. стацио-	лог)	
	5 Ималионовино	1/год	мография легких	нарный этап).		
	5. Иммунологическое исследование	1/год	высокого разре- шения ^{1,2}	2.2.Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-	Длительно	
	крови: определе-		8. ДРА ^{1,2}	3 мг/кг/сут внутрь.	в качестве	
	ние уровня анти-		0. Д1 /1	J MITALTEYT BILYTPB.	поддержи-	
	цитоплазматиче-		9. Консультация		вающей	
	ских анти-		врача-		терапии	
	тел(далее-		инфекциониста		после до-	
	АНЦА) ^{1,2}		-		стижения	
		1-2/год	10. Консультация		ремиссии	
	6.Рентгенография		врача-нефролога			
	органов грудной			3. Коррекция артериальной гипертен-	Длительно	
	полости.	4.7		зии (см. клинические протоколы диа-		
		1/год		гностики и лечения пациентов с арте-		
	7. ЭКГ	1 2/		риальной гипертензией)	2.4	
	8. Консультация	1-2/год		\ 1	2-4 недели	
	8. Консультация врача-невролога			дрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь		
	врача-певролога			или в/м, или ибупрофен 1200-2400		
				мг/сут внутрь, или мелоксикам 15		
				мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид		
				200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		
				400 мг/сут внутрь или этодолак 600-		
				1200 мг/сут внутрь.		
				5. При наличии факторов риска ЖК	На период	

1	2	3	4	5	6	7
				осложнений: ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут. и др.	приема НПВС, ГК	
				6. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза	Длительно	
Гранулематоз Вегенера (М31.3)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина,глюкозы, общего белка, СРБ*, калия, активности	2-4 /год, чаще-по показа- ниям** -//-	1. Биохимическое исследование крови: определение щелочной фосфатазы ^{1,2,} , 2.Анализ мочи по Нечипоренко 3. Исследование функции внешнего дыхания ^{1,2} 4. ФГДС	Продолжение терапии стационарного этапа. 1.ГК для системного применения: Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).	4-10 недель без учета ста- ционарно- го этапа с последу- ющим по- степенным снижени- ем до под- держива- ющей (длитель-	1.Достижен иеремисси- иили низкой активности. 2.Увеличен ие продол- жительно- сти жизни. 3.Уменьшен ие числа регоспитали- заций.
	AcAT, АлАТ. 4. Иммунологиче-	1-2/год	5.Эхо-КГ6. Рентгеновская		но	

1	2	3	4	5	6	7
	ское исследование крови (после консультации врачаревматолога): определение уровня АНЦА. 1,2 5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; а/HCV —однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1/год	компьютерная томография легкихвысокого разрешения 1,2 7. Рентгеновская комьюторная томография придаточных пазух носа 1,2 8.ДРА 1,2. 9. Консультация врача-фтизиатра 10. Консультация врача-офтальмолога	2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства(назначаются врачомревматологом): 2.1. Алкилирующие соединения: циклофосфамид 600-1000 мг в/венно капельно 1 раз в 2-4 недели (при высоком риске прогрессирования заболевания.Вводится в стационарных условиях – см. стационарный этап). 2.2.Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь или 2.2. Антиметаболиты (при непереносимости азатиоприна):метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь, п/кожно или в/мыш.	Длительно (2-5 лет) От 6 месяцев до 2-5 лет (определяет врачревматолог) -//-	
	брюшной полости 7.Рентгенография органов грудной полости. 8.Рентгенография придаточных пазух носа 9. ЭКГ	1-2/год 1/год	11. Консультация врача-нефролога	3. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза	приема НПВС, ГК	

	T	1		T		-
1	2	3	4	5	6	7
	10. Консультация врача-оторино- ларинголога	1/год (чаще по показа- ниям)		приеме метотрексата вне дней его приема).		
Синдром Чарджа- Стросс (M30.1)	1. Общий анализ крови	2-4 /год, чаще-по показа- ниям**	•	Продолжение терапии стационарного этапа 1. ГК для системного применения: Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут	4-10 недель без	1.Достижен иеремисси- иили низкой активности.
	 Общий анализ мочи Биохимическое 	-//-	лестерина 2. ФГДС 3. Эхо-КГ 4. УЗИ органов	(не более 60 мг/сут) или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с	учета ста- ционарно- го этапа с последу-	2. Увеличен ие продол- жительно-
	исследование крови: определение концентрации мочеви-		брюшной полости 5. Рентгеновская компьютерная томография легких	последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).	ющим по- степенным снижени- ем до под-	сти жизни.3.Уменьшен ие числа ре-
	ны,креатинина, глюкозы, общего белка, альбумина, СРБ*, калия, активности АсАТ,		легкихвысокого разрешения ^{1,2} 6. ДРА ^{1,2} 7. Консультация врача-невролога		держива- ющей (длитель- но)	госпитали- заций.
	АлАТ 4. Иммунологическое исследование	1-2/год		2.Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства(назначаются врачомревматологом):	Длительно (2-5 лет)	

1	2	3	4	5	6	7
	крови: определение уровня АНЦА (после консультации врачаревматолога) ^{1,2} 5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBc-core; a/HCV – однократ-но перед назначением цито-	1		2.1.Алкилирующие соединения: циклофосфамид 600-1000 мг в/венно капельно 1 раз в 2-4 недели (при высоком риске прогрессирования заболевания.Вводится в стационарных условиях—см. стационарный этап). 2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь 2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь, п/к или в/мыш	От 6 месяцев до 2-5 лет (определяет врачеревматолог) Длительно	
	статических иммуноде-прессантов). 6. Исследование функции внешнего дыхания ^{1,2} 7. Рентгенография	1-2/год 1/год		3.НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб	2-4 недели	
	органов грудной полости. 8. ЭКГ 9. Консультация врача-пульмонолога ^{1,2}	1-2/год 1/далее по пока- заниям		400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь. 4. При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или пантопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-4- мг/сут	На период приема НПВС, ГК	

1	2	3	4	5	6	7
				 5.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза. 6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема). 	Длительно	
Микро- скопиче- ский по- лиангиит (М30.60)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Анализ мочи по Нечипоренко 4. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, альбумина, калия, СРБ*; активности	2-4 /год, чаще-по показа- ниям** -//- -//-	1. ФГДС 2. Исследование функции внешнего дыхания 1,2 3. Рентгеновская комьютерная томография легких высокого разрешения 1,2 4. ДРА 1,2. 5. Консультация врача-нефролога 1,2	Продолжение терапии стационарного этапа 1. ГК для системного применения: Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут(не более 60 мг/сут) или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).	4-10 недель без учета ста- ционарно- го этапа с последу- ющим по- степенным снижени- ем до под- держива- ющей (длитель- но)	1.Достижен иеремисси- иили низкой активности. 2.Увеличен ие продол- жительно- сти жизни. 3.Уменьшен ие числа регоспитали- заций.

1	2	3	4	5	6	7
	АсАТ, АлАТ.			лирующие лекарственные средства (назначает врач-ревматолог):	Длительно (2-5 лет)	
	5. Иммунологическое исследование крови: определение уровня АНЦА (после консультации врачаревматолога) 1,2	1/год		2.1Алкилирующие соединения: циклофосфамид 600-1000 мг в/венно капельно 1 раз в 2-4 недели (при высоком риске прогрессирования заболевания.Вводится в стационарных условиях—см. стационарный этап).	От 6 месяцев до 2-5 лет (определяет врачревматолог)	
	6. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core;	1		2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь 2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-17.5 мг/нед. внутрь, п/к или в/мыш или 2.4. Микофеноловая кислота 2 г/сут	лог <i>)</i> Длительно -//-	
	а/HCV –однократно перед назначением цитостатических иммуноде-			внутрь (при неэффективно- сти/непереносимости метотрексата и азатиоприна)	-//-	
	прессантов). 7. УЗИ органов брюшной полости	1/год		3. НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15	2-4 недели	
	8. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.		
	9. ЭКГ	1-2/год		4. При наличии факторов риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной	на период приема	

1	2	3	4	5	6	7
				помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-4- мг/сут и др. 5. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза	НПВС,ГК длитель- но	
Гиганто- клеточ- ный арте- риит (M31.5)	 Общий анализ крови Общий анализ мочи 	2-4 /год, чаще-по показа- ниям** -//-	1. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*; уровня АЦЦП ^{1.,2} ; опреде-	Продолжение терапии стационарного этапа: 1. ГК для системного применения: Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не	2-10 недель без учета стацио-	1.Достижен иеремисси- иили низкой активности. 2.Увеличен
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.	-//-	ление содержания антифосфолипидных антител: $BA^{1,2}$; $aKJ^{1,2}$ IgG или IgM - изотипов; ат к антител к $\beta 2$ - $\Gamma\Pi$ антител: $BA^{1,2}$; $aKJ^{1,2}$ IgG или IgM - изотипов; ат к антител к $\beta 2$ - $\Gamma\Pi$ I I IgG	более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут (4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).	нарного этапа с послед пе- реходом на под- держива- ющую до- зу (дли- тельно)	ие продолжительно- сти жизни. 3.Уменьшен ие числа регоспитали- заций.
	4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBc-core; a/HCV –	1	,	2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства (назначает врач-ревматолог): 2.1. Антиметаболиты: метотрексат 17,5 мг/нед внутрь, п/кожно или в/мыш	Длительно (2-5 лет) длительно -//-	

1	2	3	4		5	6	7
	однократ-но перед назначением цито- статических им- мунодепрессан- тов).	1/год	4. вра	Консультация ча-невролога	или 2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2–3 мг/кг/сут (при непереносимости метотрексата).	-//-	
	5.Ультразвуковая ангиодопплеро- графиямаги-	1/10д			3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут длительно.	Длительно	
	графиямаги- стральных артерий шеи, конечностей, аорты (после кон- сультации врача- ревматолога) ^{1,2} 6. Рентгенография органов грудной полости.	1/год 1-2/год			4. НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.	2-4 недели	
	7. ЭКГ 8. Консультация врача- офтальмолога	1-2/год 1/далее по пока- заниям			5.Ингибиторы протонной помпы (при наличии риска ЖК осложнений): омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.	На период приема НПВС, ГК	
					6. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза.	Длительно	

1	2	3	4	5	6	7
Ревмати-	 Общий анализ крови 			Продолжение терапии стационарного этапа:		1.Достижен ие ремис-
полими-	•		крови: определе-	1. ГК для системного применения:	2-4 месяца	сии.
алгия (M35.3)	2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, калия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.	2-4 /год 2-4 /год	 АЦЦП ^{1,2} 2. Электромиография^{1,2} 3. Ультразвуковая ангиодопплеро- 	преднизолон 15-20 мг/сут (метилпреднизолон 12-16 мг/сут) в 2-3 приема внутрь до достижения ремиссии и в течение 1 месяца после достижения ремиссии с последующим снижением на 1,25 мг/сут (1 мг/сут) в 7-10 дней до 10 мг/сут (8 мг /сут); затем по 1мг/сут (0,8 мг/сут) каждые 4 недели до полной отмены.		2.Уменьшен ие числа регоспитализаций.
	4. Иммунологическое исследование	1	4. УЗИ органов брюшной полости			
	крови: определение концентрации $P\Phi^*$		5.ФГДС			
	5. Рентгенография	1/год				

органов грудной

полости.

1	2	3	4	5	6	7
	6. ЭКГ 7.Консультация	1-2/год 1/далее				
	врача-невролога	по пока- заниям				
Геморра- гический васкулит	1. Общий анализ крови	2-4 /год, чаще-по показа- ниям**	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации кре-	Продолжение терапии стационарного этапа. 1. ГК для системного применения: Преднизолон из расчета 0,5-1	1-1,5 ме- сяца с уче-	1.Достижен ие ремис- сии.
(пурпура Шенлей- на- Геноха)	2. Общий анализ мочи	-//-	атинина 2. Анализ мочи по	мг/кг/сут(не более 60 мг/сут) или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель	том ста- ционарно- го этапа с	2.Выздоров ление
(D69.0)	3. Биохимическое исследование кро-	-//-	Нечипоренко	внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением	последу- ющим по-	3.Уменьшен ие числа ре-
	ви: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ,		3. Рентгенография пораженных суставов	по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).	степенным снижени- ем дозы до поддержи- вающей	госпитали- заций
	АлАТ			2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства:	Длительно	
	4. Иммунологическое исследование крови:определение концентрации РФ* 5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирус-	1/далее по пока- заниям 1		2.1.Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь (по показаниям). 3. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2-0,4/сут.Внутрь по показаниям (после консультации врача-ревматолога)	-//-	

1	2	3	4	5	6	7
	ного гепатита(HBsAg; HBc-core; а/HCV – однократ-но перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1/далее		4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.	До купирования суставного синдрома 2-4 недели	
	6.ФГДС7. УЗИ органов брюшной полости	по пока- заниям 1/далее по пока- заниям		5.При наличии факторов риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или пантопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-4- мг/сут и др.	На период приема НПВС, ГК	
	8. Рентгенография органов грудной полости.9. ЭКГ	1-2/год		6. Антиагреганты: пентоксифиллин 600-800 мг/сут.Внутрь.	Курсом по 4-6 недель 1-2 раза в год	
Эссенци- альный криогло- були- немиче- ский вас- кулит	1.Общий анализ крови. 2.Общий анализ мочи.	2-4 /год, чаще-по показа- ниям** -//-	1.Иммунологическ ое исследование крови: определение содержания криоглобулинов ¹	Продолжение терапии стационарного этапа (при наличии маркеров реприкации вируса гепатита С лечение осуществляется совместно с врачоминфекционистом.) 1. ГК для системного применения: Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут	12-24 не- дели на	1.Достижен ие ремиссии или низкой активности заболевания.

1	2	3	4	5	6	7
	3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.	-//-		(не более 60 мг/сут) или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут)	этапе индукции ремиссии с учетом стац этапа и далее 2-5 лет на этапе поддержания ремиссии	2. Увеличен ие продолжительно- сти жизни. 3. Снижение числа регоспитализаций
	4.Исследование крови на наличие маркеров гепатита (HBsAg; HBc-core; а/HCV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1/далее по пока- заниям		2. НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.	2-4 недели до купирования суставного синдрома	
	5.Иммунологическ ое исследование крови: определение содержания РФ*.	1-2/год		3.При наличии факторов риска ЖК осложнекний - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 600-1200 мг/сут	На период приема НПВС, ГК	
	6. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		и др.4. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза:	Длительно	

1	2	3	4	5	6	7
	7.ЭКГ	1-2/год				
Облите- рирую- щий тромбан- гиит (бо-	 Общий анализ крови. Общий анализ 	2-4 /год, чаще-по показа- ниям** -//-	1.Биохимическое исследование крови: определение концентрации холестерина, его	Продолжение терапии стационарного этапа: 1. ГК для системного применения: Преднизолон из расчета 0,5-1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или ме-	12-24 не- дели без учета ста-	1.Достижен ие ремиссии или низкой активности заболева-
лезнь Ви- ниварте-	мочи.		фракций	тилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) в течение 2-4 недель	ционарно-го этапа на	ния.
ра-Бюр- гера) (M36.8; 173.1)	3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ 4.Рентгенография органов грудной полости.	-//-	2. Определение содержания анти-фосфолипидных антител: (волчаночный антикоагулянт- далее ВА) ^{1;2} ; антител к кардиолипину (далее аКЛ) ^{1;2} , IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I ^{1;2} IgG	внутрь после выписки из стационара с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы: преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут).	этапе индукции ремиссии с учетом стац этапа далее 2-5 лет на этапе поддержания ремиссии	2. Увеличен ие продолжительно- сти жизни. 3. Снижение числа регоспитализаций.
	5.Ультразвуковая ангиодопплерография сосудов верхних и нижних конечностей (после консультации вра-	1-2/год	и/или IgM изоти- пов. 3.Рентгеновская компьютерная то- мография легких высокого разре-	2. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут. внутрь; пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь 3. Статины: аторвастатин 10-20 мг/сут	1,5-2 ме- сяца 2 раза в год	

1	2	3	4	5	6	7
	ча-ревматолога) 1,2 .		шения ^{1,2}	внутрь и др.	длительно	
	6.ЭКГ 7.Консультация врача-ангиохирурга (после консультации врача-ревматолога) 1,2.	1/далее по пока- заниям	4. Консультация врача-невролога	4. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза	-//-	
Болезнь Бехчета (M35.2)	1.Общий анализ крови. 2.Общий анализ мочи. 3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. 4.Иммунологическое исследование	2-4 /год, чаще-по показа- ниям** -//- -//-	1.Биохимическое исследование крови: определение концентрации холестерина, его фракций; 2.ФГДС 3.УЗИ органов брюшной полости	Продолжение терапии стационарного этапа. Лечение осуществляется врачомревматологом совместно с другим специалистом (или врачом другой специальности при консультативной поддержке врача-ревматолога) по принципу доминирующих клинических проявлений заболевания: 1.ГК для системного применения: 1.1.Преднизолон (метилпреднизолон) 1-2 мг/кг/сут (0,8-1,6 мг/кг/сут) внутрь до 12-24 недель внутрь с последующим постепенным снижением по 5 мг/сут(4 мг/сут) в 2 недели до поддерживающей дозы (преднизолон 5-15мг/сут (метилпреднизолон 4-12	12-24 недели без учета стационарного этапа далее 2-5 лет на этапе	1.Достижен ие ремиссии или низкой активности заболевания 2.Увеличен ие продолжительности жизни. 3.Снижение числа регоспитализаций

1	2	3	4	5	6	7
	крови: определение концентрации $P\Phi^*$			мг/сут)длительно.	поддержа- ния ре- миссии	
	5.Ультразвуковая ангиодопплерография сосудов (после консультации врачаревматолога) ^{1,2} .	1-2/год		1.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно по показаниям)	по показа- ниям	
	6. Рентгенография органов грудной полости.	1/далее по пока- заниям		2.Иммунодепрессанты: азатиоприн внутрь 2,5 мг/кг /сут.	Длительно	
	7.ЭКГ	1-2/год		3. Противовирусные лекарственные средства (интерфероны) – притяжелом рефрактрном увеитепосле консульта-	3 месяца с учетом стацио-	
	8.Консультация врача- офтальмолога	1/далее по пока- заниям		ции врача офтальмолога	нарного этапа	
	9. Консультация врача- гинеколога.	1/далее по пока- заниям		4.Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота и ее аналоги): сульфасалазин 2 г/сут (при поражении ЖКТ) внутрь или	Длительно	
				5. Антиметаболиты: метотрексат 7.5- 10 мг/неделю внутрь, п/кожно или, в\мыш при суставных проявлениях	Длительно	
				6.НПВС (при наличии суставного син-	2-4 недели	

Γ	1	2	3	1	5	6	7
	1	\angle	3	4	\mathcal{J}	U	/

дрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь

7. При наличии факторов риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной помпьюмепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.

По показаниям, на период приема НПВС,ГК

8. Фолиевая кислота: 1-3 мг/сут внутрь длительно (при приеме метотрексата вне дней его приема).

1	2	3	4	5	6	7
Систем-	1. Общий анализ	2-4 /год,	1. Определение	Продолжение терапии стационарного		1.Достижен
ная крас-	крови	чаще-по	концентрации ан-	этапа		ие ремиссии
ная вол-		показа-	тифосфолипидных	1. ГК для системного применения:		или низкой
чанка		НИЯМ **		преднизолон 0,25-1,0 мг/кг/сут (ме-	1-1,5 ме-	активности
(M32-	2. Общий анализ	-//-	аКЛ ^{1,2} IgG или	тилпреднизолон 0,2-0,8 мг/сут) внутрь.	сяцас уче-	заболева-
M32. 9)	МОЧИ		IgM- изотипов; ат	При нормализации клинико-	том ста-	ния.
	• -		-	лабораторных показателей (АНА, ат к	ционарно-	
	3. Биохимическое	-//-	и/или IgM изоти-	ДНК, СОЭ) снижение дозы преднизо-	го этапа	2. Увеличен
	исследование кро-		ПОВ	лона на 2,5-5 мг/сут в 2 недели (ме-	споследу-	ие продол-
	ви: определение		2. ФГДС	тилпреднизолона - на 2-4 мг/сут) до	ющим пе-	жительно-
	концентрации мо-		2 Doumeouspeachag	поддерживающей дозы (преднизолон	реходом	сти жизни.
	чевины, креатинина, глюкозы, об-		3. Рентгенография пораженных су-	5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут).длительно	на под-	3.Снижение
	щего белка, калия,		пораженных су- ставов	мі/сут).длительно	держива- ющую до-	числа ре-
	натрия, холесте-		Clabob		ющую до- зу дли-	госпитали-
	рина, его фракций,		4. Рентгеновская		тельно	заций.
	СРБ*; активности		компьюторная то-		Tesibile	эмции.
	АсАТ, АлАТ.		мография легких			4. Повыше-
	,		высокого разре-	2. Противоопухолевые и иммуномоду-	от 6 меся-	ние каче-
	4. Иммунологиче-	1-2/год	шения ^{1,2}	лирующие лекарственные средства:	цев до 2	ства жизни.
	ское исследование			2.1. Алкилирующие средства: цик-	лет	
	крови (после кон-		5.3 $\Im \Gamma^{1,2}$	лофосфамид 600-1000 мг/сут внутри-		
	сультации врача-			венно капельно 1 раз в месяц 6 месяцев,		
	ревматолога):		6. ДРА ^{1,2}	затем каждые 3 месяца в течение 2 лет		
	определение кон-		4.0	(вводится в условиях стационара при		
	центрации $P\Phi^*$;		7. CMAT ^{1,2}	поражении ЦНС; при пролиферативном		
	$AHA^{1,2}$, антител к			вариантелюпус-нефрита; аутоиммунная		
	двухспиральной		8. BЭM	гемолитическая анемия, тромбоцито-		
	ДНК ^{1,2} ; Sm анти-		0.0 165	пении, васкулите, пневмоните).		
	гену ¹ ; рибонук-		9. Эхо-КГ	2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-	Длительно	
	леопротеин y^1 ; -			3 мг/кг в сут. внутрь (в качестве		

1	2	3	4	5	6	7
	гистонам ¹ ; к Ro/SS-A и La/SS-B антигенам ¹ ; опре- деление активно- сти компонентов		10. Консультация врача-невролога11. Консультация врача-нефролога	поддерживающей терапии индуцированной циклофосфамидом ремиссии волчаночного нефрита, аутоиммунной гемолитической анемии, тромбоцитопении) или		
	комплемента С3 и С4 ¹ 5.Исследование	1	12. Консультация врача- офтальмолога	2.3.Антиметаболиты: метотрексат 12,5-17,5 мг/нед. при поражениях суставов) внутрь, п/кожно или в/мыш или	-//-	
	сыворотки крови на маркеры вирус- ного гепатита(HBsAg; HBc-core; а/HCV – однократ-но перед		офтальмолога	3. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2-1 г/сут. (при поражениях кожи,суставов) внутрь	-//-	
	назначением цито-статических им-мунодепрессантов).	1-2/год		4. НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400	До купирования суставного синдрома	
	6. Анализ мочи по Нечипоренко 7. Рентгенография органов грудной полости.	1/год		мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.	·	
	8. УЗИ органов- брюшной полости 9. ЭКГ	по пока- заниям 1/год		5.При наличии факторов риска ЖК осложнений: ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40	На период приема НПВС,ГК	

1	2	3	4	5	6	7
				мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др. 6. Антиагреганты: дипиридамол 150 - 200 мг/сут внутрь (длительно при люпус-нефрите), пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь. 7. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза.	Длительно	
				8. Фолиевая кислота: 1-3 мг/сут внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема).	Длительно	
Дермато- полимио- зит (М33)	1. Общий анализ крови	2-4 /год, **	1. Исследование функции внешнего дыхания ^{1,2}	Продолжение терапии стациионарного этапа: 1. ГК для системного применения: преднизолон 0,25-1,0 мг/кг/сут (ме-	8- 12недель с	1.Достижен ие ремиссии или низкой активности
	2. Общий анализ мочи	-//-	брюшной полости. 3. МРТ мышечной	тилпреднизолон 0,2-0,8 мг/кг/сут) внутрь. При нормализации клинико-	учетом стацио- нарного	заболева-
	3. Биохимическое исследование крови: определение	-//-	ткани ^{1,2.} 4. Рентгеновская компьюторная то-	- на 2-4 мг/сут) до о поддерживающей	этапа с последу- ющим	2. Увеличен ие продол-жительно-
	концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, об-		мография легких высокого разре- шения ¹	дозы (преднизолон 5-15 мг/сут (метилпреднизолон 4-12 мг/сут)	снижени- ем до под- держива-	сти жизни.3.Снижение
	щего белка, калия, натрия, холестерина, СРБ*; активности КК ^{1,2} ;		5. Капилляроско- пия ^{1,2} 5. ФГДС 6. ДРА ^{1,2}		ющей (длитель- но)	числа регоспитали- заций. 4. Повыше-

1	2	3	4	5	6	7
	АсАТ, АлАТ		7. Консультация	2. Противоопухолевые и иммуномоду-	Длительно	ние каче-
	4 11	1.0/	врача-дермато-	лирующие лекарственные средства		ства жизни
	4. Иммунологиче-	1-2/год	лога.	(назначает врач-ревматолог):	//	Достижение
	ское исследование крови (после кон-		8. Консультация врача-инфекцио-	2.1.Антиметаболиты: метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь или п/кожно или	-//-	ремиссии.
	сультации врача-		врача-инфекцио-	в/мыш		
	ревматолога):		imoru	D) MIDILI		
	определение кон-			2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн	-//-	
	центрации АНА ^{1,2} ;			100-200 мг/сут (при неэффективности,		
	миозитспецифиче-			непереносимости метотрексата).	, .	
	ских антисинте-			3. Противопротозойные лекарственные	-//-	
	тазных антител ¹ (к гистидил тРНК			средства (аминохинолоновые лекарственные средства): гидроксихлорохин		
	гистидил тРНК синтетазе – Jo-1)			0,2-0,4 г/сут внутрь при поражениях		
	ominorase so-1)			кожи.		
	5.Исследование	1				
	сыворотки крови			4. НПВС (при наличии суставного син-	-//-	
	на маркеры вирус-			дрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь		
	ного гепатита			или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь		
	(HBsAg; HBc-core; a/HCV –однократ-			или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15		
	но перед назначе-			мг/сут внутрь, или мелоксикам 13 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид		
	нием цитостатиче-			200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		
	ских иммуноде-			400 мг/сут внутрь или этодолак 600-		
	прессантов).			1200 мг/сут внутрь		
	6. Электромио-	1/чаще,		5 .При наличии факторов риска ЖК	На периол	
	графия(после кон-	по пока-		осложнений - ингибиторы протонной	прима	
	сультации врача-	заниям		помпы: омепразол 20-40 мг/сут или ра-	НПВС, ГК	
	невролога при по-			бепразол 20-40 мг/сут или лансопразол	,	
	становке диагно-			30-60 мг/сут или пантопразол 20-40		

1	2	3	4	5	6	7
	$(3a)^{1,2}$			мг/сутили эзомепразол 20-40 мг/сут и		
	7. Рентгеноскопия органов грудной полости.	1/год		др.6. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза	Длительно	
	8. ЭКГ	1-2/год				
	9. Консультация врача-невролога	1/год				
	10. Консультация врача- отоневролога ^{1,2}	1/далее по пока- заниям				

1	2	3	4	5	6	7
Систем- ный скле- роз (М34- 34.9)	 Общий анализ крови Общий анализ мочи 	2-4 /год, чаще-по показа- ниям ⁴ -//-	1. Тест 6-минутной ходьбы 2.Рентгеновская компьюторная томография легких высокого разре-	1. Антифиброзная терапия (газначает врач-ревматолог по показаниям): Пеницилламин 450-900 мг/сут 2-3 месяца с последующим снижением дозы до 250-300 мг/сут внутрь длительно или	Длительно	1.Достижен ие ремиссии или низкой активности заболевания.
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина,	-//-	шения ^{1,2} 3. Эхо-КГ 4. УЗИ ОБП	2. Антиметаболиты: метотрексат 10-15 мг/нед (при поражении суставов, сочетании ССД с ревматоидным артритом и полимиозитом) внутрь, п/кожно или в/мыш	Длительно	2. Увеличен ие продол- жительно- сти жизни. 3. Снижение
	калия, натрия, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности AcAT, AлAT		5. Реовазография кистей и стоп^{1,2}6. Консультация	3. ГК для системного применения (при диффузном поражении кожи, поражении легких): Преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут (метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут)	2-4 недели с после- дующим снижени- ем и отме-	числа регоспитализаций. 4. Повыше-
	4. Иммунологическое исследование крови (после консультации врачаревматолога):	1/год	врача-нефролога	внутрь с последующим снижением дозы через 2-4 недели на2,5-5 мг/сут (2-4 мг/сут)до поддерживающей дозы (преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут)	ной	ние качества жизни.
	определение кон- центрации РФ*; АНА ^{1,2} ; антител к топоизомеразе-1			4. Антагонисты кальция: нифедипин 30-60 мг/сут (или амлодипин 5-10 мг/сут) внутрь	Длительно	
	(анти-Scl-70) ¹ ; к РНК полимеразам I и III ¹ , антицен-			5. Ингибиторы АПФ (каптоприл 12,5- $100~{\rm M}$ г/сут, эналаприл 5- $40~{\rm M}$ г/сут) внутрь	Длительно	

1	2	3	4	5	6	7
	тромерных анти- тел ¹			6. НПВС (при наличии суставного синдрома): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь	До купи- рования-	
	5.Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; а/HCV —однократно перед назначе-	1		или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь	рования- суставного синдрома 2-4 недели	
	нием цитостатиче- ских иммуноде- прессантов). 6. Исследование	1/год		7.При наличии факторов риска ЖК осложнений - ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол	На период приема НПВС, ГК	
	функции внешнего дыхания.			30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др.		
	7. ФГДС	1/далее по пока- заниям		8. Прокинетики: метоклопрамид 30-40 мг/сут. внутрь	Длитель- но/ по по- казаниям	
	8. Рентгеноскопия органов грудной клетки с контрастированием пищевода (акт глота-	1/год		9. Антиагреганты: пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь	1-2 раза в год курса- ми по 2-4 недели	
	ния). 9. Рентгенография	1/год		10. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут внутрь (при приеме метотрексата вне дней его приема)	Длительно	
	пораженных су-	1/10д		приома)		

1	2	3	4	5	6	7
	ставов 10. Капилляроско- пия (после кон- сультации врача- ревматолога) ^{1,2}	1/год		11. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.	1-2 раза в год	
	11. ЭКГ	1-2/год				
Сухой синдром [Шегре- на] (М35)	1. Общий анализ крови	2-4 /год, чаще-по показа- ниям**	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации кре-	1.Продолжение терапии стационарного этапа 1.ГК для системного применения внутрь: преднизолон 0,25-1,0 мг/кг/сут	1-1,5 ме- сяца с учетом стацио-	1.Достижен ие ремиссии или низкой активности
- ` /	 Общий анализ мочи Биохимическое исследование кро- 	-//-	атинина. 2. Иммунологическое исследование: определение концентрации АЦЦП 1,2 в сыво-	или метилпреднизолон 0,2-0,8 мг/кг/сут. с последующим постепенных переходом на поддерживающую дозу 5-10 мг/сут преднизолона (4-8 мг/сут медрола) длительно	нарного этапа)с последу- ющим переходом	заболевания. 2. Увеличение продол-
	ви: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка;		ротке крови 3. Анализ мочи по		на под- держива- ющую до- зу дли-	жительно- сти жизни. 3.Снижение
	СРБ*, калия, натрия, кальция; активности AcAT, A лAT; $\mathbf{\Pi}\Phi^{1,2}$		Нечипоренко 4. ФГДС 5.Сцинтиграфия слюнных желез ¹	2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства: 2.1. Алкилирующие средства хлорамбуцил 2-8 мг/сут внутрь.	тельно Длительно -//-	числа регоспитализаций. 4. Повыше-

1	2	3	4	5	6	7
	4. Иммунологиче- ское исследование крови (после кон-	1-2/год	6. УЗИ щитовид- ной железы 7. Эхо-КГ	2.2. Циклофосфамид (см стационарный этап)		ние качества жизни.
	сультации врачаревматолога): определение концентрации $AHA^{1,2}$; $P\Phi^*$; криоглобу-		8. Рентгеновская комьюторная томография легких высокого разрешения ^{1,2}	3. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые производные): гидроксихлорохин 0,2-0,4 г/сут. Внутрь.	-//-	
	линов 1 ; антител к растворимым ядерным антигенам $-\text{Ro/SS-A}^{1}$; La/SS-B 1 .		9. ДРА ^{1,2} 10. Консультация врача-онколога 11. Консультация врача-гематолога 12. Консультация	4. НПВС (при наличии суставного синдроиа): ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид	До купирования суставного синдрома	
	5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core;	1	врача-нефролога 13. Консультация врача-акушера- гинеколога	200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь.		
	а/HCV –однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).			5. При наличии факторов риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или пантопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и	На период прима НПВС, ГК	
	6.Исследование мочи на белок Бенс-Джонса ^{1,2.}	1/далее по пока- заниям		др	TC.	
	7. Исследование функции внешнего	1/далее по пока-		6. Антагонисты кальция: нифедипин 30-60 мг/сут (или амлодипин 5-10 мг/сут).внутрь	Курсами по 1-2 мес 1-2 раза в	

1	2	3	4	5	6	7
	дыхания ^{1,2}	заниям			год	
	8. Рентгенография оганов грудной полости.	1/год		8. Антиагреганты: пентоксифиллин 300-800 мг/сут внутрь	-//-	
	9. Рентгенография пораженных суставов.	1/далее по пока- заниям		9. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза. 10. ФТЛ (по показаниям):	Длительно	
	10. УЗИ органов брюшной полости.	1/год		электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.	2 раза в год	
	11. ЭКГ	1-2/год		11. ЛФК.	Постоянно	
	13. Консультация врача-офтальмо-лога с проведением офтальмологического обследования:	1/год		11. ΠΨΚ.	оннкогооп	
	13.1.исследование уровня базальной и стимулированной слезной секреции с применением теста Ширмера ^{1,2} ;	1/ год				
	13.2.окраска эпителия конъюктивы и роговицы бен-	1/ год				

1	2	3	4	5	6	7
	гальским розовым					
	и флюоресце- ином 1 .					
	ином					
	14. Консультация	1/год				
	врача-стоматолога					
	с проведением					
	стоматологического обследования:					
	14.1.сиалография	1/далее				
	околоушных	по пока-				
	слюнных желез ^{1,2}	заниям				
	или	1./				
	14.2. УЗИ около-	1/далее				
	ушных слюнных желез ^{1.,2} ;	по пока- заниям				
	Acres ,	эапилм				
Другие	1. Общий анализ	2-4 /год,	1. Иммунологиче-	Продолжение терапии стационарного		1.Достижен
пере-	крови	чаще-по	ское исследование	этапа	1-1,5 ме-	ие ремиссии
крестные		показа - **	крови: определе-	1.ГК для системного применения:	сяца с	или низкой
синдромы (смешан-	2. Общий анализ	НИЯМ ^{**} -//-	ние концентрации $A \coprod \Pi^{1,2}$	преднизолон 0,25-1,0 мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,2-0,8 мг/кг/сут. с	учетом стацио-	активности заболева-
ное забо-	мочи	-//-	АЦЦП	последующим постепенных переходом	нарного	ния.
левание			2. Анализ мочи по	на поддерживающую дозу 5-10 мг/сут	этапа)с	
соедини-	3. Биохимическое	-//-	Нечипоренко.	преднизолона (4-8 мг/сут медрола) дли-	последу-	2. Увеличен
тельной	исследование кро-		3. Исследование	тельно	ющим пе-	ие продол-
ткани;	ви: определение		функции внешнего	•	реходом	жительно-
недиффе- ренциро-	концентрации мочевины, креатини-		дыхания. 4. ФГДС		на под- держива-	сти жизни.
ванные	на, глюкозы, об-		 УЗИ органов 		ющую до-	3.Снижение
заболева-	щего белка, ка-		брюшной полости.		зу дли-	числа ре-

1	2	3	4	5	6	7
ния со-	лия, натрия, СРБ*;		6. Эхо-КГ.		тельно	госпитали-
едини-	активности АсАТ,		$7.3M\Gamma^{1,2}$			заций.
тельной	АлАТ.			2. Противоопухолевые и иммуномоду-	Длительно	4 11
ткани) (M25:	4. Иммунологиче-	1-2/год	сокого разрешения 1,2 .	лирующие лекарственные средства: 2.1.Антиметаболиты: метотрексат- 7,5-	-//-	4. Повыше-
(M35; 35.1)	ское исследование	1-2/10Д		2.1. Антиметаоолиты. метотрексат- 7,5- 15 мг/нед.внутрь., п/кожно или в/мыш	-//-	ние каче-
33.1)	крови (после кон-		пия ¹	2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн	-//-	ства жизни.
	сультации врача-		10. Консультация	50-150 мг/сут внутрь.	,,	
	ревматолога):		врача-невролога.	J J I		
	определение кон-			3. Противопротозойные лекарственные	-//-	
	центрации $P\Phi^*$;			средства (аминохинолиновые лекар-		
	АНА ^{1,2} ; антител к			ственные средства): гидроксихлорохин		
	двухспиральной $ДНК^{1,2}$; антител к			0,2 г/сут. внутрь		
	Sm antureny ¹ ; pu-			4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут	До купи-	
	бонуклеопроте-			внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут	рования	
	иду 1 ; гистонам 1 ;			внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-	болевого	
	антител к раство-			2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15	синдрома	
	римым ядерным			мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид		
	антигенам -Ro/SS-			200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		
	А и La/SS-В анти- генам ¹ ; антител к			400 мг/сут внутрь или этодолак 600- 1200 мг/сут внутрь		
	топоизомеразе-1			5.Ингибиторы протонной помпы(по	На периол	
	(анти-Scl-70) ¹ ;			показаниям): омепразол 20-40 мг/сут	приема	
	PM-Scl ¹ ; U3 рибо-				НПВС, ГК	
	нуклеопротеину ¹ ;			празол 30-60 мг/сут или пантопразол		
	антицентромерные			20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40		
	антитела ¹ ; антиси-			мг/сут и др		
	тетазные антите-			(A	П	
	ла) ^{1.} 5. Исследование	1		6. Антагонисты кальция: нифедипин длительного действия 30-60	длительно	
	э. Исследование	1		длительного действия 30-60		

1	2	3	4	5	6	7
	сыворотки крови на маркеры вирус- ного гепатита (HBsAg; HBc-core;			мг/сутвнутрь 7Антиагреганты: пентоксифиллин 600- 800 мг/сут внутрь	-//-	
	а/HCV –однократ- но перед назначе- нием цитостатиче-			9. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза:	-//-	
	ских иммуноде- прессантов). 6.ЭКГ	1-2/год		10 ЛФК	постоянно	
	7. Рентгенография органов грудной полости.	1/год				
	8. Рентгенография пораженных суставов	1/год				
Анти- фосфоли- пидный синдром,	1.Выполнение об- следований, необ- ходимых для диа- гностики основно-	1-2/год	1. УЗИ сосудов ^{1,2} 2.Консультация врача-гематолога 3. Консультация	1.Фармакотерапия основного заболевания, направленная на снижение его активности и прогрессирования	Длительно	1.Достижен ие ремиссии или низкой активности
ассоции- рованный с систем-	го заболевания и определения активности процесса		врача-невролога 4. Консультация врача- офтальмо-	2. Санация очагов хронической инфекции	Постоянно	заболева-
ными за- болевани- ями со- едини-	(СКВ, ССД; ДМ/ПМ, СШ) 2.Общий анализ	2-4/год	лога 5. Консультация врача-хирурга 6. Консультация	3. Антиагрегантная терапия: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут внутрь.	Длительно	2.Увеличен ие продол- жительно- сти жизни.

1	2	3	4	5	6	7
тельной ткани (СКВ; ССД; ДМ)	крови с подсчетом количества тромбоцитов. 3. Микрореакция преципитации с кардиолипиновым	1	врача-нефролога 7. Консультация врача- ангиохирурга ^{1,2}	4. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 0,2-0,4/сут внутрь (по показаниям, назначается врачом-ревматологом) 5. Непрямые антикоагулянты: варфарин	-//-	3.Снижение числа регоспитализаций. 4. Снижение
	антигеном			2,5-7,5 мг/сут. Доза препарата подбирается индиивидуально под контролем		риска по- вторных
	4.Исследование показателей гемостаза: определение протромбинового времени (далее-ПТВ) с расчетом показателей МНО	1-2 / ме- сяц		МНО с достижением его целевых значений (от 2 до 3- при венозных тромбозах; более 3-при артериальных и рецидивирующих тромбозах)		тромбозов.
	5.Определение содержания антифосфолипидных антител (после консультации врача-ревматолога) 1,2 : BA 1,2 ; аКЛ 1,2 IgG или IgM- изотипов; ат к β 2- $\Gamma\Pi^{1,2}$ I IgG и/или IgM изотипов.	1/ через 12 нед, далее 1- 2/год				
	6.Рентгенография органов грудной	1/год				

1	2	3	4	5	6	7
	полости.					
	7. Эхо-КГ	1/далее по пока-				
	8.Консультация врача- отоларинголога	заниям 1/далее по пока- заниям				
	9.Консультация врача-стоматолога	-//-				
	10. Консультация врача-акушера-гинеколога	-//-				
Рециди- вирую- щий пан-	1. Общий анализ крови	2-4 /год	1. УЗИ органов брюшной полости 2. ФГДС	Продолжение терапии стационарного этапа 1. Санация очагов хронической инфек-		1.Стабилиза ция процес- са.
никулит Вебера- Крисчена	2. Общий анализ мочи	2-4 /год		ции 2.ГК для системного применения: преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут внутрь	4-6 недель с учетом	2.Улучшени е состояния.
(M 35.6)	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы,	1-2/год		(метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут) 2-3 недели с учетом стационарного этапа с последующим постепенным снижением дозы до полной отмены	стацио- нарного этапа	3.Снижение числа регоспитали- заций.
	общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ			2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15	2-4 недели	

1	2	3	4	5	6	7
	4. ЭКГ5. Рентгенография органов грудной полости.	1/год 1/год		мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь	-	
	полости.			3. При наличии факторов риска ЖК осложнений -ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или пантопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др	На период приема НПВС, ГК	
Глюко- кортико- идный остеопо- роз (М81.4,	 Общий анализ крови Общий анализ мочи 	1/год 1/год	1. Исследование содержания гормонов щитовидной железы в сыворотке крови ^{1,2} : трийодтиронина	1. Опиоидные анальгетики (при купировании болевого синдрома на фоне остеопоротических переломов): 1.1. Трамадол 50-200 мг/сут внутрь или в/м.	До купирования болевого синдрома	1.Снижение выраженно- сти болево- го синдро- ма.
M80.4)	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации кальция, ионизированного кальция ¹ , альбумина,	1/год	(Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ). 2. Исследование содержания тестостерона ^{1,2} , фолликулстимулирую-	2. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза: 2.1. Бисфосфонаты: алендроновая кислота 5-10 мг/сут или 70 мг/нед; ибандроновая кислота 150 мг/мес. внутрь или 3 мг в 3 мл в/венно 1 раз в 3 мес	Длительно -//-	2.Снижение риска развития переломов стабилизация процесса. 3. Умень-
	активности ЩФ^{1,2}.4. Рентгенография	1/далее	щего ^{1,2} , лютеини- зирующего гормо- нов, эстрадиола ^{1,2}	2.2. Комбинированные препараты карбоната кальция (из расчета 800-1200 мг/сут) в сочетании с колекальциферо-	-//-	шение чис- ла регоспи- тализаций.

1	2	3	4	5	6	7
	грудного и пояс- ничного отдела	по пока- заниям	2.Исследование	лом (800 МЕ/сут) внутрь.		4. Повышение качение
	позвоночника в прямой и боковой проекциях	заниям	χ концентрации витамина χ^{1}	2.3.Кальцитонин 200 МЕ/сут (при выраженном болевом синдроме, связанном с компрессионными переломами	-//-	ства жизни.
	5. ДРА ^{1,2}	1/год		позвонков) интраназально, п/кожно или в/мышечно 2.4. Стронция ранелат 2,0 г/сут (при развитии заболевания на фоне постменопаузального остеопороза)	-//-	
Фибро- миалгия (M79.0)	1. Общий анализ крови	1/год	1. Иммунологическое исследование крови: определе-	Уменьшение выраженности болевого синдрома	На период обостре- ния	1.Уменьшен ие выра- женности
(22,2,0)	Общий анализ мочи	1/год	ние концентрации $P\Phi^*$; АНА 1,2 ; антител к двухспи-	1Антидепрессанты: селективные инги- биторы обратного захвата серотонина: флуоксетин 20 мг/сут внутрь	-//-	болевого синдрома.
	3. Биохимическое исследование кро-	1/год	ральной ДНК ^{1,2} ; антител к Sm ан-			2.Улучшени е качества
	ви: определение концентрации			2. Опиоидные анальгетики (центрального действия):	-//-	жизни.
	СРБ*, глюкозы, альбумина, калия,		стонам ¹ ; антител к раство-	Трамадол 50-250 мг/сут. внутрь или в/мыш		3.Уменьшен ие выра-
	натрия, активно- сти АлАТ, AcAT		*	3. Противоэпилептические средства: прегабалин450 мг/сут внутрь (с целью снижения выраженности болевого син-	-//-	женности депрессии.
	4. Рентгенография органов грудной полости.	1/год	генам ¹ ; антител к топоизомеразе-1 (анти-Scl-70) ¹ ; PM-Scl ¹ ; U3 рибо-	дрома, коррекции нарушений сна, утомляемости — назначается псле консультации врача-невролога по показаниям) и др.		
	5. ЭКГ	1-2/год	нуклеопротеину ¹ ;	4. ФТЛ: гидротерапия, массаж - 7-10	1-2 раза в	

1	2	3	4	5	6	7
	6. Консультация	1/год	антитела ¹ ; антиси-	сеансов.	год по по-	
	врача-		тетазные антите-		казаниям	
	психотерапевта ^{1,2}		ла 1 ; АЦЦП 1,2	5. ЛФК	Постоянно	
			2. Консультация			
			врача-психиатра			
			3. Консультация			
			врача-невролога			

Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в стационарных условиях

Острая	1. Общий анализ	1/7 дней	1. Определение	1. Антибактериальная терапия (10-14 10-16 дней	1.Выздоров
ревмати-	крови		содержания анти-	дней): эрадикация β-гемолитического	ление
ческая			фосфолипидных	стрептококка группы А:	
лихорадка	2. Общий анализ	1/7дней	антител: $BA^{1,2}$;	Препараты первой линии	2.Формиров
(I00-I04)	МОЧИ		$aKЛ^{1,2}$ IgG или	1.1.бензилпенициллин 6-12 млн. ЕД в	ание мини-
			IgM- изотипов; ан-	сутки в/м в 4-6 инъекцийили	мальных
	3. Биохимическое	1/7дней	тител к $\beta 2$ - $\Gamma \Pi I^{1,2}$	1.2.ампициллин 8-12 г/сут в/м, или	клапанных
	исследование кро-		IgG и/или IgM	Альтернативные антибактериальные	поврежде-
	ви: определение		изотипов.	(АБ) лекарственные средства (при ал-	ний (пост-
	концентрации би-			лергии к пенциллину)	краевой
	лирубина, моче-		2. СМЭКГ ^{1,2}	1.3.азитромицин-1 г в 1-й день, затем	фиброз) при
	вины, СРБ*, АСЛ-			по 0,5 г внутрь в течение 5-7 дней или	поздней ди-
	О*, калия, натрия;		3. Чреспищевод-	1.4.спирамицин по 3 млн.ЕД 2 раза в	агностике
	активности АсАТ,		ная Эхо-К $\Gamma^{1,2}$.	день внутрь 7-10 дней	заболевания
	АлАТ, миоглоби-			или	

1	2	3	4	5	6	7
	на ^{1;2} КК ^{1;2} , МВ-		4. Определение	АБ резерва (в случае развития аллер-		
	фракции КК ^{1;2}		антител к Borrelia-	гической реакции к пенициллинам,		
			burgdorferiклассов	макролидам):		
	4. ЭКГ	1/7 дней	IgM, IgG	1.5.линкомицин 600-900 мг/сут в/м - 7-		
		4.1		10 дней		
	5. Эхо-КГ	1/далее	5. Определение	2.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут		
		по пока-	антител классов	внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут		
	(D	заниям	IgA, M, GK Chl.	* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *		
	6. Рентгенография	1	trachomatis ^{1,2}	2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15		
	органов грудной полости.			мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		
	полости.			400 мг/сут внутрь или этодолак 600-		
	7. Консультация	1		1200 мг/сут внутрьспоследующим про-		
	врача-	-		должением на амбулаторном этапе		
	оториноларинго-			3. Глюкококортикоиды для системного		
	лога			применения (при высокой активности,		
				панкардите): преднизолон 0,25-0,3		
				мг/кг/сут (метилпреднизолон 0,20-0,25		
				мг/кг/сут)2-3 недели с последующим		
				постепенным снижением дозы (см ам-		
				булаторный этап)		
				4. При наличии факторов риска ЖК		
				осложнений ингибиторы протонной		
				помпы: 4.1 Омепразол 20-40 мг/сут или ра-		
				бепразол 20-40 мг/сут или лансопразол		
				30-60 мг/сут или пантопразол 20-40		
				мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут		
				внутрь и др		
				или		
				4.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецеп-		

			торов: ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
			5. Бензатин бензилпенициллин 2,4 млн. ЕД в/м однократно после завершения курса АБ терапии (далее см профилактику рецидивов на амбулаторном этапе).		
1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка. СРБ*:	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней	IgM - изотипов; антител к $\beta 2$ - $\Gamma\Pi$ $I^{1,2}$ IgG и/или IgM изотипов 1,2	XPБС осуществляется в рамках клинических протоколов диагностики и лечения пациентов с XCH; нарушений	12-14 дней	1. Замедление темпов прогрессирования хронической сердечной недостаточности (далее ХСН).
АСЛ-О*; калия, натрия, мочевины, креатинина, глю-козы; активности АсАТ, АлАТ. 4. Исследование показателей гемостаза – определе-	Исходно; на 2; 3; 5	концентрации натрийуретического пептида ¹ . 3. СМЭКГ ^{1,2} 4. Чреспищеводная Эхо-КГ ^{1,2} .			2. Увеличение продолжительности жизни пациентов. 3. Дости-
2. м 3. вы ко на кр ко А.	рови . Общий анализ точи . Биохимическое сследование кро- и: определение онцентрации об- дего белка, СРБ*; калия, атрия, мочевины, реатинина, глю- озы; активности сАТ, АлАТ. . Исследование оказателей гемо-	лочи Лочи	держания антифосфолипидных антител: BA ^{1,2} ; аКЛ ^{1,2} IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I ^{1,2} IgG и/или IgM изотипов ^{1,2} I	тику рецидивов на амбулаторном этапе). 1 Определение содержания антифосфолипидных антител: ВА 1-2; акЛ 1-2 IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I 1-2 IgG и/или IgM изотипов 1.2 IgG и/или IgM изотипов 1.2 бонцентрации общего белка, СРБ*; СЛ-О*; калия, атрия, мочевины, реатинина, глюозы; активности ксАТ, АлАТ. 1 Определение содержания антифосфолипидных антител: ВА 1-2; акЛ 1-2 IgG или IgM изотипов 1.2 бонцентрации общего белка, СРБ*; сЛ-О*; калия, атрия, мочевины, реатинина, глюозы; активности ксАТ, АлАТ. 3 СМЭКГ 1-2	тику рецидивов на амбулаторном этапе). Тику рецидивов на амбулаторном этапе). Консервативное лечение пациентов с 12-14 дней ХРБС осуществляется в рамках клинических протоколов диагностики и лечения пациентов с ХСН; нарушений сердечного ритма 1/7 дней акл ^{1,2} IgG или IgM изотипов; антител к β2-ГП I ^{1,2} IgG и/или IgM изотипов ^{1,2} 1/7 дней тител к β2-ГП I ^{1,2} IgG и/или IgM изотипов ^{1,2} Соледование крониентрации общего белка, СРБ*; сл-О*; калия, атрия, мочевины, реатинина, глюозы; активности коАТ, АлАТ. 3. СМЭКГ ^{1,2} Исследование исходно; 4. Чреспищеводноказателей гемо-

1	2	3	4	5	6	7
	том МНО.	ема вар- фарина, далее 1	казателей (центральной гемодинамики (ЦГД, 1,2)			пенсации ХСН.
		раз в 2	• • • • •			4. Улучше-
		недели	6. Реоэнцефалограмма (РЭГ) ^{1,2}			ние каче-
		Исходно				пациентов.
	5. ЭКГ	и перед выпис- кой	7. Консультация: врача-стоматолога			
	6 Due VI	1/далее	8. Консультация врача-			
	6. Эхо-КГ	по пока- заниям	кардиохирурга ^{1,2} .			
		Исходно				
	7. Рентгенография	и перед				
	органов грудной полости.	выпис- кой 1				
	8. Консультация врача-	1				
	оториноларинго- лога					

1	2	3	4	5	6	7
Реактив-	1. Общий анализ	1/7 дней	1.Определение ан-	1. Антибактериальная терапия (прово-	12-14 дней	1. Снижение
ные арт-	крови		тигена Chtracho-	дится в случае реактивного артрита		активности
ропатии			matis в биологиче-	урогенной этиологии) Назначаются ан-		заболева-
(M02)	2. Общий анализ	1/7 дней	ском материале	тибактериальные лекарственные сред-		ния.
	МОЧИ		(соскоб из урет-	ства, обладающие активностью в от-		
Болезнь			ры/цервикального	ношении Chtrachomatis (тетрациклины,		2. Повыше-
Рейтера	3. Трехстакан-	1	канала +сок про-	макролиды, фторхинолоны). Продожи-		ние функци-
(M02.3.)	ная/двухстаканная		статы) методом	тельность терапии соответствует про-		ональной ак-
	проба мочи		РИФ ^{1;2} ,	должительности стационарного этапа с		тивности.
				последующим продолжением антибак-		3. Повыше-
	4. Биохимическое	1/7 дней	2.Определение в	териальной терапии на амбулаторном		ние качества
	исследование кро-		сыворотке крови	(см амбул этап).		жизни.
	ви: определение		иммуноглобули-	1.1. Макролиды: азитромицин 0,5-1		
	концентрации об-		нов классов А,М,	г/сут или рокситромицин 0,3 г/сут, или		
	щего белка, моче-		G к Chl. tracho-	спирамицин по 4,5-9 млн. ЕД/сут.		
	вины, глюкозы,		${ m matis} { m Me}{ m To}{ m Jom} { m M}\Phi{ m A}^{1;2,}$	(внутрь или внутривенно) или джоза-		
	калия, натрия,		ИΨА ⁻ ,,	мицин 1000 мг/сут внутрь или		
	СРБ*; активности AcAT, АлАТ.		3.Биохимическое	1.2. Тетрациклины: доксициклин 0,2 г/сут. внутрь или		
	ACAT, AJIAT.		исследование кро-	1.3. Фторхинолоны: офлоксацин 0,4-0,8		
	5. Определение	1	ви: определение	г/сут (внутрь или в/венно); моксифлок-		
	антигена гисто-	1	концентрации кре-	сацин внутрь 400 мг/сут внутрь; лево-		
	совместимости		атинина.	флоксацин 500 мг/сут внутрь или		
	HLA-B27 ^{1,2} (после		arminia.	в/венно		
	консультации вра-		4. Иммунологиче-	B) Beillio		
	ча-		ское исследование			
	ревматологаодно-		крови: определе-	2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут		
	кратно привери-		ние концентрации	внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут		
	фикации диагноза)		РФ*; АЦЦП ^{1,2}	внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-		
	-			2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15		
			5. УЗИ органов	мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид		

1	2	3	4	5	6	7
	6. Определение	1	брюшной полости.	200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		
	фрагментов ДНК	(на этапе		400 мг/сут внутрь или этодолак 600-		
	Chl. TrachomatisB	поста-	6. УЗИ поражен-	1200 мг/сут внутрь		
	биологическом	новки	ных суставов ^{1,2.}			
	материале (соскоб	диагно-		3.При наличии факторов риска ЖК		
	из урет-	за)	7. УЗИ предста-	осложнений:		
	ры/цервикального		тельной железы;	1 1		
	канала +сок про-		органов малого	омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол		
	статы методом		таза (у женщин)	20-40 мг/сут или лансопразол 30-60		
	ПЦР 1;2			мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут		
			8. МРТ илео-	или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и		
	7. Определение в	1 и в ди-	сакральных сочле-	др		
	сыворотке крови	намике	нений, поражен-	или		
	антител к иерси-	через 7-	ных отделов по-			
	ниям (при наличии	10 дней	звоночника 1,2.	3.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецеп-		
	в анамнезе диа-		0.00	торов ранитидин		
	реи).		9. Эхо-КГ.	0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каж-		
	0 1		10 77	дые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фа-		
	8. Посев кала на	1	10. Исследование	мотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
	патогенную ки-		синовиальной	4 776		
	шечную флору		жидкости	4. ГК для системного применения (при		
	(при наличии диа-		11 0	наличии системных проявлений (кар-		
	реи).		11. Определение	дит, артрит, высокой активности):		
	0 D 1	1	фрагментов ДНК	4.1.Преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут,		
	9. Рентгенография	1	Chtrachomatis B	(метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут)		
	пораженных су-		синовиальной	внутрь до стабилизации процесса (3-4		
	ставов,илео-		жидкости ^{1,2.}	недели) (далее см амбулаторный этап)		
	сакральных сочле-		10	4.2.Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или		
	нений (при нали-		12. Исследование	<u> </u>		
	чии симптоматики		1.0	тилпреднизолон 40-80 мг (внутрису-		
	сакроилеита);		(Trichomonasvagin	ставно не чаще 2-3 раз/год в один су-		

1	2	3	4	5	6	7
	пораженных отделов позвоночника.		alis; Herpessimplex) ^{1,2}	став; периартикулярно в область энтезисов)		
	10. Рентгенография органов грудной полости.	1	12. Консультация врача-дерматовенеролога	5.Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь(при неэффективности		
	11. ЭКГ	1/7 дней		терапии НПВС; антибактериальной терапии в случае реактивного артрита).		
	12. Консультация врача-акушера-гинеколога/	1		6. ЛФК		
	врача-уролога с забором биологи-ческого материа-			7. Массаж (вне обострения) - 7-10 сеансов		
	ла. 13. Консультация врача- инфекциониста	1		8. ФТЛ (по показаниям в зависимости от активности процесса): электро-, бальнео-, ультразвуколазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.		
Псориа- тические и энтеро-	1. Общий анализ крови	1/7 дней	1. Биохимическое исследование крови: определение	1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-	14 суток (10-16)	1. Снижение активности заболева-
патиче- ские арт- ропатии	2. Общий анализ мочи	1/7 дней	концентрации креатинина, холестеринаи его фракций	2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		ния. 2. Повыше-
(M07)	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мо-	1/7 дней	2. Иммунологическое исследование	200-400 мг/сут внутрь или этодолак 600- 1200 мг/сут внутрь 2. При наличии факторов риска ЖК		ние функциональной активности.

1	2	3	4	5	6	7
	чевины, калия, натрия, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности AcAT, AлAT.		ние концентрации РФ*АЦЦП ^{1,2} 3. Трехстаканная проба мочи	осложнений: 2.1.Ингибиторы протонной пом- пыомепразол 20-40 мг/сут или рабепра- зол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и		3. Повышение качества жизни.
	4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBc-core; а/HCV – однократ-но перед назначением цитостатических им-	1	4. Определение в сыворотке крови титров антител классов IgM, G к хламидиям, иерсиниям, боррелиям.	др или 2.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
	мунодепрессантов). 5. Рентгенография илео-сакральных сочленений; пораженных суставов	1	5. Консультация врача- гастроэнтеролога (в случае энтеропатической артропатии)6. Бактериологическое исследова-	3. Патогенетические лекарственные средства 3.1. Антиметаболиты: метотрексат 7,5-25 мг/нед. внутрь или п/к или в/мыш. (при псориатической артропатии) или 3.2. Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь (в случаеэнтеропатиче-		
	6. МРТ илео- сакральных сочле- нений, поражен- ных отделов по- звоночника ^{1,2} (дорентгенологи- ческая стадия, по-	1	ческое исследование кала на наличие возбудителей дизентерии, сальмонеллеза (при наличии энтероколита).	з тусут внутрь (в случаеэнтеропатической артропатии; при псориатической артропатии в случае непереносимости метотрексата) или 3.3. Селективные иммунодепрессанты: лефлуномид 20 мг/сут (при псориатической артропатии в случае непереносимости/неэффективности метотрекса-		

1	2	3	4	5	6	7
	сле консультации		7. Сцинтиграфия	та, сульфасалазина, по решению конси-		
	врача-		костно-суставной	лиума)		
	ревматолога)		системы ^{1,2}	4 =		
	7 0	1	0.0 100	4. Фолиевая кислота 1-3 мг/неделю		
	7. Определение		8. Эхо-КГ	однократно при приеме метотрексата		
	антигена гисто-		9. ФГДС	5 FV THE CHOTOMICES HOUNGHOUSE (THE		
	совместимости HLA-B27 ^{1,2} (после		9. Ф1 ДС	5. ГК для системного применения (при наличии системных проявлений):		
	консультации вра-		10. Консультация	5.1.Преднизолон 5-10 мг/сут (метилпред-		
	ча-ревматолога		врача-	низолон 4-8 мг/кг/сут) внутрь до разви-		
	однократно при		офтальмолога.	тия эффекта от применения препаратов		
	вверификации ди-			патогенетической терапии на период		
	агноза)		11. Консультация	стационарного лечения, далее см амбу-		
		1	врача-	латорный этап)		
	8. Рентгенография		дерматолога.	5.2.Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или		
	органов грудной			триамциналон 40-80 мг или ме-		
	полости		12. Проба Манту	тилпреднизолон 40-80 мг (внутрису-		
	0.01/0	Исходно		ставно не чаще 2-3 раз/год в один су-		
	9. ЭКГ	и при		став; периартикулярно в область энте-		
		выписке		зисов)по показаниям		
		1		6. Селективные иммунодепрессивные		
	10. Консультация			лекарственные средства - химерные		
	врача-дерматолога			моноклональные антитела к ФНО-		
				ά(при неэффективности, непереноси-		
				мости НПВС, сульфасалазина, мето-		
				трексата, лефлюномида. Назначается		
				по решению консилиума) - инфликси-		
				маб -3-5 мг/кг массы тела внутривенно		
				по схеме: 0 недель, 2; 6; 8 недели, да-		
				лее 1 раз в 8 недель (введение препара-		

1	2	3	4	5	6	7
				та осуществляется в условиях стационара). 7. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез (при высокой активности псориатической артропатии с наличием системных проявлений и/или в сочетании с распространенным псориазом в случае недостаточного ответа на проводимую патогенетическую терапию) 8. ЛФК		
				9. Массаж (по показаниям)		
				10. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеро-терапия - 7-10 сеансов		
Анкило- зирую- щий спонди-	 Общий анализ крови Общий анализ 	1/7 дней 1/7 дней	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации кре-	1.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15	10-14 дней	1.Снижение активности заболевания
лит (М45)	мочи		атинина, холестерина, его фракций,	мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		2. Повышение функци-
	3. Биохимическое исследование крови: определение	1/7 дней	уйна, сто фракции, ЩФ ^{1,2} 2. Трехстакан-	400 мг/сут внутрь или этодолак 600- 1200 мг/сут внутрь		ональной активности
	концентрации билирубина, моче-		ная/двухстаканная проба мочи.	2. ГК для системного применения(при высокой активности, системных прояв-		3.Повышени е качества

1	2	3	4	5	6	7
	вины, калия, натрия, глюкозы, общего белка,		3. Определение суточной протеинурии.	лениях): 2.1. Метилпреднизолон по 250-500- 1000 мг в/в в течение 3 дней (по пока-		ЖИЗНИ
	СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.		4. Исследование фильтрационной	заниям) с приемом ГК внутрь : преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь на период госпита-		
	4. Определение антигена гисто-совместимости HLA-B27 ^{1,2} (после консультации врача-ревматолога	1	функции почек – определение клиренса по эндогенному креатинину ^{1,2}	лизациис последующим продолжением на амбулаторном этапе (см леч в амбул условиях) 2.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или ме-		
	однократно при верификации диа- гноза).		5. Иммунологиче- ское исследование крови: определе- ние концентрации	тилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно; периартикулярно в область энтезисов)		
	5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита HBsAg; HBc-core; а/HCV –однократно перед назначением цитостатиче-	1	РФ*. 6. Обследование на наличие хламидийной инфекции (см. реактивные артропатии).	3. Патогенетические лекарственные средства (при наличии периферического артрита) с последующим продолжением на амбулаторном этапе: 3.1. Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминосалициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь или		
	ских иммунодепрессантов).		7.Определение маркеров костного ремоделирова-	3.2.Антиметаболиты: метотрексат 10- 15 мг/нед.внутрь или п/к или в/мыш(при неэффективности или непе-		
	6.Рентгенография илео-сакрального сочленения, пораженных отделов	1	ния: β -Кросс- Лапс 1,2 , остеокаль- цин 1,2 , ионизиро- ванного кальция 1,2	реносимости сульфасалазина). 4. Селективные иммунодепрессивные средства: химерные моноклональные		

1	2	3	4	5	6	7
	позвоночника; суставов.		8.Эхо-КГ	антитела к ΦНО-ά (при неэффективно- сти/непереносимости НПВС; сульфаса- лазина; метотрексатау пациентов с вы-		
	7.МРТ илео- сакрального со- членения и пора- женных отделов позвоночника (до	1	9. УЗИ органов брюшной полости10. УЗИ предстательной железы.	сокой активностью заболевания по решению консилиума)инфликсимаб -3-5 мг/кг массы тела по схеме: 0 недель, 2; 6; 8 недели, далее 1 раз в 8 недель		
	рентгенологиче- ская стадия после консультации вра- ча-ревматолога) ^{1, 2}		11.ФГДС12. КТ легких высокого разреше-	5.При наличии факторов риска ЖК осложнений: 5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60		
	8. Рентгенография органов грудной	1	ния ^{1,2}	мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др		
	полости		13. Биопсия почки (при подозрении	или 5.2.H2 блокаторы гистаминовых рецеп-		
	9. ЭКГ	исходно и при выписке	на амилоидоз) с гистологическим исследованием биоптата ^{1.2.}	торов: ранитидин0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
			14. Консультация врача- офтальмолога.	6. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза7.ЛФК		
			15. Консультация врача-уролога.	8. Массаж мышц спины (при наличии спондилита, минимальной активности		
			16. Консультация врача-нефролога	болезни или ремиссии).		

1	2	3	4	5	6	7
			17. Консультация врача- нейрохирурга ^{1.2.} .	9. ФТЛ (по показаниям):электро-, тепло-, бальнео- ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.		
			18. Проба Манту			
Недиф- ференци- рованная спонди- лоартро-	 Общий анализ крови Общий анализ мочи 	1/7дней 1/7дней	1. Обследование на хламидийную инфекцию (см. реактивные артриты)	1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид	10-14 дней	1.Снижение активности заболевания 2. Повыше-
патия (М 46.9)	3. Трехстакан- ная/двухстаканная проба мочи.	1	2. Эхо-КГ 3. ФГДС	200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь		ние функци- ональной ак- тивности
	4. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.	1/7дней	4. УЗИ органов брюшной полости5. Консультация врача-уролога/гинеколога;6. Консультация врача-дерматолога	2. ГК для системного применения(при высокой активности, системных проявлениях): 2.1. Метилпреднизолон по 250-500-1000 мг в/в в течение 3 дней (по показаниям) с приемом ГК внутрь : преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь на период госпитализациис последующим продолжением на амбулаторном этапе (см леч в амбул условиях)		3.Повышени е качества жизни
	5. Определение антигена гисто- совместимости HLA-B27 ^{1,2} (после	1		2.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно; периартикулярно в область эн-		

1	2	3	4	5	6	7
	консультации вра-			тезисов)		
	ча-ревматолога			3. Патогенетические лекарственные		
	однократно при			средства		
	верификации диа-			3.1. Противовоспалительные средства,		
	гноза)			действующие на кишечник (аминоса-		
				лициловая кислота): сульфасалазин 1,5-		
	6. Исследование	1		3 г/сут внутрь		
	сыворотки крови			или		
	на маркеры вирус-			3.2.Антиметаболиты: метотрексат 10-		
	ного гепатита			15 мг/нед. внутрь или п/к или в/мыш		
	(HBsAg; HBc-core;			(при неэффективности или неперено-		
	a/HCV –однократ-			симости сульфасалазина).		
	но перед назначе-					
	нием цитостатиче-			4. При наличии факторов риска ЖК		
	ских иммуноде-			осложнений:		
	прессантов).			4.1.Ингибиторы протонной помпы:		
				омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол		
	7.Рентгенография	1		20-40 мг/сут или лансопразол 30-60		
	илео-сакрального			мг/сут или пантопразол 20-40		
	сочленения, пора-			мг/сутили эзомепразол 20-40 мг/сут		
	женных отделов			внутрь и др.		
	позвоночника; су-			или		
	ставов.			4.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецеп-		
				торов (по показаниям) ранитидин		
	8.МРТ илео-	1		0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каж-		
	сакрального со-			дые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фа-		
	членения и пора-			мотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
	женных отделов					
	позвоночника (до			5. ЛФК		
	рентгенологи-					
	ческая стадия, по-			6. Массаж мышц спины № 7-10 (по по-		

1	2	3	4	5	6	7
	сле консультации врачаревматолога) 1,2 9. Рентгенография	1		казаниям) 7. ФТЛ (по показаниям):электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов.		
	органов грудной полости.	1				
	10. ЭКГ	1/7 дней				
Ревмато- идный артрит	1. Общий анализ крови	1/7 дней	1. Биохимическое исследование крови: определение	 Патогенетические лекарственные средства: Антиметаболиты: метотрексат 7,5- 	12-14	1.Снижение активности заболевания
серопози- тивный (М05-	Общий анализ мочи	1/7 дней	содержания: холестерина и его фракций $, \coprod \Phi^{1,2}$,	25 мг/нед. внутрь, п/к; в/мыш или 1.2. Противовоспалительные средства, действующие на кишечник (аминоса-		2. Повышение функци-
05.9) Другие	3. Биохимическое исследование крови: определение	1/7 дней	креатинина, ферритина ^{1,2} в сыворотке крови	лициловая кислота): сульфасалазин 1,5-3 г/сут внутрь (неэффективности/ непереносимости метотрексата) или		ональной активности
ревмато- идные артриты (M06- 06.9)	концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.		2. Иммунологическое исследование крови: определение уровня АНА ^{1,2} антител к двухспиральной ДНК ^{1,2}	1.3.Селективные иммунодепрессанты: лефлуномид 20 мг/сут внутрь (при неэффективности/непереносимости метотрексата, сульфасалазина по решению консилиума) 1.4.Противопротозойные лекарственные средства (аминохинолиновые		3.Повышени е качества жизни
	4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*; АЦЦП (после	1	3. Определение концентрации маркеров костного ремоделирования	лекарственные средства): гидроксихлорохин 200 мг/сут внутрь (в случае неэффективности/ непереносимости: метотрексата, сульфасалазина, лефлюномида при условии низкой ак-		

1	2	3	4	5	6	7
	консультации вра-		(β-КроссЛапс;	тивности заболевания)		
	ча-ревматолога	1	остекальцина в	2.Селективные иммунодепрессивные		
	однократно при		сыворотке крови ^{1,2}	лекарственные средства (при неэффек-		
	верификации диа-			тивности/непереносимости метотрекса-		
	гноза) ^{1,2}		4. Трехстакан-	та, сульфасалазина, лефлюномида или		
			ная/двухстаканная	комбинации этих препаратов у паци-		
	5. Исследование	1	проба мочи.	ентов с высокой активности патологи-		
	сыворотки крови			ческого процесса по решению конси-		
	на наличие марке-		5. Определение	лиума)		
	ров вирусного ге-		фрагментов ДНК	2.1. Моноклональные химерные антите-		
	патита(HBsAg;		Chl/. trachomatis B	ла к ΦΗΟ-ά инфликсимаб 3-5 мг/кг		
	HBc-core; a/HCV –		синовиальной	массы тела по схеме: 0 недель, 2; 6; 8		
	однократ-но перед		жидкости ^{1,2.}	недели, далее 1 раз в 8 недель (назна-		
	назначением цито-			чаются в сочетании с метотрексатом		
	статических им-		6.УЗИ органов	12,5-25 мг/неделю внутрь, п/кожно или		
	мунодепрессан-		брюшной полости	в/мышечно)		
	тов).			или		
			7. Эхо-КГ.	2.2.Моноклональные антитела к анти-		
				гену CDB20клеток:ритуксимаб (при		
	6. Исследование	1	8. ФГДС	наличии противопоказаний к назначе-		
	синовиальной		10	нию ингибиторов ФНО-ά, а также не-		
	жидкости (опреде-		9. ДРА ^{1,2}	эффективности/непереносимости ин-		
	ление $P\Phi^{1,2}$, физи-		4.0	фликсимаба и других препаратов пато-		
	ко-химических		10. Рентгеногра-	генетической терапии) 500-1000 мг в/в		
	свойств, микро-		фия шейного от-	капельно 1 раз в 2 недели с последую-		
	скопия).		дела позвоночника	щим введением через 6 месяцев (назна-		
	7 D		(при подозрении	чаются в сочетании с метотрексатом		
	7. Рентгенография	1	на подвывих ат-	12,5-25 мг/неделю внутрь, п/кожно или		
	суставов кистей,		ланто-окципиталь-	в/мышечно)		
	стоп;		ного сочленения).	или		
	других поражен-			2.3. Тоцилизумаб (при неэффективно-		

1	2	3	4	5	6	7
	ных суставов 8. Рентгенография органов грудной полости. 9. ЭКГ	1 исходно и при выписке	 11. МРТ шейного отдела позвоночника^{1,2} 12. Консультация врача травматолога-ортопеда 13. Проба Манту 	сти/непереносимости метотрексата, сульфасалазина, лефлюномида или комбинации этих препаратов у пациентов с высокой активности патологического процесса) 8 мг/кг массы тела в/в 1 раз в месяц 3. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут. внутрь(при приеме метотрексата вне дней его приема). 4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь 5. При наличии факторов риска ЖК осложнений 5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др. или 5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин		

1 2 3 4 5 6 7

0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь

- 6. ГК для системного применения (назначаются совместно с препаратами патогенетической терапии):
- 6.1. Пульс терапия: 250-1000 мг солумедрола в/в капельно № 3 (при высокой активности патологического процесса, наличии системных проявлений, особых синдромах-Фелти, Стилла) с последующим назначением ГК внутрь:
- 6.2. Преднизолон 5-10 мг/сут (метилпреднизолон 4-8 мг/сут) внутрь на период до развития эффекта от применения препаратов базисной терапии до трех месяцев, включая амбулаторный этап (см амбулаторный этап)
- 6.3. Преднизолон 10-40 мг/сут (метилпреднизолон -8-32 мг/сут) внутрь при системных проявлениях, особых синдромах (синдром Стилла; Фелти) в течение периода стационарного лечения с последующим продолжением терапии на амбулаторном этапе (см амбулаторный этап)
- 6.4. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставнопо показаниям).

1	2	3	4	5	6	7
				7. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез; гемосорбция (при прогностически неблагоприятном течении заболевания)		
				8. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
				9. ЛФК		
				10. Массаж(по показаниям) №10		
				11. ФТЛ: электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10.		
Недиф- ференци- рованный	1. Общий анализ крови	1/7 дней	1. Биохимическое исследование крови: определение	1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-	10-12 дней	1.Снижение активности заболевания
артрит (М13.0; М13.9)	2. Общий анализ мочи	1/7 дней	концентрации креатинина.	2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		2. Повышение функци-
,	3. Биохимическое исследование крови: определение	1/7 дней	2. Трехстакан- ная/двухстаканная проба мочи.	400 мг/сут внутрь или этодолак 20-40 мг/сут внутрь		ональной активности
	концентрации билирубина, мочевой кислоты, глюкозы, общего белка, холестерина, АСЛ-		3. Определение фрагментов ДНК	2.При наличии факторов риска ЖК осложнений 2.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразоль или эзомепра-		3.Повышени е качества жизни

1	2	3	4	5	6	7
	О*, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. 4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*, АЦЦП ^{1,2} , АНА ^{1,2} , антител к ДНК ^{1,2} 5. Исследование синовиальной жидкости (при верификации диагноза): с определением физикохимических свойств, РФ*, мочевой кислоты ^{1,2}		4. УЗИ органов брюшной полости 5. Эхо-КГ. 6. ФГДС 7. Рентгенография крестцовоподвздшных сочленений, пораженных отделов позвоночника. 8. МРТ крестцовоподвздошных сочленений ^{1,2}	зол 20-40 мг/сут внутрь и др или 2.2 Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др 3. ГК: бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно по показаниям) 4. ЛФК 5. ФТЛ: электро-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 (по показаниям).		
	6. Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; а/HCV – однократ-но перед назначением цитостатических имму-	1				

1	2	3	4	5	6	7
1		3	4	3	0	1
	нодепрессантов). 7. Рентгенография пораженных суставов.	1				
	8. Рентгенография органов грудной полости.	1				
	9. ЭКГ	1/7 дней				
Подагра (M10- M10.9)	1. Общий анализ крови	1/7 дней	1. Биохимическое исследование крови: определение	Купирование подагрического приступа 1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут	10-14 дней	1.Купирова ние обострения
1110.5)	Общий анализ мочи	1/7 дней	концентрации креатинина	внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15		2. Снижение риска по-
	3. Биохимическое исследование крови: определение	1/7 дней	2. Трехстаканная проба мочи.	мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-		вторных приступов
	концентрации билирубина, моче-		3. Анализ мочи по Нечипоренко	1200 мг/сут внутрь и/или		3. Повышение качение
	вины, мочевой кислоты, глюкозы,		4. Определение	2. ГК для системного применения (при неэффективности, непереносимости		ства жизни пациентов
	холестерина, калия, натрия, СРБ*;		суточной экскреции мочевой кис-	НПВС, полисуставном харакере поражения):		
	активности AcAT, АлАТ.		лоты.	2.1. В/в капельно солу-медрол 250-500 мг/сут № 3 (в случае полисуставной		
	A Dougnossonoder	1	5. Эхо-КГ	подаг-		
	4. Рентгенография пораженных су-	1	6. CMAT ^{1,2}	ры;неэффективности/непереносимости НПВС) с последующим переходом на		

1	2	3	4	5	6	7
1	2 ставов. 5. Рентгенография органов грудной полости. 6. УЗИ органов брюшной полости 7. ЭКГ	3 1 1/7 дней	7. СМЭКГ ^{1,2} 8. ФГДС 9. Исследование фильтрационной функции почекопределение клиренса по эндогенному креатинину. 1,2 10. Консультация врача-эндокринолога.	преднизолон 15-30 мг/сут (метилпреднизолон 12-24 мг/кг/сут) внутрь (в первый день с последующим снижением дозы на 5 мг/сут (4 мг/сут) каждый последующий день до полной отмены или 2.2.Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно) при моно-олигоартикурярном поражении 3. При наличии факторов риска ЖК осложнений: 3.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол	6	7
			11. Консультация врача-хирурга.12. Консультация врача-нефролога	20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут и др или 3.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др 4. Аллопуринол - 100-300 мг/сут (после купирования приступа.Начальная доза-100 мг/сут с последующим повышением на 50-100 мг/неделю до достижения целевого уровня мочевой		

1	2	3	4	5	6	7
				кислоты- 0,36 ммоль/л на амбулаторном этапе) 5. ФТЛ: импульсные токи, лазеротерапия, лекарственный электрофорез курсами № 7-10 сеансов.		
Пиро- фосфат- ная арт- ропатия (М11.1- 11.2)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, мочевой кислоты, глюкозы, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. 4. Исследование синовиальной жидкости на наличие кристаллов пирофосфата кальция (при верификации диагноза) ^{1,2}	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1	 Трехстаканная проба мочи ФГДС УЗИ пораженных суставов^{1,2} Артроскопия^{1,2} Консультация врача-эндокринолога. Консультация врача-хирурга. Консультация врача-хирурга. Консультация врача-невролога 	1. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут или 2. ГК для системного применения(с целью купирования приступа при псевдоподагрическом варианте течения, олиго-полисуставном характере поражения); 2.1. Преднизолон 15-30 мгсут (метилпреднизолон 12-24 мг/сут) внутрь в первый день с последующим снижением дозы на 5 мг/сут (4 мг/сут) каждый последующий день до полной отмены или 2.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или	10-12 дней	1.Купирова ние обострения 2. Повышение качества жизни

) -		
1	2	3	4	5	6	7
	5. Рентгенография пораженных суставов.	1/7 пиай		триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно или периартикулярно) в случае моно-, олигоартикулярном вариантах, поражении периартикулярных структир		
	6. ЭКГ	1/7 дней		 4. Противопротозойные лекарственные средства (аминохинохинолиновые лекарственные средства): гидроксихлорохин 200 мг/сут внутрь (при ревматоидоподобном варианте течения) 5. При наличии факторов риска ЖК осложнений: 5.1.Ингибиторы протонной помпьюмепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др или 5.2H2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др 6. ФТЛ (по показаниям): импульсные токи, лазеротера пия, лекарственный электрофорез курсами № 7-10 сеансов. 		

1	2	3	4	5	6	7
				7. ЛФК		
Полиартроз (М15) Коксартроз (М16) Гонартроз (М17)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, холестерина, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. 4. Исследование синовиальной жидкости (при	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1	 УЗИ суставов ФГДС МРТ пораженных суставов ^{1,2} Консультация врача травматолога-ортопеда 	1.Симптоматические лекарственные средства быстрого действия: НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь или кеторолак 30-60 мг/сут внутрь или в/мыш 2. Опиоидный анальгетик — трамадол50-200 мг/сут. 3.При наличии факторов риска ЖК осложнений: 3.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60	10-14 дней	1.Купирова ние болевого синдрома. 2. Улучшение функциональной активности. 3.Повышен ие качества жизни.
	наличии синовита)5. Рентгенография пораженных суставов	1		мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др или 3.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов ранитидин		

			<u></u>			
1	2	3	4	5	6	7
	6. Рентгенография	1		0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каж-		
	органов грудной			дые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фа-		
	полости.			мотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
	7. ЭКГ	1/7 дней		4. Симптоматические лекарственные		
				средства медленного действия (I-		
				Истадии гонартроза и коксартроза):		
				4.1.Хондроитина сульфат 1000-1500		
				мг/сут внутрь или в/мышечно		
				200 мг через день с продолжением		
				курса терапии на амбулаторном этапе		
				(до 25 инъекций)		
				или		
				4.2. Глюкозамина сульфат 1500 мг/сут		
				внутрь или по 2 мл в/мыш через день с		
				продолжением терапии на амбулатор-		
				ном этапе (см амб этап)		
				5. Симтоматическая терапия:		
				5.1 ГК для внутрисуставного введения		
				(однократно в сустав при наличии си-		
				новита и отсутствия эффекта от		
				НПВС): бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг)		
				или триамциналон 40-80 мг или ме-		
				тилпреднизолон 40-80 мг		
				5.2. Миорелаксанты: толперизон по 150		
				мг 3 раза в день внутрь или		
				в/мышечно		
				5.3. Антиагреганты: пентоксифиллин		
				(600-800 мг/сут) внутрь или 200-400		
				мг/сут в/в капельно на физиологиче-		

1	2	3	4	5	6	7
				ском растворе.		
				6.ФТЛ (электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия) № 7-10 сеансов. 7. ЛФК		
				8. Массаж прилегающих групп мышц.		
				9. Коррекция ортопедических нарушений		
Неспецифический аортоартериит (M31.4)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, калия, натрия, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней	исследование крови: определение концентрации холестерина и его фракций; 2. Иммунологическое исследование: определение концентрации РФ*, содержания антифосфолипидных антител: ВА ^{1,2} ; аКЛ ^{1,2} IgG	1. ГК для системного применения: 1.1. Преднизолон внутрь из расчета 0,5- 1 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут) или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут (не более 48 мг/сут) с последующим продолжением на амбулаторном этапе 1.2. Метилпреднизолон по 250-500-1000 мг в/в в течение 3 дней (по показаниям) 2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства: 2.1. Антиметаболиты: метотрексат 17,5 мг/нед внутрь, п/к или в/мили 2.2. Иммунодепрессанты (при непереносимости метотрексата)— азатиоприн	14-16 дней	1.Достижен иеремисси- иили низкой активности. 2.Увеличен ие продол- жительно- сти жизни. 3.Замедлени е темпов прогресси- рования за- болевания.
	4. Исследование сыворотки крови	1	•	2-3 мг/кг/сут внутрь.		

1	2	3	4	5	6	7
	на наличие маркеров вирусного ге-		3. CMAT ^{1,2}	3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут внутрь		
	патитаHBsAg; HBc-core; a/HCV – однократ-но перед		4. ФГДС	4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут		
	назначением цито-		5. Радиоизотопная ренография (да-	внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15		
	мунодепрессан- тов).		лее-РРГ).	мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		
	5. Ультразвуковая ангиодопплеро-	1	6. УЗИ органов брюшной полости	400 мг/сут внутрь или этодолак 600- 1200 мг/сутвнутрь		
	графия брахио- цефальных сосу- дов, брюшного от- дела аорты ^{1,2.}		7. КТ ангиография ^{1,2}	5.При наличии факторов риска ЖК осложнений: 5.1.Ингибиторы протонной: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40		
	6. Эхо-КГ	1		мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др		
	7. Магнитно- резонансная ан- гиографияс кон- трастным усиле- нием (по показа- ниям) ¹	1		или 5.2Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
	8. Рентгенография органов грудной полости	1		6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут (при приеме метотрексата вне дней его приема)		
	9. ЭКГ	1/7 дней		7. Антигипертензивные лекарственные		

1	2	3	4	5	6	7
	10. Консультация врача- ангиохирурга (по показаниям) ^{1,2.} 10. Консультация врача- офтальмолога	1		средства (осуществляется в соответствии с клиническими протоколами по диагностике и лечению пациентов с артериальной гипертензией) 8. Статины: аторвастатин 10-20 мг/сут и дрдлительно. 9. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
Узелко- вый по- лиарте- риит (М30.0)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, альбумина, СРБ*, калия, натрия; активно-	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней	ское исследование крови: определение содержания антифосфолипидных антител: ВА ^{1,2} ; аКЛ ^{1,2} IgG или IgM- изотипов; антител к β2-ГП I ^{1,2} IgG и/или IgM изотипов; АНФ ^{1,2} 2. Иммунологическое исследование	1. ГК для системного применения: 1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям) 1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5- 1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,4- 0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с 2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства: 2.1.Алкилирующие агенты (вводят в условиях стационара по схеме): циклофосфамид 600-1000 мг (15 мг/кг) внутривенно капельно однократно с последующим повторением через 2 и 4 недели при повторных госпитализаци-	14-18 дней	1.Достижен иеремисси- иили низкой активности. 2.Увеличен ие продол- жительно- сти жизни. 3.Замедлени е темпов прогресси- рования за- болевания.
	сти АсАТ, АлАТ.4. Исследование сыворотки крови	1	крови: определение концентрации АНЦА ^{1,2.}	ях1 раз в 2 недели № 3; затем – 1 раз в 3 недели до достижения ремиссии(коррекция дозы при нарушении функции почек) с последующим		

1	2	3	4	5	6	7
	на наличие марке-		3. Исследование	назначением		
	ров вирусного ге-		фильтрационной	2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн		
	патита (HBsAg;		1.0	50-150 мг/сут внутрь или		
	HBc-core; a/HCV –		*	2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-		
	однократ-но перед		•	17,5 мг/нед. внутрь (при неэффектив-		
	назначением цито-		ному креатинину	ности/непереносимости азатиоприна);		
	статических им-			п/кожно или в/мышечно		
	мунодепрессан-		4. PPΓ			
	тов).			3. Моноклональные антитела к антигену		
			5. ФГДС	CDB20 клеток ритуксимаб 375		
	5.Кожно-	1		мг/м ² в/вено капельно при рефрактер-		
	мышечная биоп-		6. УЗИ органов	ном течении васкулита (по решению		
	сия с гистологиче-		брюшной полости	консилиума) 1 раз в 1-2 недели с по-		
	ским исследовани-			следующим повторением при необхо-		
	ем биоптата (од-		7. Исследование	димости через 6 месяцев.		
	нократно при ве-		функции внешнего	4 HHDC 1 200		
	рификации диа-		дыхания.	4.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут		
	гноза) ^{1,2}		0 I/T	внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут		
	7.7	1	8.КТ легких высо-	внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-		
	7.Электромиограф	1	кого разрешения ^{1,2}	2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15		
	ия (при верифика-		0. A a do 1.2	мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид		
	ции диагноза, ча-		9.Ангиография,1,2	200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		
	ще- по показани- ям) ^{1,2}		10. Гионома помок	400 мг/сут внутрь или этодолак 600-		
	(MK		10. Биопсия почек, легких с гистоло-	1200 мг/сутвнутрь		
	8. Эхо-КГ	1		5. При наличии факторов риска ЖК		
	o. Jau-Ki	1	гическим исследованием биоптата ^{1,2}	осложнений:		
	9. Рентгенография	1	Dannem Unulliala	5.1.Ингибиторы протонной помпы:		
	органов грудной	1		омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол		
	полости.			20-40 мг/сут или лансопразол 30-60		
	HOJIOCIN.			мг/сут или пантопразол 20-40		
				mi, e j i min namonpason 20-40		

1	2	3	4	5	6	7
	10. ЭКГ	1/7 дней		мг/сутили эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др		
	11. Консультация врача-невролога.	1		или		
	spu iu nesposioru.			5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
				6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут вне дней приема метотрексата		
				7.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
				8. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез		
Грануле- матоз Ве- генера	1. Общий анализ крови	1/7 дней	1. Анализ мочи по Нечипоренко	1. ГК для системного применения: 1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям)	14-18 дней	1.Достижен иеремисси- иили низкой
(M31.3)	2. Общий анализ мочи	1/7 дней	2. Исследование фильтрационной	1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,4-		активности.
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, об-	1/7 дней	функции почек – определение клиренса по эндогенному креатинину 3. Исследование	 0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с 2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства: 2.1.Алкилирующие агенты (вводят в условиях стационара по схеме): цик- 		2. Увеличен ие продол- жительно- сти жизни. 3. Замедлени е темпов

1	2	3	4	5	6	7
	щего белка, аль-		дыхания	лофосфамид 600-1000 мг(15 мг/кг		прогресси-
	бумина, СРБ*, ка-)внутривенно капельно однократно с		рования за-
	лия, натрия; ак-		4. Эхо-КГ	последующим повторением через 2 и 4		болевания.
	тивности АсАТ,			недели при повторных госпитализаци-		
	АлАТ.		5.УЗИ органов	ях 1 раз в 2 недели № 3; затем – 1 раз в 3		
			брюшной полости	недели до достижения ремис-		
	4. Иммунологиче-	1		сии(коррекция дозы при нарушении		
	ское исследование		6. Рентгеновская	функции почек) с последующим		
	крови: определе-		компьюторная то-	назначением		
	ние концентрации		мография лег-	2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн		
	АНЦА ^{1,2}	1	кихвысокого раз-	50-150 мг/сут внутрь или		
	<i>5</i> H	1	решения ^{1,2} ;	2.3. Антиметаболиты: метотрексат 15-		
	5. Исследование		7 I/T principal	17,5 мг/нед. внутрь (при неэффектив-		
	сыворотки крови		7. КТ высокого	ности/непереносимости азатиоприна); п/кожно или в/мышечно		
	на наличие марке-		разрешения придаточных пазух	п/кожно или в/мышечно		
	ров вирусного ге- патита (HBsAg;		даточных пазух носа ^{1,2.}	3. Моноклональные антитела к антигену		
	HBc-core; a/HCV –		поса	СВВ20 клеток ритуксимаб 375		
	однократ-но перед		8. РРГ	мг/м²в/вено капельно при рефрактер-		
	назначением цито-		0.111	ном течении васкулита (по решению		
	статических им-		9. Бронхоскопия	консилиума) 1 раз в 1-2 недели с по-		
	мунодепрессан-		F	следующим повторением при необхо-		
	тов).		10. ФГДС	димости через 6 месяцев.		
	6 Daymeayarnachya	1	11 Уоноуд тогуул	4 UII DC: quartinghauar 200 per/ave		
	6. Рентгенография придаточных па-	1	11. Консультация врача-фтизиатра	4.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут		
	зух носа.		Б рача-фінзиатра	внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-		
	Syn Hoca.		12. Консультация	2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15		
	7.Рентгенография	1	врача-нефролога	мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид		
	органов грудной	1	вра та-пефролога	200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		
	полости.			400 мг/сут внутрь или этодолак600-		
	1103100111.			100 MI/Oy1 Dily1pD MiM 910A0MAR000-		

1	2	3	4	5	6	7
				1200 мг/сутвнутрь		
	8.Биопсия слизистой верхних / нижних дыхательных путей илипочек с гистологичесим исследованием биоптата (при верификации	1		5. При наличии факторов риска ЖК осложнений: 5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и		
	диагноза) ^{1,2}			др или		
	10. ЭКГ	1/7 дней		5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин		
	11. Консультация врача- оториноларинго- лога	1		0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
				6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут вне дней приема метотрексата		
				7. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
				8. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез		
Синдром Чарджа- Стросс	1. Общий анализ крови	1	1. Биохимическое исследование крови: определение	1. ГК для системного применения: 1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям)	14-18 дней	1.Достижен иеремисси- иили низкой
(M30.1)	2. Общий анализ мочи	1	концентрации креатинина	1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5- 1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,4-		активности.

1	2	3	4	5	6	7
	3. Биохимическое	1	2.Бронхоскопия.	0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с		2.Увеличен ие продол-
	исследование крови: определение концентрации мо-		3. Трансбронхиальная биопсия с	2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства:		жительно-
	чевины, глюкозы, общего белка,		гистологическим исследованием	2.1.Алкилирующие агенты (вводят в условиях стационара по схеме): цик-		3.Замедлени е темпов
	СРБ*, калия, натрия; активности AcAT, AлAT		биоптата ^{1,2} . 4. ФГДС	лофосфамид 600-1000 мг (15 мг/кг) внутривенно капельно однократно с последующим повторением через 2 и 4 недели при повторных госпитализаци-		прогрессирования заболевания.
	4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации АНЦА ^{1,2}	1	5. Рентгеновская компьюторная томография легких высокого разрешения ^{1,2} .	ях 1 раз в 2 недели № 3; затем — 1 раз в 3 недели до достижения ремиссии(коррекция дозы при нарушении функции почек) с последующим назначением 2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн		
	5. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита(HBsAg; HBc-core; а/HCV – однократ-но перед	1	6. Магнитно- резонансная ан- гиография с кон- трастным усиле- нием ¹ . 7.УЗИ органов	50-150 мг/сут внутрь или 2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь (при неэффективности/непереносимости азатиоприна); п/кожно или в/мышечно		
	назначением цито-статических им-мунодепрессантов).	1	брюшной полости 8.Эхо-КГ 9. Консультация врача-невролога	3.Моноклональные антитела к антигену CDB20 клеток ритуксимаб 375 мг/м²в/вено капельно при рефрактерном течении васкулита (по решению консилиума) 1 раз в 1-2 недели с последующим повторением при необхо-		
	6.Исследование	1	врача-невролога	димости через 6 месяцев.		

1	2	3	4	5	6	7
	2 функции внешнего дыхания ^{1,2} 7. Рентгенография органов грудной полости. 8. ЭКГ	1 1/7 дней	10. ФГДС 11. Консультация врача-фтизиатра 12. Консультация врача-нефролога	4.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сутвнутрь 5. При наличии факторов риска ЖК осложнений: 5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др или 5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др 6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут вне дней приема метотрексата	6	7
				7.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		

1	2	3	4	5	6	7
				8. Экстракорпоральные методы деток-		
				сикации: плазмаферез		
3.6	1 07 "	4 /=	4 77	1. 574	4440	4 77
Микро-	1. Общий анализ	1/7 дней		1. ГК для системного применения:	14-18 дней	1.Достижен
скопиче-	крови		функции внешнего	1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг		иеремисси-
ский по-	2 06,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	1/7 max	дыхания	в/в в течение 3-5 дней (по показаниям)		иили низкой
лиангиит (M30.60)	2. Общий анализ мочи	1/7 дней	2. Бронхоскопия.	1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,4-		активности.
(10150.00)	МОЧИ		2. Бронлоскопия.	0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии		2.Увеличен
	3. Анализ мочи по	1	3. Бронхоальвео-	на амбулаторном этапе в сочетании с		ие продол-
	Нечипоренко	•	лярный лаваж.	in analysia repriese state b es retaining		жительно-
	· · · · · ·		· r	2. Противоопухолевые и иммуномоду-		сти жизни.
	4. Определение	1	4. Определение	лирующие средства:		
	суточной протеи-		клубочковой	2.1.Алкилирующие агенты (вводят в		3.Замедлени
	нурии.		фильтрации по	условиях стационара по схеме): цик-		е темпов
			клиренсу эндоген-	лофосфамид 600-1000 мг (15 мг/кг)		прогресси-
	5. Биохимическое	1/7 дней	ного креатинина.	внутривенно капельно однократно с		рования за-
	исследование кро-		. m	последующим повторением через 2 и 4		болевания.
	ви: определение		5. Трансбронхи-	недели при повторных госпитализаци-		
	концентрации мо-		альная биопсия	ях 1 раз в 2 недели № 3; затем — 1 раз в 3		
	чевины, креатинина глюкозы, обще-		легких ^{1,2.}	недели до достижения ремиссии(коррекция дозы при нарушении		
	го белка, альбуми-		6. ФГДС	функции почек) с последующим		
	на, СРБ*; калия,		0. Ф1 ДС	назначением		
	натрия; активно-		7.Эхо-КГ	2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн		
	сти АсАТ, АлАТ.		-	50-150 мг/сут внутрь		
	,		8. Рентгеновская	или		
	6. Иммунологиче-	1	компьюторная то-	2.3.Антиметаболиты: метотрексат 15-		
	ское исследование		мография легких	17,5 мг/нед. внутрь (при неэффектив-		

1	2	3	4	5	6	7
	крови: определе-		высокого разре-	ности/непереносимости азатиоприна);		
	ние концентрации		шения ^{1,2.}	п/кожно или в/мышечно		
	АНЦА ^{1,2}			2.4. Микофеноловая кислота 2 г/сут		
			9. Магнитно-	внутрь (при неэффективно-		
			резонансная ан-	сти/непереносимости метотрексата и		
	7. Исследование	1	гиография с кон-	азатиоприна)		
	сыворотки крови		трастным усиле-	3. Моноклональные антитела к антигену		
	на маркеры вирус-		нием ^{1.}	CDB20 клеток ритуксимаб 375		
	НОГО		–	мг/м ² в/вено капельно при рефрактер-		
	гепатита(HBsAg;			ном течении васкулита (по решению		
	HBc-core; a/HCV –		с гистологическим	консилиума) 1 раз в 1-2 недели с по-		
	однократ-но перед		исследованием	следующим повторением при необхо-		
	назначением цито-		биоптата ^{1,2}	димости через 6 месяцев.		
	статических им-		11 10	4 HHDC 1 200 /		
	мунодепрессан-		11. Консультация	4.НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут		
	тов).		врача-	внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут		
		1	офтальмолога	внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-		
	0 V2M opposion	1	12 Variating Tang	2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15		
	9. УЗИ органов брюшной полости.		12. Консультация	мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		
	орюшной полости.	1	врача-невролога.	400 мг/сут внутрь или этодолак 600-		
	10. Рентгеногра-	1		1200 мг/сутвнутрь		
	фия органов груд-			1200 MI/Cylbnylpb		
	ной полости.			5. При наличии факторов риска ЖК		
	non nonocin.	1/7 дней		осложнений:		
	11. ЭКГ	т диси		5.1.Ингибиторы протонной помпы:		
	11. 010			омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол		
				20-40 мг/сут или лансопразол 30-60		
				мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут		
				или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрьи		
				1 2 1		
				др		

1	2	3	4	5	6	7
				или 5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др 6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут вне дней приема метотрексата 7.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
				8. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез		
Гиганто- клеточ- ный арте- риит	 Общий анализ крови Общий анализ 	1/7 дней 1/7 дней	1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации кре-	1. ГК для системного применения: 1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3 дней с последующим назначением	14-16 дней	1.Достижен иеремисси- иили низкой активности.
(M31.5)	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ,	1/7 дней	 атинина 2. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*. 3. Ангиографическое исследование 	1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,4-0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с 2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства: 2.1. Антиметаболиты: метотрексат 15-17,5 мг/нед. внутрь, п/кожно, в/мыш или		2. Увеличен ие продолжительности жизни. 3. Замедлени е темпов прогрессирования за-

1	2	3	4	5	6	7
	АлАТ 4. Исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; а/HCV —однократно перед назначением цитостатических иммунодепрессантов).	1	височной артерии 1,2. 4. Консультация врача-невролога. 5. Консультация врача-ангиохирурга 1,2	2.2.Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг/сут внутрь (при неэффективности/непереносимомти метотрексата) 3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота -75 мг/сут, пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь или 200-400 мг/сут в/вено 4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-		болевания.
	5.Ультразвуковая ангиодопплерографиямагистральныхартерий шеи, конечностей, аорты ^{1,2}	1		2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сутвнутрь 5. При наличии факторов риска ЖК осложнений:		
	6. Рентгенография органов грудной клетки.	1		5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и		
	7.Биопсия ви сочной артерии с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2.}	1		др или 5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фа-		

1	2	3	4	5	6	7
	8. ЭКГ	1/7 дней		мотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
	9. Консультация врача- офтальмолога.	1		6. Фолиевая кислота 1-3 мг/сут (при приеме метотрексата вне дней его приема)		
				7. Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза		
Ревмати-ческая	1. Общий анализ крови	1/7 дней	1. Ультразвуковая ангиодопплеро- графия маги-	1. Преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут (метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут) в 2-3 приема до достижения ремиссии с по-	10-14 дней	1.Достижен ие ремиссии или сниже-
полими- алгия (M35.3)	2. Общий анализ мочи	1/7 дней	трафия маги- стральных артерий шеи, конечностей, аорты.	следующим постепенным снижением и отменой на амбулаторном этапе		ние актив- ности забо- левания.
	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.	1/7 дней	2. УЗИ щитовидной железы. 3. ФГДС 4. Ректороманоскопия.	2. ЛФК		левания.
	4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*, АЦЦП (после консультации вра-	1	6.Электромиограф ия^{1,2.}7. Консультация врача-невролога			

2	3	4	5	6	7
ча - ревматолога однократно при верификации диа- гноза) ^{1,2}					
5. УЗИ органов брюшной полости	1				
6. Рентгенография шейного отдела позвоночника.	1				
7. Рентгенография органов грудной полости.	1				
8. ЭКГ	1/7 дней				
1. Общий анализ крови	1/7 дней	1.Биохимическое исследование крови: определение	1. Санация очагов хронической инфекции.	12-14 дней	1.Выздоров ление
2. Общий анализ мочи	1/7 дней	концентрации креатинина	2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-		2.Достижен ие ремиссиии-
3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы,	1/7 дней	 Анализ мочи по Нечипоренко. Определение суточной протеинурии. 	2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сутвнутрь		ли низкой активности.
_	ча - ревматолога однократно при верификации диа-гноза) ^{1,2} 5. УЗИ органов брюшной полости 6. Рентгенография шейного отдела позвоночника. 7. Рентгенография органов грудной полости. 8. ЭКГ 1. Общий анализ крови 2. Общий анализ крови 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, моче-	ча - ревматолога однократно при верификации диагноза) ^{1,2} 5. УЗИ органов брюшной полости 6. Рентгенография пейного отдела позвоночника. 7. Рентгенография органов грудной полости. 8. ЭКГ 1/7 дней 1/7 дней крови 2. Общий анализ 1/7 дней крови 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы,	ча - ревматолога однократно при верификации диагноза) ^{1,2} 5. УЗИ органов 1 брюшной полости 6. Рентгенография 1 шейного отдела позвоночника. 7. Рентгенография 1 органов грудной полости. 8. ЭКГ 1/7 дней 1. Общий анализ 1/7 дней 1.Биохимическое крови исследование крови: определение концентрации креатинина 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, определение суточной протеинурии.	ча - ревматолога однократно при верификации диа-гноза) ^{1,2} 5. УЗИ органов брюшной полости 6. Ренттенография шейного отдела позвоночника. 7. Ренттенография органов грудной полости. 8. ЭКГ 1/7 дней 1. Общий анализ крови исследование крови: определение концентрации креатинина исследование крови: определение концентрации билорости. 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билоробина, мочевины, глюкозы, от протемыны, глюкозы, от протемынурии.	ча - ревматолога однократно при верификации диагноза) ^{1,2} 5. УЗИ органов брюшной полости 6. Рентгенография шейного отдела позвоночника. 7. Рентгенография органов грудной полости. 8. ЭКГ 1/7 дней 1. Биохимическое исследование крови: определение концентрации креатинина внутрь или ибупрофен 1200- 2. Общий анализ 1/7 дней концентрации креатинина внутрь или ибупрофен 1200- 3. Биохимическое 1/7 дней исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, пликозы,

1	2	3	4	5	6	7
	лия, натрия, СРБ*;		4. Исследование	3.1. Пульс-терапия: метилпреднизолон		
	активности АсАТ,		фильтрационной	250-500-1000 мг в/в капельно с после-		
	АлАТ, амилазы.		функции почек –	дующим назначением		
	4 11	1	определение кли-	22 11		
	4. Иммунологиче-	1	ренса по эндоген-	3.2.Преднизолон (метилпреднизолон)		
	ское исследование		ному креатинину	0,5-1,0 (0,4-0,8) мг/кг/сут внутрь с последующим продолжением на амбула-		
	крови: определение кон-		5. РРГ	торном этапе		
	центрации имму-		J. 111	торном этапс		
	ноглобулинов		6. Колоноскопия	4. Цитостатические иммунодепрессан-		
	классов А, М, G ¹			ты:		
	(однократно при		7.Биопсия почек;	4.1.Алкилирующие агенты: циклофос-		
	верификации диа-		кожи;	фамид 600-1000 мг(10-15 мг/кг/сут) в/в		
	гноза)		слизистой оболоч-	капельно 1 раз в месяц до достижения		
			ки ЖКТ	ремиссии или		
	5. Исследование	1	с гистологическим	4.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-		
	сыворотки крови		исследованием биоптата ^{1.2.}	3 мг/кг/сут внутрь		
	на маркеры вирусного гепатита		Опоптата	5. Антиагреганты: пентоксифиллин		
	(HBsAg; HBc-core;			600-800 мг/сут внутрь или 200-400		
	a/HCV – одно-			мг/сут в/венно		
	кратно перед					
	назначением цито-			6. При наличии факторов риска ЖК		
	статических им-			осложнений:		
	мунодепрессан-			6.1.Ингибиторы протонной помпы:		
	тов)			омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол		
	6 Ф ГЛС	1		20-40 мг/сут или лансопразол 30-60		
	6.ФГДС	1		мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и		
	7. УЗИ органов	1		др		
	брюшной полости.	1		или		
	-т					

1	2	3	4	5	6	7
	8. Рентгенография органов грудной полости. 9.ЭКГ	1		6.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
Эссенци- альный криогло- були- немиче- ский вас- кулит (М36.8)	1.Общий анализ крови. 2.Общий анализ мочи 3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, холестери-	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней	1.Иммунологическ ое исследование крови: определение содержания криоглобулинов ¹ 2. Биохимическое исследование крови: определение концентрации фракций холестерина. 3 Анализ мочи по Нечипоренко.	7 ЛФК 1. ГК для системного применения: 1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям) 1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,4-0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с 2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства: 2.1. Алкилирующие агенты (вводят в условиях стационара по схеме): циклофосфамид 600-1000 мг(15 мг/кг) внутривенно капельно однократно с	14-16 дней	1.Достижен иеремисси- иили низкой активности. 2.Замедлени е темпов прогресси- рования за- болевания.
	на, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. 4.Исследование сыворотки крови на наличие маркеров вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; a/HCV –	1	4.Определение суточной протеинурии. 5.Исследование фильтрационной функции почек с определением	последующим повторением через 2 и 4 недели при повторных госпитализациях 1 раз в 2 недели № 3; затем — 1 раз в 3 недели до достижения ремиссии(коррекция дозы при нарушении функции почек) с последующим назначением 3.Моноклональные антитела к антигену		

1	2	2	1	5	6	7
1	2	3	4	5 CDD20	6	7
	однократ-но перед		клиренса по эндо-	СDВ20 клеток ритуксимаб 375		
	назначением цито-		генному креати-	мг/м ² в/вено при рефрактерном течении		
	статических им-		нину	васкулита (по решению консилиума) 1		
	мунодепрессан-		(C12	раз в 1-2 недели с последующим по-		
	тов).		6.Сиалография ^{1,2} .	вторением при необходимости через 6 месяцев		
	5.Иммунологическ	1	7.УЗИ околоуш-			
	ое исследование		ных слюнных же-	4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут		
	крови: определе-		лез ^{1,2} .	внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут		
	ние концентрации		0.4570	внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-		
	$P\Phi^*$.		8.ФГДС	2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15		
	6 Daymrayannahara	1	0 VOIA	мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		
	6.Рентгенография	1	9.УЗИ органов	400 мг/сут внутрь или этодолак 600-		
	органов грудной полости.		брюшной полости.	1200 мг/сутвнутрь		
	полости.		10.Эхо-КГ	1200 MI/Cylbily Ipb		
	7.ЭКГ	1/7 дней	10.9AU-IXI			
	7.510	т / дпси		5. При наличии факторов риска ЖК		
				осложнений:		
				5.1.Ингибиторы протонной помпы:		
				омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол		
				20-40 мг/сут или лансопразол 30-60		
				мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут		
				или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и		
				др		
				или		
				5.2Н2 блокаторы гистаминовых рецеп-		
				торов: ранитидин		
				0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каж-		
				дые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фа-		
				мотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		

1	2	3	4	5	6	7
Облитерирующий тромбангиит (болезнь Винивартера-Бюргера) (М36.8; 173.1)	1.Общий анализ крови. 2.Общий анализ мочи. 3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, холестерина, его фракций; СРБ*; активности АсАТ, АлАТ 4. Рентгенография органов грудной полости.	3 1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1	1.Биопсия сосудов верхних и/или нижних конечно-	6.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза 7. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез . 1. ГК для системного применения: 1.1.Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в (по показаниям) в течение 3-5 дней 1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с 2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие средства: 2.1.Алкилирующие агенты: циклофосфамид 600-1000 в/в (15 мг/кг) ежемесячно в течение 3-6 месяцев (до достижения ремиссии). 3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота -75 мг/сут,пентоксифиллин 400-800 мг/сут внутрь, или 200-400 мг/сут в/венно 5. При наличии факторов риска ЖК осложнений:	6 14-16 дней	1.Достижен иеремисси- иили низкой активности. 2.Замедлени е темпов прогресси- рования за- болевания.
	5.Ультразвуковая ангиодопплеро- графия сосудов	1		5.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60		

1	2	3	4	5	6	7
	верхних и нижних конечностей 1,2			мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др		
	6.ЭКГ	1/7 дней		или 5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецеп-		
	7.Консультация врача-ангиохирурга ^{1,2} .	1		торов (по показаниям) ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
	8. Консультация врача-невролога.	1		6. Статины: аторвастатин 10-20 мг/сут; внугрь и др		
Болезнь Бехчета (M35.2)	1.Общий анализ крови	1/7 дней	1.Биохимическое исследование крови: определение	1. ГК для системного применения: 1.1.Преднизолон внутрь из расчета 1 -2 мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,8-1,0	14-16 дней	1.Достижен иеремисси- иили низкой
	2.Общий анализ мочи	1/7 дней	концентрации кре- атинина	мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с 1.2. Бетаметазон 1-2 мл (5-10 мг) или		активности.
	3.Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности AcAT, AлAT.	1/7 дней	2.Определение содержания антифосфолипидных антител: $BA^{1,2}$; аКЛ ^{1,2} IgG или IgM- изотипов; ат к β 2- $\Gamma\Pi^{1,2}$ I IgG и/или IgM изотипов.	триамциналон 40-80 мг или метилпреднизолон 40-80 мг (внутрисуставно или в/мыш) 2.Цитостатические иммунодепрессанты: 2.1. Иммунодепрессанты: азатиоприн внутрь 2,5 мг/кг /сут внутрь 2.2.Алкилирующие агенты: циклофос-		е темпов прогрессирования за- болевания.
	4.Иммунологическ ое исследование крови: определе-	1	3.Ангиография ² .	фамид 2 мг/кг/сут внутрь с последующим переходом на поддерживающую дозу – 1 мг/кг/сут или преднизолон (1-2		

		_	I .		_	T 1
1	2	3	4	5	6	7
	ние концентрации		4.МРТ, КТ голов-	мг/кг/сут) в течение 2 лет.		
	$P\Phi^*$		ного мозга;легких.	3.Противовоспалительные средства,		
				действующие на кишечник (аминоса-		
	5.ФГДС.	1	5. Колоноскопия.	лициловая кислота): сульфасалазин 2		
				г/сут (при поражении ЖКТ).		
	6.УЗИ органов	1	6.Консультация			
	брюшной полости.		врача-	4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут		
			ангиохирурга ^{1,2}	внутрь, диклофенак 100-150 мг/сут		
	737	1	7 1/	внутрь или в/м., или ибупрофен 1200-		
	7.Ультразвуковая	1	7. Консультация	2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15		
	ангиодопплеро- графия сосудов ^{1,2} .		врача- офтальмолога	мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб		
	графия сосудов .		офтальмолога	400 мг/сут внутрь или этодолак 600-		
	8. Рентгенография	1	8. Консультация	1200 мг/сут внутрь		
	органов грудной	•	врача-акушера-	1200 Mi/ey i Bily ipb		
	полости.		гинеколога	5. Селективные иммунодепрессанты:		
				моноклональные антитела к ΦНО-ά –		
	9.ЭКГ	1/7 дней	9. Консультация	инфликсимаб 5 мг/кг массы тела на 0;		
			врача- эндокри-	2-й; 6-й неделе, далее 1 раз в 8 недель		
			нолога	(при тяжелом рефрактерном течении		
				васкулита, по решению консилиума)		
			10. Консультация			
			врача-невролога	6. При наличии факторов риска ЖК		
				осложнений:		
				6.1.Ингибиторы протонной пом-пьомепразол 20-40 мг/сут или рабепра-		
				зол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60		
				мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут		
				или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и		
				др		
				или		

1	2	3	4	5	6	7
				6.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов (по показаниям) ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
Системная красная волчанка (М32-32.9)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. 4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации РФ*; АНА ^{1,2} , антител к двухспиральной ДНК ^{1,2} и С4 ^{1.}	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1	ское исследование крови: Sm антигену ¹ ; рибонуклеопротеину ¹ ; гистонам ¹ ; к Ro/SS-A и La/SS-B антигенам ¹ ; определение активности компонентов комплемента С3 и С4 ¹ . 2.Биохимическое исследование крови: определение концентрации холестерина, его фракций, креатинина 3. Исследование фильтрационной функции почек —	1. ГК для системного применения: 1.1. Метилпреднизолон по 500-1000 мг в/в в течение 3-5 дней (по показаниям) 1.2. Преднизолон внутрь из расчета 0,25-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон0,2-0,8 мг/кг/сут с продолжением терапии на амбулаторном этапе в сочетании с 2. Противоопухолевые и иммуномодулирующие лекарственные средства: 2.1. Алкилирующие лекарственные средства: 2.1. Алкилирующие лекарственные средства: циклофосфамид 600-1000 мг/сут (15 мг/кг/сут) внутривенно капельно 1 раз в месяц (коррекция дозы при нарушении функции почек) 6 месяцев, затем каждые 3 месяца в течение 2 лет (вводится в условиях стационара при поражении ЦНС; при пролиферативном вариантелюпус-нефрита; тромбоцитопении,системном васкулите, легочных геморрагиях). 2.2. Иммунодепрессанты: азатиоприн 2-3 мг/кг в сут. внутрь (в качестве	14-16 дней	1.Достижен ие ремиссии илинизкой активности заболевания 2.Замедлени е темпов прогрессирования заболевания. 3. Повышение качества жизни пациентов.

1	2	3	4	5	6	7
			ренса по эндоген-	поддерживающей терапии индуциро-		
	5. Исследование	1	ному креатинину.	ванной циклофосфамидом ремиссии		
	сыворотки крови			волчаночного нефрита, аутоиммунной		
	на маркеры вирус-		4. Анализ мочи по	гемолитической анемии, тромбоцито-		
	ного гепатита		Нечипоренко.	пеии, поражениях кожи) или		
	(HBsAg; HBc-core;			2.3.Антиметаболиты: метотрексат 12,5-		
	а/HCV –однократ-		5. Определение	17,5 мг/нед. при поражениях суставов)		
	но перед назначе-		суточной протеи-	внутрь или в/мыш; п/к		
	нием цитостатиче-		нурии.	2 H		
	ских иммуноде-		6 AUTO	3. Противопротозойные лекарственные		
	прессантов).		6. ФГДС	средства (аминохинолиновые лекар-		
		1/	7 D	ственные средства): гидроксихлорохин		
	6.Исследование	1/далее с	7. Рентгеновская	0,2-1 г/сут. (при поражениях кожи,с		
	показателей гемо-	учетом	компьюторная то-	уставов) внутрь		
	стаза: определение	режима	мография легких	4 Caramyry 1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
	времени свертывания крови по	гепари-	высокого разре- шения ^{1,2.}	4.Селективные иммунодепрессанты: микофеноловая кислота 2-3 г/сут		
	вания крови по Ли-Уайту;	нотера- пии	шсния	внутрь (при неэффективно-		
	определение акти-	ПИИ	8. МРТ головного	сти/непереносимости циклофосфамида		
	вированного ча-		мозга ^{1,2.}	при лечении люпус-нефрита)		
	стично тромбо-		MOSIU	при не тенни знопус пефрита)		
	пластинового вре-		9. ЭЭΓ ^{1,2.}	5. Моноклональные антитела к антиге-		
	мени (далее-). J J L	ну CDB20 клеток ритуксимаб 375		
	АЧТВ).		10. Эхо-КГ.	мг/м2 в/в № 2 с интервалом в 2 недели		
	<i>)</i> -	1	· ·	(при отсутствии эффекта от		
	7.УЗИ органов		11. Рентгеногра-	проводимой терапии ГК, противоопу-		
	брюшной полости		•	холевыми и иммуномодулирующими		
	-	1	суставов.	лекарственными средствами, селектив-		
	8. Рентгенография		-	ными иммунодепрессантами с прогрес-		
	органов грудной		12. Биопсия почек	сированием люпус-нефрита по реше-		
	полости		с гистологическим	нию консилиума)		

1	2	3	4	5	6	7
	9. ЭКГ	1/7 дней	исследованием биоптата ^{1,2} 13. Консультация врача-невролога 14. Консультациия врача-нефролога.	6. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь или диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м, или ибупрофен 1200-2400 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь или в/м, или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь, или целекоксиб 400 мг/сут внутрь или этодолак 600-1200 мг/сут внутрь		
				7.При наличии факторов риска ЖК осложнений: 7.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др или 7.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
				8. Антиагреганты: дипиридамол 150 - 200 мг/сутвнутрь (длительно при люпус-нефрите), пентоксифиллин 600-800 мг/сут внутрь или 200-400 мг/сут в/в капельно		

1	2	3	4	5	6	7
				9.Лекарственные средства для лечения и профилактики остеопороза10. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез (по показаниям).		
Систем- ный скле- роз (М34- 34.9)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ.	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней	концентрации антифосфолипидных антител: ВА ^{1,2} ,; аКЛ ^{1,2} IgG или IgM- изотипов; ат к β2-ГП I ^{1,2} IgG и/или IgM изотипов (при подозрении на наличие антифосфолипидного синдрома). 2. Анализ мочи по Нечипоренко. 3. Определение	внутрь 2-3 месяца с последующим снижением дозы до 250-300 мг/сут длительно. 2. Дигидропиридиновые антагонисты кальция: нифедипин 30-60 мг/сут (или амлодипин 5-10 мг/сут). 3. Антиагреганты пентоксифиллин 300-800 мг/сут внутрь, в/венно, дипиридамол 150-300 мг/сут. 4. Ингибиторы АПФ (каптоприл 12,5-100 мг/сут, эналаприл 5-40 мг/сут) с нефропротективной целью (каптоприл	12-14 дней	1.Достижен ие ремиссии или низкой активности заболевания. 2.Замедлени е темпов прогрессирования заболевания. 3. Повышение качества жизни
	4. Иммунологическое исследование крови: определение концентрации $P\Phi^*$, $AHA^{1,2}$, антител к топоизомеразе-1 (анти-Scl-	1	суточной протеинурии. 4. Исследование фильтрационной функции определение клиренса по эндогенному креа-	-для купирования почечного криза) 5. ГК (диффузная склеродерма, альвеолит) для системного применения: 5.1. Преднизолон 0,25 -0,5мг/кг/сут (метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут) внутрь с последующим снижением до-		пациентов.

	1	1		-		
1	2	3	4	5	6	7
	70) ¹ ; антицентро-		тинину	зы через 2-4 недели на2,5- 5 мг/сут (2-4		
	мерных антител 1 ,			мг/сут) до поддерживающей дозы (см		
	антител к рибону-		5.Исследование	амбулаторный этап)		
	клеопротеину 1 .		функции внешнего	5.2. Пульс-терапия ГК(при развитии		
			дыхания.	альвеолита : метилпреднизолон 500-		
	5. Исследование			1000 мг в/в № 3 три дня подряд).		
	сыворотки крови	1	6.УЗИ ОБП			
	на маркеры вирус-			6. Противоопухолевые и иммуномоду-		
	ного гепатита		7.КТ легких высо-	лирующие лекарственные средства:		
	(HBsAg; HBc-core;		кого разрешения ^{1,2}	6.1. Алкилирующие агенты(при разви-		
	а/HCV –однократ-			тии альвеолита): циклофосфамид внут-		
	но перед назначе-		8. Эхо-КГ	ривенно -800-1000 мг /сут 1 раз в месяц		
	нием цитостатиче-			6 мес, затем 1 раз в 2-3 месяца до 2 лет		
	ских иммуноде-		9. PPΓ	6.2. Антиметаболиты: метотрексат 10-		
	прессантов).			15 мг/нед при поражении суставов,		
			10. СМЭКГ ^{1,2}	кожи внутрь, п/к или в/мыш		
	6.ФГДС	1				
			11.Бронхоскопия.	7. НПВС при суставном синдроме:		
	7. Рентгеноскопия	1	1.2	ацеклофенак 200 мг/сут внутрь; дикло-		
	органов грудной		12. Ангиография ^{2.}	фенак 75-150 мг/сутвнутрь или в/м или		
	полости с контра-			ибупрофен 600-800 мг/сут внутрь или		
	стированием пи-		13. Ирригоскопия.	мелоксикам 15мг/сут внутрь или в/м,		
	щевода (акт глота-		145	или нимесулид 200 мг/сут внутрь, или		
	ния)		14.Биопсия кожи,	целекоксиб 400 мг/сут внутрь или это-		
	Q Daymayara Ar-	1	почек ^{1,2} с гистоло-	долак 600-1200 мг/сут		
	8.Рентгенография	1	гическим исследо-	9 Hay yanyyyy darranan ayaya WW		
	пораженных су-		ванием биоптата.	8. При наличии факторов риска ЖК		
	ставов.		15 Deoperormodus	осложнений, для устранения рефлюкс-		
	9. ЭКГ	ноходио	15.Реовазография кистей и стоп ^{1,2}	эзофагита: 8.1.Ингибиторы протонной пом-		
	7. JNI	исходно	кистеи и стоп '-	8.1.Ингибиторы протонной пом-пьомепразол 20-40 мг/сут или рабепра-		
		и при		пыоменразол 20-40 мг/сут или рабенра-		

1	2	3	4	5	6	7
	,	выписке	16. Капилляроско- пия ^{1,2}	зол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др или 8.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин0,15-0,3/сут внутрь		
				или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др 9. Прокинетики (для купирования дис-		
				фагии): метоклопрамид 30-40 мг/сут 10. Экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез (по показаниям).		
				11. ФТЛ (по показаниям): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7-10 сеансов		

1	2	3	4	5	6	7
Дермато-	1. Общий анализ	1/7 дней	1. ФГДС	1. ГК для системного применения:	12-14 дней	1.Достижен
полимио-	крови			1.1.Преднизолон (метилпреднизолон)		ие ремиссии
зит (М33)			2. УЗИ органов	0,5-1,0 мг/кг/сут (медрол 0,4-0,8		ИЛИ
	2. Общий анализ	1/7 дней	брюшной полости.	мг/кг/сут) в сутки в три приема.		низкой ак-
	МОЧИ			1.2. Пульс-терапия: метилпреднизолон		тивности
	2 F	4 /5	3. УЗИ предста-	500-1000 мг/сут № 3-5 дней по показа-		заболевания
	3. Биохимическое	1/7 дней	тельной железы.	МRИН		2.Замедлени
	исследование кро-		4 1/011	2 11		е темпов
	ви: определение		4. УЗИ щитовид-	2. Противоопухолевые и иммуномоду-		прогресси-
	концентрации би-		ной железы.	лирующие лекарственные средства		рования за- болевания
	лирубина, моче- вины, глюкозы,		5. Эxo-КГ	2.1.Антиметаболиты: метотрексат 7,5- 25 мг/нед. внутрь, п/к или в/мыш		Оолевания
	общего белка,		J. JAU-KI	или		3. Повыше-
	СРБ*; активности		6. Рентгеновская	2.2. Иммунодепрессанты: азатоприн 2-3		ние каче-
	KK ^{1,2} ; MB-KK ^{1,2}		компьюторная то-	мг/кг/сут внутрь (при неэффективно-		ства жизни
	АсАТ, АлАТ		мография легких	сти, непереносимости метотрексата)		пациентов
	,		высокого разре-	, 1		,
			шения ^{1,2.}	3. Противопротозойные лекарственные		
	4. Иммунологиче-	1		средства: гидроксихлорохин 0,2-0,4		
	ское исследование		7. МРТ мышечной	г/сут внутрь при поражениях кожи.		
	крови: определе-		ткани ^{2.}			
	ние концентрации			4. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут		
	$AHA^{1,2}$; антител к		8. Капилляроско-	внутрь; диклофенак 100-150 мг/сут или		
	гистидил-т-РНК-		пия ^{1,2}	в/м, мелоксикам 15 мг/сут внутрь или		
	синтетазе (Jo-1) ¹ .		0 V	в/м, целекоксиб 400 мг/сут внутрь или		
	<i>5</i> H	1	9. Холтеровское	нимесулид 200-400 мг/сут внутрь или		
	5. Исследование	1	мониторирование $ЭК\Gamma^{1,2.}$	этодолак 600-1200 мг/сут внутрь		
	сыворотки крови на маркеры вирус-		JM	5.При наличии факторов риска ЖК		
	на маркеры вирус-		10. Колоноскопия	осложнений:		
	(HBsAg; HBc-core;		TO. ROHOUROHINA	5.1.Ингибиторы протонной помпы:		
	(1105/16, 1100-0010,			2.1.1111 HONTOPE TIPOTOTITION HOMITEI.		

1	2	3	4	5	6	7
	а/HCV -однократ-		11. Исследование	омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол		
	но перед назначе-		функции внешнего	20-40 мг/сут или лансопразол 30-60		
	нием цитостатиче-		дыхания	мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут		
	ских иммуноде-			или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и		
	прессантов).		12. Определение	др		
			простатспецифи-	или		
	6.Электромиограф	1	ческого антигена	5.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецеп-		
	ия ^{1,2.}			торов: ранитидин		
			13. Консультация	0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каж-		
	7. Рентгеноскопия	1	врача-	дые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фа-		
	органов грудной полости		дерматолога.	мотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
				6. Экстракорпоральные методы: плаз-		
	8.Биопсия кожно-	1		маферез (при резистентности к меди-		
	мышечного лоску-			каментозной терапии)		
	та с гистологиче-			1 /		
	ским исследовани-			7. Лекарственные средства для лечения		
	ем биоптата ^{1,2}			и профилактики остеопороза		
	9. ЭКГ	1/7 дней		8. Фолиевая кислота: 1-3 мг/сут вне		
). OIL	1, , Alleli		дней приема метотрексата (при его		
	10. Консультация	1		применении)		
	врача-невролога.	-				
	11. Консультация	1				
	врача-					
	отоневролога					

1	2	3	4	5	6	7
Сухой	1. Общий анализ	1/7 дней		1. ГК для системного применения:	12-14 дней	1.Достижен
синдром	крови		исследование кро-	1.1.Преднизолон 0,25-1 мг/кг/сут или		ие ремиссии
[Шегре-			ви: определение	ме-тилпреднизолон 0,2-0,8 мг/кг/сут. с		ИЛИ
на] (М35)	2. Общий анализ	1/7 дней	концентрации кре-	последующим продолжением терапии		низкой ак-
	МРОМ		атинина ^{1,2,3} , бел-	на амбулаторном этапе (см амбулатор-		тивности
			ковых фракций 1,2	ный этап).		заболевания
	3. Биохимическое	1/7 дней		1.2. Пульс-терапия: метилпреднизолон		• •
	исследование кро-		2.Иммунологическ	250-1000 мг в/в капельно три дня под-		2.Замедлени
	ви: определение		ое исследование:	ряд (по показаниям).		е темпов
	концентрации мо-		определение уров-	2 11		прогресси-
	чевины, глюкозы,		ня АЦЦП ^{1,2} , крио-	2. Цитостатические иммуносупрессан-		рования за-
	общего белка;		глобулинов ¹ в сы-	ты:		болевания
	СРБ*, калия,		воротке крови	2.1.Алкилирующие: хлорамбуцил 2-8 мг/сут внутрь или		3. Повыше-
	натрия, кальция; активности АсАТ,		2 Опродолжно до	2.2.Циклофосфамид 200-1000 мг в/в		
	активности $ACAT$, $AлAT$; $ШФ^{1,2}$,		* '	капельно (по показаниям)		ние каче-
	амилазы 1,2 .		фосфолипидных	канельно (по показаниям)		пациентов
	awiniash .		антител в сыво-	3. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут		пацисптов
	4. Иммунологиче-	1	ротке крови: ВА ^{1,2}	внутрь; диклофенак 100-150 мг/сут		
	ское исследование	-		внутрь или в/м, мелоксикам 15 мг/сут		
	крови: определе-			в/м или внутрь, нимесулид 200-400		
	ние концентрации		_	мг/сут внутрь или этодолак 600-1200		
	AHA 1,2,;		и/или Ig M- изоти-			
	$P\Phi^*$;антител к рас-		ПОВ	• • •		
	творимым ядер-			4. При наличии факторов риска ЖК		
	ным антигенам -		4. Анализ мочи по	осложнений:		
	Ro/SS-A ¹ ; La/SS-		Нечипоренко.	4.1.Ингибиторы протонной помпы:		
	B^1			омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол		
		1	5. Анализ мочи по	20-40 мг/сут или лансопразол 30-60		
	5. Исследование		Зимницкому.	мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут		
	сыворотки крови			или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь		

1	2	3	4	5	6	7
	на маркеры вирус-		6. Исследование	или		
	ного гепатита		мочи на наличие	4.2. Н2 блокаторы гистаминовых ре-		
	(HBsAg; HBc-core;		белки Бенс-	цепторов: ранитидин		
	а/HCV –однократ-		Джонса ^{1,2}	0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каж-		
	но перед назначе-			дые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фа-		
	нием цитостатиче-		7.Исследование	мотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь		
	ских иммуноде-		фильтрационной			
	прессантов).		функции почек -по			
			клиренсу эндген-	5. Дигидропиридиновые антагонисты		
	(D	1	ного креатинина	кальция: нифедипин 30-60 мг/сут (или		
	6.Рентгенография		0 11	амлодипин 5-10 мг/сут) внутрыпри		
	органов грудной		8. Исследование	наличии синдрома Рейно		
	полости	1	функции внешнего	A1		
	7. ЭКГ	1	дыхания.	6. Антиагреганты: пентоксифиллин		
	7. JKI	1	9. Рентгенография	400-800 мг/сут внутрь или 200-400 мг в/в, дипиридамол 150-300 мг/сут внутрь		
	8. Консультация	1	пораженных су-	в/в, дипиридамол 130-300 мг/сут внутрь		
	врача-		ставов.	7. Экстракорпоральные методы деток-		
	офтальмолога с		Ставов.	сикации: плазмаферез (при высокой		
	проведением оф-		10.УЗИ органов	иммунологической активности)		
	тальмологическо-		брюшной полости.			
	го обследования:	1		8. Лекарственные средства для лечения		
	8.1.исследование		11. УЗИ щитовид-	и профилактики остеопороза		
	уровня базальной		ной железы.			
	и стимулирован-			9. Наблюдение и лечение у стоматолога		
	ной слезной сек-		12. УЗИ околоуш-	и офтальмолога		
	реции с примене-		ных слюнных же-			
	нием теста Шир-		лез	10. ФТЛ (по показаниям):		
	мера;	1		электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-		
	8.2.окраска эпите-		13. ФГДС	, лазеротерапия курсами № 7-10 сеан-		
	лия конъюктивы и		14. Эхо-КГ	COB.		

1	2	3	4	5	6	7
	роговицы бенгальским розовым и флюоресцеином ¹	1	15. Сцинтиграфия слюнных желез ^{1,2.}	11.ЛФК		
	9. Консультация врача-стоматолога с проведением стоматологическо-	-	16.KT легких высокого разрешения $1,2.$			
	го обследования: 9.1.сиалография околоушных слюнных желез ^{1,2}	1	17. ДРА ^{1,2.} 18. РРГ			
	или 9.2. УЗИ около- ушных слюнных желез ^{1. 2} (по пока- заниям);	1	19.Биопсии малых слюнных желез с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2} .			
	10. ЭКГ	1/7 дней	20. Биопсия околоушных слюнных желез;почек;кожи с гистологическим исследованием биоптата ^{1,2.}			
			21. Консультациия врача-онколога			
			22. Консультация врача-акушера-гинеколога			

1	2	3	4	5	6	7
			23. Консультация врача- эндокринолога			
			24. Консультация врача-акушера-гинеколога			
			25. Консультация врача-онколога			
			28. Консультация врача-гематолога			
Анти- фосфоли- пидный	1. Выполнение обследований, необходимых для диа-	1	1.Исследование показателей гемо- стаза:определение	1. Коррекция активности основного заболевания	12-14 дней	1.Снижение активности основного
синдром, ассоции-	гностики основно- го заболевания		уровня	2. Санация очагов хронической инфекции		заболевания
рованный с систем- ными за-	(СКВ, ССД; ДМ/ПМ, СШ)		2.Эхо-КГ	3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут внутрь.		2.Снижение риска по- вторных
болевани- ями со- едини- тельной	2. Общий анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов.	1/5-7 дней	3.Суточное мониторирование $ЭК\Gamma^{1,2}$.	4. Противопротозойные лекарственные средства: гидроксихлорохил 0,2-0,4 г/сут		тромбозов
ткани (СКВ; ССД; ЛМ/ПМ	3. Реакция Вас- сермана. 4 Исследование	1/далее в	4.MPT головного мозга ^{1,2} . 5 КТ органов	5. Прямые антикоагулянты: 5.1.Нефракционированный гепарин 20-30 000ЕЛ/сут п/к 4 раза в день (доза		
синдром, ассоции- рованный с систем- ными за- болевани- ями со- едини- тельной ткани (СКВ;	гностики основного заболевания (СКВ, ССД; ДМ/ПМ, СШ) 2. Общий анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов. 3. Реакция Вас-	1/5-7 дней 1 1/далее в	уровня Д- димеров ¹ ; 2.Эхо-КГ 3.Суточное мони- торирование ЭКГ ^{1,2} . 4.МРТ головного	 дии 3. Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут внутрь. 4. Противопротозойные лекарственные средства: гидроксихлорохил 0,2-0,4 г/сут 5. Прямые антикоагулянты: 		забо 2.Сн риск втор

1	2	3	4	5	6	7
СШ)	показателей гемо-	зависи-	брюшной поло-	препарата должна обеспечивать тера-		
	стаза: определение	мости от	сти ^{1,2} .	певтический уровень гипокоагуляции		
	АЧТВ, ПТВ с рас-	характе-		путем подбора -до увеличения АЧТВ в		
	четом МНО;	ра анти-	6.Ангиография ^{1,2} .	2-2,5 раза по сравнению с контролем)		
	концентрации	коагу-		или		
	фибриногена.	ЛЯНТОВ	7.Биопсия почек,	5.2. Низкомолекулярные гепарины:		
	<i>z</i> • • •	1 /	легких, сосудов с	дальтепарин натрия 200 МЕ/кг/сут 2		
	5. Определение	1/далее	гистологическим	раза с интервалом 12 часов, или надро-		
	содержания анти-	через 12	исследованием	парин кальция в дозе 86МЕ/кг (0,1		
	фосфолипидных антител: $BA^{1,2}$;	недель	биоптата 1,2 .	мл/10кг) через 12 часов подкожно, или		
	антител: $BA^{1,2}$; $aKJ^{1,2}$ IgG или		8.Консультация	эноксапарин натрия в разовой дозе 1 мг/кг, вводимой 2 раза в сутки через 12		
	IgM- изотипов; ат		врача-гематолога	часов.		
	κ β 2- $\Gamma\Pi$ $I^{1,2}$ IgG		врача-тематолога	nacob.		
	и/или IgM изоти-		9. Консультация	6.Непрямые антикоагулянты: варфарин		
	пов.		врача-невролога	с титрование дозпод контролем МНО		
			1 1	(от 2 до 3- венозные тромбозы; более 3-		
	6. Ультразвуковое 1	1/чаще	10. Консультация	артериальные и рецидивирующие		
	допплеровское	по по-	врача-	тромбозы).		
	сканирование со-		офтальмолога			
	$судов^{1,2}$.	казани-		7. При наличии факторов риска ЖК		
		ЯM	11. Консультация	осложнений:		
	7. Рентгенография	1	врача-хирурга	7.1.Ингибиторы протонной помпы:		
	органов грудной		10.10	омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол		
	полости.		12. Консультация	20-40 мг/сут или лансопразол 30-60		
	0 DI/F	1/7 дней	врача-нефролога	мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут		
	8. ЭКГ 1// дней	12 Кономи тонна	или эзомепразол 20-40 мг/скт внутрь и			
	9. Консультация	1	13. Консультация врача-	др или		
	врача-	_	врача- ангиохирурга ^{1,2}	7.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецеп-		
	врача- оториноларинго-		14. Консультация	1		
	o ropinionapinii o-		тт. попсультация	Topob. pullithemio, 15-0,5/cyl brigips		

1	2	3	4	5	6	7
	лога 10. Консультация врача-стоматолога	1	врача-хирурга 15. Консультация врача гинеколо- га/уролога	или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др При развитии тромбоза лечение осуществляется в стационаре соответствующего профиля с учетом локализации тромбоза (хирургии, кардиологии, неврологии, офтальмологии и др.) при тесном взаимодействии с ревматологом.		
Рецидивирующий панникулит Вебера- Крисчена (М35.6)	1. Общий анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, общего белка, калия, натрия, холестерина, СРБ*; активности АсАТ, АлАТ. 4. УЗИ органов	1/7 дней 1/7 дней 1/7 дней 1	1. ФГДС	1.ГК для системного применения: преднизолон 0,25-0,5 мг/кг/сут внутрь (метилпреднизолон 0,2-0,4 мг/кг/сут) в течение периода госпитализации с последующим продолжением на амбулаторном этапе — см амбулаторный этап 2. НПВС: ацеклофенак 200 мг/сут внутрь; диклофенак 100-150 мг/сут внутрь или в/м или нимесулид 200-400 мг/сут внутрь при выраженном болевом синдроме. 3. При наличии факторов риска ЖК осложнений: 3.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут	12-14 дней	 Снижение активности процесса. Замедление темпов прогрессирования заболевания.

1	2	3	4	5	6	7
	брюшной полости5. Рентгенография	1		или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др или		
	органов грудной полости.			3.2.Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каж-		
	6. Биопсия подкожного узла с гистологическим исследованием биоптата.	1		дые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		
	7. ЭКГ	1/7 дней				
Глюко- кортико- идный	1. Общий анализ крови	1	1. Исследование содержания гор- монов щитовид-	1. Опиоидные анальгетики (при купировании болевого синдрома на фоне остеопоротических переломов: трама-	Длительно	1.Снижение интенсив- ности боле-
остеопо- роз (M81.4,	2. Общий анализ мочи	1	ной железы в сыворотке крови ^{1,2} : трийодтиронина	дол 50-200 мг/сут 2. Лекарственные средства для лечения		вого синдрома.
M80.4)	3. Биохимическое исследование крови: определение концентрации кальция, ионизированного кальция, альбумина, активности ЩФ ^{1,2}	1	(Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ) 2. Исследование содержания тестостерона ^{1,2} , фоллкулстимулирующего ^{1,2} ,	и профилактики остеопороза 2.1. Бисфосфонаты: алендроновая кислота 5-10 мг/сут или 70 мг/нед; ибандроновая кислота 150 мг/мес. внутрь или 3мг в 3 мл в/венно 1 раз в 3 месяца; золендроновая кислота 5 мг внутривенно 1 раз в год 2.3. Кальцитонин 200 МЕ/сут интраназально, п/кожно или в/мыш (при вы-		2. Снижение риска переломов.
	4. Рентгенография грудного и пояс-	1	лютреинизирую- щего гормонов 1,2 ,	раженном болевом синдроме, связанном с компрессионными переломами		

1	2	3	4	5	6	7
	ничного отделапозвоночника впрямой и боковой		эстрадиола ^{1,2} 3. Исследование	позвонков на фоне системного остеопороза)		
	проекциях		, ,	2.4. Стронция ранелат 2 г/сут (при развитии постменопаузального остеопо-		
	5. ДРА ^{1,2}	1		роза) внутрь		
	6. ЭКГ	1/7 дней		2.5.Комбинированные препараты карбоната кальция (из расчета 800-1200 мг/сут) в сочетании колекальциферолом (800 МЕ/сут) внутрь (для лечения и профилактики остеопороза)		
				3.При наличии факторов риска ЖК осложнений: 3.1.Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20-40 мг/сут или рабепразол 20-40 мг/сут или лансопразол 30-60 мг/сут или пантопразол 20-40 мг/сут или эзомепразол 20-40 мг/сут внутрь и др или 3.2Н2 блокаторы гистаминовых рецепторов: ранитидин 0,15-0,3/сут внутрь или 0,05-0,1 г каждые 6-8 часов в/венно или в/мыш; фамотидин 0,02-0,04 г/сут внутрь и др		

1	2	3	4	5	6	7
Фибро-	1. Общий анализ	1/7 дней	1. Иммунологиче-	Уменьшение выраженности болевого	12-14 дней	1.Уменьшен
миалгия	крови		ское исследование	синдрома		ие выра-
(M79.0)	2 05 4	1 /5	крови: определе-			женности
	2. Общий анализ	1/7 дней	ние концентрации	1. Антидепрессанты:		болевого
	МОЧИ		$AHA^{1,2}$; антител к	1.1.Селективные ингибиторы обратного		синдрома.
	2 F	1/7	двухспиральной ДНК ^{1,2} ; антител к	захвата серотонина: флуоксетин 20 мг/сут внутрь или		2 V
	3. Биохимическое	1/7 дней	ДНК ^{3,2} ; антител к Sm антигену ¹ ; ри-	1.2.Трициклические антидепрессанты:		2.Улучшени е качества
	исследование крови: определение		бонуклеопроте-	а митриптилин 10 мг за 2 часа до сна с		жизни.
	концентрации би-		$uдy^1$; гистонам 1 ;	дальнейшим титрованием до 50 мг/сут		жизпи.
	лирубина, глюко-		антител к раство-	внутрьв зависимости от эффективности		3.Уменьшен
	зы, альбумина,		римым ядерным	и переносимости		ие выра-
	СРБ*, калия,		антигенам -Ro/SS-	1		женности
	натрия, активно-		A и La/SS-B анти-	2. Опиоидные анальгетики (централь-		депрессии.
	сти АлАТ, АсАТ.		генам ¹ ; антител к	ного действия):		
			топоизомеразе-1	2.1.Трамадол 50-250 мг/сут. внутрь или		
	4. Рентгенография	1	(анти-Scl-70) ¹ ;	в/мыш		
	органов грудной		PM-Scl ¹ ; U3 рибо-	3. Противоэпилептические средства:		
	полости.		нуклеопротеину ¹ ;	прегабалин450 мг/сут внутрь (с целью		
	5. ЭКГ	1/7 дней	антицентромерные антитела ¹ ; антиси-	снижения выраженности болевого синдрома, коррекции нарушений сна,		
	J. JKI	1// ДНСИ 1	тетазные антитела)	утомляемости).		
	6. Консультация	1	1.	y to Miline Moe tri).		
	врача-		, РФ*, АЦЦП ^{1,2}	4. ФТЛ: гидротерапия, массаж - 7-10		
	психотерапевта		,	сеансов.		
	1		2. Консультация			
			врача-психиатра	5. ЛФК		
			3. Консультация			
			врача-невролога			

Примечание:

* в условиях амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, ЦРБприменяется полуколичественное определение исследуемого параметра (СРБ и др), областном и республиканском-количественное

** — обследования (общий анализ крови, биохимическое определение крови с исследованиемактивности АЛТ, АСТ, определением концентрации билирубина, мочевины, креатинина; общий анализ мочи) выполняются 1 раз в 6-8 недель в течение 6 мес (на этапе подбора дозы препаратов базисной терапии- метотрексата, сульфасалазина, лефлюномида, пеницилламина, хлорамбуцила, азатиоприна, гидроксихлорохина), далее- 1 раз в 12 недель. -

Приложение к протоколу диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями

Индексыоценки активности заболевания, показатели ремиссии; критерии оценки прогрессирования заболевания

Для оценки активности заболевания, показателей ремиссии; критериев оценки прогрессирования заболеваниявычисляются индексы и применяются критерии, изложенные ниже

1.Ревматоидный артрит

1.1. Активность заболевания

В качестве основного метода оценки активности заболевания применяют индекс DAS28, вычисляемый по формуле

 $DAS28 = 0.56\sqrt{4BC+0.28}\sqrt{4\PiC+0.70\lnCO} + 0.014OOC3$

где ЧБС — количество болезненных суставов; ЧПС — число припухших суставов из следующих 28: плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, коленные (таблица 1); СОЭ — скорость оседания эритроцитов по методу Вестергрена, ООСЗ — общая оценка пациентом состояния здоровья в миллиметрах по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ).Вопрос, на который при этом должен ответить пациент, формулируется следующим образом: «Насколько сильно ухудшает Ваше состояние ревмато-идный артрит?».При этом пациент должет отметить на 100 мм шкале результат своей оценки.

Таблица 1

111 Суставы, оцениваемые врачом-ревматологом при подсчете индекса активности DAS 28

Суставы	Индекс 28 суставов (болезненность и припухлость)
Височно-нижнечелюстные	
Грудино-ключичные	
Акромиально-ключичные	
Плечевые	2
Локтевые	2
Лучезапястные	2
Пястно-фаланговые	10
Проксимальные межфаланговые	10
Цистальные межфаланговые	
Тазобедренные	
Коленные	2
Голеностопные	
Таранно-пяточные	
Межплюсневые	
Плюснефаланговые Шейный отдел позвоночника	
Поясничный отдел позвоночника	
Крестцово-подвздошные сочленения	

Примечание: Болезненность оценивается по 3-х бальной системе. 0-отсутствие боли; 1-пациент отмечает незначительную болезненность; 2- морщится; 3- отдергивает руку

1.2. Активность РА

низкая при DAS28 <3,2; умеренная - 3,2 <DAS28 <5,1 высокая DAS28>5,1

1.3. Ремиссия

Ремиссия может быть определена по критеям EULAR, ACR и FDA. Критерии ремиссии представлены в таблице 2.

Таблица 2

Критерии ремиссии ревматоидного артрита

Критерии	Характеристика
ACR	 Утренняя скованность < 15 минут. Нет недомогания. Нет болей в суставах. Нет болей в суставах при движении. Нет припухлости суставов. СОЭ <30 мм/ч у женщин и 20 мм/ч у мужчин. Клиническая ремиссия: 5 из 6 признаков в течение 2 месяцев и более.
EULAR	Значение индекса DAS28 <2,6
FDA	Ремиссия - клиническая ремиссия по ACR и отсутствие рент-

генологического прогрессирования (метод Ларсена или Шарпа) в течение 6 мес в отсутствии терапии БПВП.

Полная клиническая ремиссия - клиническая ремиссия по АСR и отсутствие рентгенологического прогрессирования (метод Ларсена или Шарпа) в течение 6 месяцев на фоне терапии БПВП.

Клинический эффект — достижение ответа по АСR70 в течение, по крайней мере, 6 последующих месяцев.

1.4. Оценка рентгенологического прогрессирования заболевания осуществляется по методу Шарпа в модификации vanderHeijde

Оценивают суставы кистей и дистальных отделов стоп.

- 1.4.1. Для подсчёта эрозий используют 16 суставов и костей в каждой кисти:
- проксимальные межфаланговые суставы со второго по пятый;
- пястно-фаланговые суставы с первого по пятый;
- первый запястно-пястный сустав;
- первый межфаланговый сустав;
- многоугольная (трапециевидная + трапеция), ладьевидная, полулунная, лучевая и локтевая кости.

Каждую эрозию оценивают в баллах от 0 до 5 по глубине поражения:

- 0 нет эрозий;
- 1 одна отдельная эрозия или вовлечение в деструктивный процесс менее 21% поверхности сустава;
- 2 две отдельные эрозии или вовлечение 21-40% поверхности сустава;
- 3 три отдельных эрозии или вовлечение 41—60% поверхности сустава;
- 4 четыре эрозии или эрозирование 61—80% поверхности сустава;

5 — выраженная деструкция с вовлечением более 80% поверхности сустава, полная деструкция (коллапс) эпифиза кости в каждом суставе.

Сумма баллов (исследуют обе кисти) составляет от 0 до 160.

- 1.4.2. Для подсчёта эрозий в дистальных отделах стоп используют шесть суставов каждой стопы:
 - плюснефаланговые суставы с первого по пятый;
 - межфаланговый сустав І пальца стопы.

В суставах стоп при подсчёте эрозий по рекомендациям vanderHeijde качестве максимального балла используют 10 (по 5 баллов на каждую поверхность сустава), обосновывая это высокой частотой случаев разрушения головок плюсневых костей (5 баллов) при сохранении суставных поверхностей фаланг пальцев стоп. Сумма баллов (исследуют обе стопы) составляет от 0 до 120.

При необходимости сравнения степени деструктивных изменений в кистяхи стопах рекомендуют использовать процентные шкалы, К примеру, если счёт эрозий в каком-либо суставе равен 2 баллам, то составляет 40% для сустава кисти (2/5) и 20% для сустава стопы 10.

- 1.4.3. Для оценки сужения суставных щелей используют 15 суставов каждой кисти
- проксимальные межфаланговые суставы со второго по пятый;
- пястно-фаланговые суставы с первого по пятый;
- запястно-пястные суставы с третьего по пятый;
- ладьевидно-трапециевидный сустав;
- головчато-ладьевидно-полулунный сустав;
- лучезапястный сустав.

Сужение суставных щелей оценивают следующим образом:

- 0 баллов нормальная суставная щель;
- 1 балл локальное сужение или подозрение на него;
- 2 балла диффузное сужение менее чем на 50% нормы;
- 3 балла сужение более чем на 50% или подвывих сустава;
- 4 балла костный анкилоз или полный вывих сустава.

Сумма баллов (исследуют обе кисти) составляет от 0 до 120.

- 1.4.4. Для оценки сужения суставных щелей в дистальных отделах стоп используют шесть суставов каждой стопы:
- плюснефаланговые суставы с первого по пятый;
- межфаланговый сустав І пальца стопы.

Сужение суставных щелей оценивают в баллах от 0 до 4 (как в кистях). Сумма баллов (исследуют обе стопы) составляет от 0 до 48.

Подсчёт изменений в суставах кистей имеет большее значение, чем в стопах. Максимальный общий счёт (atotalSharp'sscore) представляет собой сумму счёта эрозий и счёта сужений суставных щелей и составляет 448 баллов для одного человека.

1.5. Критерии эффективности терапиипредставлены в таблице 3

Таблица 3

Критерии эффективности терапии Европейской противоревматической лиги (DAS28)

Исходное значе-			
ние DAS28	>1,2	Уменьшение DAS28 >0,6<1,2	<0,6
			0.1.1
<3,2	Хороший эффект	Умеренный эффект	Эффект отсутствует
3,2-5,1	Умеренный эффект	То же	Тоже
>5,1	То же	Эффект отсутствует	Тоже

2.Спондилоартропатии. Аксиальный вариант спондилоартропатий (артропатии с преимущественным поражением позвоночника).

2.1. Оценка активности.

Для оценки активности анкилозирующего спондилита и аксиального варианта спондилоартропатий и применяется индексВASDAI(BathAnkylosingSpondylitisDiseaseActivityIndex).

Опросник для определения индекса BASDAI состоит из шести вопросов, на которые пациент отвечает самостоятельно. Для ответа на каждый вопрос предложена десятисантиметровая шкала BAШ (левая крайняя точка соответствует отсутствию данного признака (0), правая крайняя точка соответствует крайней степени выраженности признака (100 мм); для последнего вопроса о длительности скованности — 2 часа и более). Пациент должен ответить на каждый из приведённых ниже вопросов, выразив свой ответ чёрточкой, пересекающей 10 сантиметровую линию в выбранном им месте.

- 1. Как бы Вы расценили уровень общей слабости (утомляемости) за последнюю неделю?
- 2. Как бы Вы расценили степень боли в шее, спине или тазобедренных суставах за последнюю неделю?
- 3. Как бы Вы расценили уровень боли (или степень припухлости) в суставах (помимо шеи, спины или тазобедренных суставов) за последнюю неделю?
- 4. Как бы Вы расценили степень неприятных ощущений, возникающих при дотрагивании до каких-либо болезненных областей или давлении на них (за последнюю неделю)?
- 5. Как бы Вы расценили степень выраженности утренней скованности, возникающей после пробуждения (за последнюю неделю)?
- 6. Как долго длится утренняя скованность, возникающая после пробуждения (за последнюю неделю)? Врач вычисляет сумму первых четырёх вопросов + среднее значение пятого и шестого вопросов и делит полученную сумму на 5. Величина индекса BASDAI, превышающая 4, свидетельствует о высокой активности заболевания.

2.2. Оценка эффективности терапии

Для оценки эффективности терапии аксиального варианта спондилоартропатий применяется индекс BASDAIв динамике.

Периферический вариант спондилоартропатий (с преимущественным поражением периферических суставов). Эффективность терапии оценивается по критериям ACR (смотри ревматоидный артрит).

2.3. Критерии ремиссии представлены в таблице 4

Таблица 4

Критерии ремиссии спондилоартритов

Клинические проявления	Значения
Усталость	Отсутствует
Боль в суставах	Отсутствует
(включая воспалительную боль в спине)*	
Длительность утренней скованности, мин	<15
ЧБС	0
ЧПС (дактилит/энтезит)	0
СОЭ, мм/час	
женщины	<30
мужчины	<20

Трактовка ремиссии: обязательно должны присутствовать пять признаков из шести в течение 2 последовательных месяцев.

3. Остеоартроз

- 3.1. Оценка эффективности терапии производится по индексу WOMAC (Western Ontario and McMaster University, www.ac-curheum.com/topics/womac.htm) опросник для самостоятельной оценки пациентом выраженности боли (в покое и при ходьбе 5 вопросов), скованности (длительность и выраженность 2 вопроса) и функциональной недостаточности в повседневной деятельности (17 вопросов). Оценку проводят по ВАШ в сантиметрах от 0 (нет симптомов/ограничений) до 10 (максимальная выраженность симптомов/ограничений), затем все показатели суммируют. При оценке эффективности терапиииндекс WOMAC определяют в динамике.
- 4. Глюкокортикоидный остеопороз
- 4.1. Мониторинг эффективности терапии

У пациентов, получающих антиостеопоротическую терапию, определение МПКТ с помощью ДРА следует проводить не реже 1 раза в год.

При отсутствии снижения МПКТ более чем на 3% продолжают терапию. При снижении МПКТ более чем на 3% корректируют лечение.

- 5. Системная красная волчанка (СКВ)
- 5.1. Оценка активности заболевания(международные рекомендации по оценке активности заболевания, повреждения внутренних органов и систем оценке эффективности терапии при системной красной волчанке (OMERACT;GladmanD., IbanezD., UrowitzM.B. // J. Rheum. -2002. Vol. 29. Suppl. 2. P. 288-291)

К одной из шкал, рекомендуемых для оценки общей активности заболевания относится шкалаSLEDAI (таблица 5)

Активность системной красной волчанки по шкале SLEDAI-2K

В колонку SLEDAI-счёт вносят баллы, если данное клиническое проявление выявлено на момент осмотра или присутствовало в течение 10 предшествовавших осмотру дней.

Баллы	SLEDAI-	Проявление	Определение
8	счёт	Эпилептический приступ	Недавно возникший. Исключить метаболические, инфекционные и лекарственные причины
8		Психоз	Нарушение способности выполнять действия в нормальном режиме вследствие выраженного изменения восприятия действительности, включая галлюцинации, бессвязность, значительное снижение ассоциативных способностей, истощение мыслительной деятельности, выраженное алогичное мышление; странное, дезорганизованное или кататоническое поведение. Исключить подобные состояния, вызванные уремией или лекарственными средствами
8		Органические мозговые син- дромы	Нарушение умственной деятельности с нарушением ориентации, памяти или других интеллектуальных способностей с острым началом и нестойкими клиническими проявлениями, включая затуманенность сознания со сниженной способностью к концентрации и неспособностью сохранять внимание к окружающему, плюс как минимум два признака из следующих: • нарушение восприятия;

		 бессвязная речь; бессонница или сонливость в дневное время; снижение или повышение психо-моторной активности. Исключить метаболические, инфекционные и лекарственные взаимодействия
8	Зрительные нарушения	Изменения на сетчатке, включая клеточные тельца, кровоизлияния, серозный экссудат или геморрагии в сосудистой оболочке, или неврит зрительного нерва. Исключить случаи подобных изменений при артериальной гипертензии, инфекции и лекарственных воздействиях
8	_	Впервыевозникшаячувствительнаяили двигательная невропатия черепныхнервов
8	Головная боль	Выраженная, персистирующая головная боль, может быть мигренозной, но обязательно не отвечающая на наркотические анальгетики
8	Нарушение моз- гового кровооб- ращения	Впервые возникшее, исключая таковое вследствие атеросклероза
8	Васкулит	Язвы, гангрена, болезненные узелки на пальцах, околоногтевые инфаркты, геморрагии либо данные биопсии или ангиограммы, подтверждающие васкулит
4	Артрит	Два и более болезненных сустава с признаками воспаления (то есть отёком или выпотом и болезненных)
4	Миозит	Проксимальная мышечная боль/слабость, ассоциированная с повы-

		шенной активностью КФК/альдолазы, либо данные ЭМГ или биопсии, подтверждающие миозит
4	Циллиндрурия	Зернистыеилиэритроцитарныецилиндры
4	Гематурия	Более 5 эритроцитов в поле зрения, исключая случаи мочекаменной болезни, инфекции и другие причины
4	Протеинурия	Более 0,5 г/сут
4	Пиурия	Более 5 лейкоцитов в поле зрения, исключая инфекционные причины
2	Высыпания на коже	Высыпания воспалительного характера
2	Алопеция	Повышенное очаговое или диффузное выпадение волос
2	Язвы слизистых оболочек	Изъязвления слизистой оболочки рта и носа
2	Плеврит	Боль в грудной клетке с шумом трения плевры или выпотом, или утолщение плевры
2	Перикардит	Перикардиальная боль как минимум с одним из следующих признаков: •шум трения перикарда; •выпот; •подтверждение с помощью ЭКГ или Эхо-КГ
2	Низкое содержание компонентов комплемента	Снижение СН50, С3 или С4 менее нижней границы нормы тестирующей лаборатории
2	Повышенное ко-	Более 25% связывания по методу Фарра или превышение нормальных

	личество антител	значений тестирующей лаборатории
	к двуспираль-	
	нойДНК	
1	Лихорадка	Выше 38 "С, исключить инфекционные причины
1	Тромбоцитопе-	< 100х109/л, исключая лекарственные причины
	ния	
1	Лейкопения	<3х109/л,исключаялекарственныепричины

Примечание.

SLEDAI-2K в отличие от SLEDAI позволяет учесть персистирующую активность, связанную с наличием высыпаний, язв слизистых оболочек, алопеции и протеинурии. SLEDAI учитывает только вновь возникшие или рецидив таких признаков, как кожная сыпь, алопеция, язвы слизистых оболочек и протеинурия, SLEDAI-2K — наличие любого варианта данных признаков (вновь возникший, рецидив, персистирующая активность). ФК — креатинфосфокиназа. МГ — электромиография.

5.2. Активность нефрита оценивают с учётом характера суточной протеинурии, мочевого осадка, клубочковой фильтрации. У больных с III и IV классами волчаночного нефрита прогностическое значение 'имеет определение индексов активности и хронизации.

Подсчет индекса активности и хронизации гломерулонефрита

Подсчёт индекса активности осуществляют по 3-балльной системе выраженности пролиферации мезангиальных клеток, фиброз-полулуний, воспалительной инфильтрации, наличия гиалиновых тромбов, фибриноидного некроза и кариорексиса (таблица 6). Наличие кариорексиса и/или клеточных полулуний оценивают как выраженные изменения, и их баллы удваивают.

Таблица 6

Индекс активности гломерулонефрита в баллах (0-24 балла)

Изменения	Баллы
Пролиферация мезангиальных клеток	0-3
Инфильтрация лейкоцитами	0-3
Гиалиновые тромбы (депозиты)	0-3
Фибриноидный некроз и кариорексис	(0-3)x2
Клеточные полулуния	(0-3)x2
Интерстициальные инфильтраты	0-3

Баллы определяют в соответствии с процентом поражения тканевых структур или наличием признака (таблица 7).

Таблица 7

Подсчёт индекса активности гломерулонефрита

Баллы	Изменения
1	Минимальные изменения, или поражение менее 25% клубочков
2	Умеренные изменения, или поражение 25-50% клубочков
3	Выраженные изменения, или поражение более 50% клубочков

Определение индекса хронизации также проводят по 3-балльной системе. При этом учитывают наличие фиброзных полулуний, степень гломерулосклероза, атрофии эпителия и интерстициальной ткани (таблица 8).

Таблица 8

Индекс хронизации гломерулонефрита в баллах

(0-12 баллов)	
Изменения	Баллы
Гломерулосклероз	0-3
Фиброзные полулуния	0-3
Атрофия канальцевого эпителия	0-3
Интерстициальный фиброз и склероз	(0-3)x2

5.3. Оценка повреждения внутренних органов и систем при СКВ Для оценки повреждения внутренних органов применяется индекс повреждения SLICC/ACR*Damageindex* (GladmanD.D., UrowitzM.B., GoldsmithC. //Arthr. Rheum. - 1997. - Vol. 40.- P. 809-813) —таблица 9

Таблица 9

Индекс повреждения при системной красной волчанке SLICC/ACRDamageIndex

Признак	Счёт, баллы	
Орган зрения (каждый глаз, при клинической оценке)		
• Любая катаракта.	1	
• Изменения сетчатки или атрофия зрительного нерва	1	
Нервная система		
• Когнитивные нарушения (снижение памяти, трудности со счётом, плохая концен-	1-2	
трация, трудности в разговорной речи или письме, нарушенный уровень исполне-		

ния) или большие психозы.	1
• Судорожные припадки, требующие лечения более 6 мес.	
• Инсульты когда-либо (счёт 2, если >1) или церебральная резекция, не связанная с	1-2
новообразованием.	1
• Черепно-мозговая или периферическая невропатия (исключая зрительную).	
• Поперечный миелит	
	1
Почки	
• Клубочковая фильтрация <50 мл/мин.	1
• Протеинурия >3,5 г/сут.	1
• Конечная стадия почечного заболевания (вне зависимости от диализа или транс-	3
плантации)	
Лёгкие	
• Лёгочная гипертензия (выбухание правого желудочка или звонкий Р2).	1
• Лёгочный фиброз (физикально и рентгенологически установленный).	1
• Сморщенное лёгкое (рентгенологически).	1
• Плевральный фиброз (рентгенологически).	1
• Инфаркт лёгкого (рентгенологически)	1
Сердечно-сосудистая система	
• Стенокардия или аортокоронарное шунтирование.	1
• Инфаркт миокарда, произошедший когда-либо (счёт 2, если >1).	1-2
• Кардиомиопатия (дисфункция желудочков).	1
•Поражение клапанов (диастолический или систолический шум >3/6).	1
• Перикардит в течение 6 месяцев (или перикардэктомия)	1
Периферические сосуды	
Перемежающаяся хромота в течение 6 мес.	1
Небольшая потеря ткани (подушечка пальца).	1

•Значительная потеря ткани когда-либо (потеря пальца или конечности) (счёт 2, если	1-2
больше, чем в одном месте).	
•Венозный тромбоз с отёком, изъязвлением или венозным стазом	1
Желудочно-кишечный тракт	
Инфаркт/резекция кишечника (ниже двенадцатиперстной кишки), селезёнки, печени	1-2
или жёлчного пузыря когда-либо, по любым причинам (счёт 1, если более, чем в од-	
ном месте).	
Мезентериальная недостаточность.	1
Хронический перитонит.	1
Стриктуры или хирургические операции на верхней части ЖКТ	1
Костно-мышечная система	
Мышечная атрофия или слабость.	1
Деформирующий или эрозивный артрит (включая вправимые деформации, исключая	1
аваскулярные некрозы).	
Остеопороз с переломами или коллапсом позвонков (исключая аваскулярный	1
некроз).	1-2
Аваскулярный некроз (счёт 2, если >1).	1
Остеомиелит.	1
Разрыв сухожилий	
Кожа	
Рубцовая хроническая алопеция.	1
Обширное рубцевание или панникулит (кроме волосистой части головы и подуше-	1
чек пальцев).	
Изъязвления кожи (исключая тромбоз) в течение более 6 месяцев	1

Половая система: преждевременная недостаточность гонад	1
Эндокринная система: сахарный диабет (вне зависимости от терапии)	1
Малигнизация (исключая дисплазию) (счет 2, если более одной локализации)	1-2

6. Системный склероз

6.1. Активность системного склероза.

Для оценки активности системного склероза используют индексы (таблица 10), разработанные Европейской группой по изучению системного склероза.

Баллы суммируют, максимально возможный балл-10; при показателе активности 3 балла и более, заболевание расценивают, как активное, менее 3 баллов-как неактивное.

Оценка активности системного склероза

Таблица 10

Параметр	Балл	Характеристика
Кожный счет > 14	1	Используется модифицированный кожный счет, оцениваемый в баллах от 0 до 3 в 17 областях тела
Склеродерма	0,5	Утолщение мягких тканей, преимущественно на пальцах, за счет индурации кожи
Кожа	2	Ухудшение кожных проявлений за последний месяц, со слов пациента
Дигитальные некрозы	0,5	Активные дигитальные язвы или некрозы

Сосуды	0,5	Ухудшение сосудистых проявлений в течение последнего месяца, со слов пациента
Артриты	0,5	Симметричная припухлость суставов
Снижение ДС00	0,5	
Сердце/легкие	2	Ухудшение сердечно-легочных проявлений за последний месяц, со слов пациента
CO3 > 30	1,5	по Вестергрену
Гипокомплементемия	1	Снижение уровня C3 или C 4 компонентов комплемента

Примечание: Д C_{00} –диффузионная способность легких для оксида углерода

7. Системные васкулиты

7.1. Оценка активности васкулита, фазы и течения заболевания (в модификации)

При оценке активности васкулита принимают во внимание только признаки, обусловленные васкулитом на момент осмотра, а также появившиеся или прогрессирующие в течение последнего месяца до обследования пациента.

В зависимости от активности выделяют несколько фаз заболевания. Чтобы оптимизировать тактику ведения больных, особенно на этапе индукции ремиссии, введён термин «рефрактерное течение васкулита».

Ремиссия — отсутствие признаков активности при нормальном содержание СРБ на фоне стабильной поддерживающей терапии.

Ответ на терапию (частичная ремиссия) — уменьшение на 50% от исходного состояния клинико-лабораторных проявлений заболевания.

Низкая активность (персистирующая активность) — персистенция общих симптомов воспаления (артралгии, миалгии и др.), которые купируются незначительным повышением дозы глюкокортикоидов (не требуют эскалации терапии).

Неактивная фаза — ремиссия, при которой нет необходимости в поддерживающей терапии.

«Большое» обострение — вовлечение в воспалительный процесс жизненно важных органов или систем (лёгких, почек, ЦНС, сердечнососудистой системы). Необходимо назначение адекватной (эскалационной) терапии циклофосфамидом (как при режиме индукции ремиссии) в сочетании с увеличением дозы глюкокортикоидов до 30 мг/сут. При необходимости проводят пульс-терапию метилпреднизолоном плазмаферез или введение иммуноглобулина человека нормального для внутривенного введения.

«Малое» обострение — «возврат заболевания» (увеличение дозы глюкокортикоидов до 30 мг/сут).

Персистенция активности — наличие клинического проявления и отсутствие его усугубления в течение 28 дней с момента предыдущего осмотра больного.

Рефрактерное течение АНЦА-васкулитов:

- увеличение или отсутствие положительной динамики при остром течении васкулита после 4 недель стандартной терапии или
 - плохой ответ (<50%) на стандартную терапию в течение 6 недель лечения, или
 - хроническая персистенция активности в течение более 12 недель лечения.

8. Ревматическая полимиалгия

8.1.Оценка активности

Оценка активности заболевания, достижения ремиссии и адекватности проводимой терапии осуществляют по упрощённому индексу активности болезни (simplifieddiseaseactivityindexpolymyalgiarheumatica— SDAIPMR).

Его рассчитывают следующим образом:

SDAIPMR = ВАШ пациента (0-10 см) + ВАШ исследователя (0-10 см) + [утренняя скованность (мин) х 0,1] + элевация верхних конечностей (3-0) + СОЭ (мм/ч)х0,1.

Интенсивность болевого синдрома рассчитывают по ВАШ, её оценивают пациент и исследователь.

Продолжительность утренней скованности пациент рассчитывает в минутах и оценивает с момента пробуждения.

Уровень элевации верхних конечностей рассчитывают от 0 до 180° и подразделяют на три степени в зависимости от полученных показателей.