

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим із анкілозивним спондилоартритом (хворобою
Бехтєрєва) (АС)**

Код МКХ 10: M45

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Анкілозивний спондилоартрит – хронічне системне запальне захворювання хребта та суглобів.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на АС, уперше виявлені або в періоді загострення захворювання, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на АС в період ремісії захворювання за умови призначення адекватної терапії можуть знаходитися під наглядом лікаря ревматолога за місцем проживання в районних поліклініках. **Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах** (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 10-14 діб за умови підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Діагностика

Римські критерії.

1. Біль у крижах—3 місяці, у спокої постійна.
2. Біль і скутість у грудній клітці.
3. Обмеження рухливості поперекового відділу хребта.
4. Обмеження екскурсії грудної клітки.
5. Ірит гострий або в анамнезі.
6. Двосторонній сакроілеїт при рентгенологічному дослідженні.

При наявності 2-бічного сакроілеїта й одного з клінічних критеріїв чи наявності 4 з 5 критеріїв.

Модифіковані Нью-Йоркські критерії.

1. Біль у крижах протягом 3 місяців, що зменшується при фізичних вправах; у спокої-постійна.
2. Обмеження рухливості поперекового відділу хребта в сагітальній та фронтальній площинах.
3. Зменшення екскурсії грудної клітки відносно норми, що відповідає вікові та статі.
4. Рентгенологічні дані:

двосторонній сакроілеїт II-IV стадії або односторонній сакроілеїт III-IV стадії.

Достовірний АС - при наявності однібічного сакроілеїта III-IV стадії чи двобічного сакроілеїта II-IV стадії й одного з клінічних критеріїв.

Лікування

1. НПЗП.
2. Сульфаніламідні препарати.
3. Глюкокортикостероїди системно та локально.
4. Лікування м'язового спазму.
5. Системна ензимотерапія.
6. Лікувальна фізкультура, фізіотерапевтичні процедури.
7. Хірургічне лікування:
 - синовектомія - при неефективності консервативного лікування та збільшенні товщини синовіальної оболонки при УЗД понад 4 мм;
 - ендопротезування суглобів, вертебротомія - при наявності деформації опорно-рухового апарату (III клініко-рентгенологічна стадія).
8. Санаторно-курортне лікування за показами.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

1. Нормалізація або зниження клініко-лабораторних параметрів активності захворювання.
2. Зменшення (уповільнення) рентгенологічного прогресування ураження опорно-рухового апарату.

**Директор
Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсеєнко

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим із васкулітом Шенлейн-Геноха
(геморагічний васкуліт, пурпура Шенлейна –Геноха) (ВШГ)**

Код МКХ 10: D69.0

Ознаки та критерії діагностики захворювання

ВШГ – це геморагічний васкуліт з IgA-імунними депозитами, що уражає дрібні судини (капіляри, венули, артеріоли).

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на ВШГ, уперше виявлені чи в період загострення, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на ВШГ в період ремісії захворювання за умови призначення адекватної терапії мають знаходитися під наглядом лікаря ревматолога за місцем проживання в районних поліклініках.

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 10-14 діб за умови підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Діагностика*

1. Геморагічна висипка, яка палькується.

Геморагічна висипка, яка палькується і не пов'язана з тромбоцитопенією.

2. Початок хвороби у віці до 20 років.

3. Ішемія кишечника.

Дифузні болі в животі, що посилюються після їжі, діарея геморагічного характеру.

4. Виявлення скупчень гранулоцитів у стінках артеріол та венул.

При наявності двох з чотирьох вищеперерахованих критеріїв можна поставити діагноз геморагічного васкуліта Шенлейн-Геноха.

Чутливість становить 87,1%, специфічність - 87,7%.

Примітка * відповідає рекомендаціям Американської Колегії Ревматологів (ACR) 1990 року.

Лікування

1. Прямі антикоагулянти (у поєднанні з антиагрегантами протягом 1-1,5 міс).

2. Антиагреганти (до півроку).

3. Переливання свіжозамороженої плазми.

4. Глюкокортикостероїди (при абдомінальному синдромі).

5. Імуносупресивні засоби (у поєднанні з антикоагулянтами й антиагрегантами і ГКС при нефротичному або змішаному варіанті гломерулонефриту).

6. НПЗП (при ураженні суглобів та шкіри).

7. Амінохінолонові препарати (при легких формах захворювання, при шкірно-суглобовому синдромі, латентному гломерулонефриті з помірною протеїнурією та гематурією).

8. Вітаміни та інші засоби, які зменшують проникність та ламкість капілярів.

9. Антибіотики (при наявності прямих показань, а також для санації хронічних вогнищ інфекції в період ремісії).

10. Екстракорпоральна терапія: плазмаферез.

11. Препарати системної ензимотерапії в комбінованих програмах лікування.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

Нормалізація клінічних симптомів геморагічного васкуліту, нормалізація або позитивна динаміка лабораторних показників (ШОЕ, лейкоцитів, протеїнів).

Директор

**Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсеєнко

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим із вузликковим поліартеріїтом (ВП)

Код МКХ 10: М30.0

Ознаки та критерії діагностики захворювання

ВП – некротизуюче запалення середніх і дрібних артерій без гломерулонефрита або васкуліта артеріол, капілярів і венул.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на ВП, уперше виявлені чи в період загострення, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на ВП в період ремісії захворювання за умови призначення адекватної терапії мають знаходитися під наглядом лікаря ревматолога за місцем проживання в районних поліклініках.

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 10-14 діб за умови підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Діагностика*

- 1.Втрата 4кг маси тіла і більше з початку захворювання, не пов'язане з дотриманням дієти або з іншими факторами.**
- 2.Сітчасте ліведо.** Сотовий малюнок шкіри тулуба і кінцівок.
- 3.Біль або підвищена чутливість у яєчках, не пов'язана з інфекцією, травмою або іншими причинами.**
- 4.Дифузна міалгія** (за винятком м'язів плечового та тазового поясів), **м'язова слабкість, підвищена чутливість м'язів гомілок.**
- 5.Мононевропатії або поліневропатія.**
- 6.Діастолічний артеріальний тиск ≥ 90 мм рт.ст.** Розвиток гіпертензії з діастолічним артеріальним тиском ≥ 90 мм рт.ст.
- 7.Підвищення рівня сечовини >40 мг/дл або креатиніна $>1,5$ мг/дл у крові,** не пов'язане з дегідратацією або обструкцією.
- 8.Вірус гепатиту В.** Наявність у сироватці крові поверхневого антигену вірусу гепатиту В або антитіл до нього.
- 9.Артеріографічні зміни.** Виявлення на артеріограмі аневризми або оклюзії вісцеральних артерій, не пов'язаних з артеріосклерозом, фібромускулярною дисплазією або іншими незапальними причинами.
- 10.Виявлення при біопсії дрібних або середніх артерій поліморфно-ядерних лейкоцитів.** При наявності трьох або більше з вищеперерахованих критеріїв можна поставити діагноз ВП. Чутливість становить 82,2%, специфічність - 86,6%.

Примітка * відповідає рекомендаціям Американської Колегії Ревматологів (ACR) 1990 року.

Лікування

- 1.Глюкокортикостероїди
- 2.Імуносупресори
- 3.Пульс-терапія при фульмінантному перебігу ВП і швидкопрогресуючому гломерулонефриті. Найбільш доцільна комбінована терапія глюкокортикоїдами і цитостатиками.
- 3.Еферентна терапія: плазмаферез, лімфоцитоферез, імуносорбція.
- 4.Антикоагулянти.
5. Антиагреганти.

- 6.НПЗП.
- 7.Амінохінолонові препарати.
- 8.Ангіопротектори.
- 9.Системна ензимотерапія в програмах комбінованого лікування з кортикостероїдами і цитостатиками.
- 10.При виявленні маркерів активної реплікації вірусу гепатиту В – противірусні препарати.
- 11.Симптоматичне лікування (лікування артеріальної гіпертензії, поліневриту, ХНН та ін.).

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

Позитивна динаміка клінічних проявів, нормалізація лабораторних і імунологічних показників активності запального процесу (лейкоцити, імуноглобуліни, антинуклеарний фактор, ЦК), морфологічних змін у судинах.

**Директор
Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсеєнко

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

Клінічний протокол

надання медичної допомоги хворим із гострою ревматичною лихоманкою (ревматизмом)

Код МКХ 10: I00-I02

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Гостра ревматична лихоманка (ГРЛ) – гостре запальне захворювання сполучної тканини з переважною локалізацією процесу в серцево-судинній системі, що розвивається у зв'язку з гострою інфекцією, викликаною β -гемолітичним стрептококом групи А у схильних осіб, переважно у дітей і підлітків 7-15 років.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на ГРЛ, уперше виявлену чи в період рецидиву, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних чи кардіологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на ГРЛ в неактивний період захворювання за умови призначення адекватної терапії мають знаходитися під диспансерним наглядом лікарів кардіолога, ревматолога в районних поліклініках за місцем проживання.

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 10-14 днів за умови підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Діагностика*

ВЕЛИКІ КРИТЕРІЇ:

1. Кардит.
2. Поліартрит.
3. Хорея.
4. Кільцеподібна еритема.
5. Підшкірні вузлики.

МАЛІ КРИТЕРІЇ:

1. Клінічні дані:
 - Артралгія.
 - Лихоманка.
2. Лабораторні дані.
3. Зростання гострофазових реактантів: ШОЕ, СРБ.
4. Подовження інтервалу PQ.

Ознаки попередньої стрептокової інфекції:

- Зростання гемолітичного стрептокока при бактеріологічному дослідженні матеріалу із зів'язки.
- Високий титр або зростання титру антистрептококових антитіл.

Наявність 2 великих критеріїв і ознак попередньої стрептокової інфекції або 1 великого, 2 малих критеріїв і ознак попередньої стрептокової інфекції дає змогу поставити діагноз ГРЛ.

Примітка * відповідає рекомендаціям Американської Асоціації Серця (АНА) 1992 року.

Лікування

1. Етіотропна терапія.
 - Антибіотики пеніцилінового ряду, макролідні антибіотики, інші.
2. Протизапальна терапія.
 - а) НПЗП (курс лікування 1—1,5 міс, за необхідності 3—5 міс.).

- б) глюкокортикостероїдні препарати (ГКС).
- в) Амінохінолінові препарати.

Оснoву **первинної профілактики** складає антимікробна терапія гострої та хронічно-рецидивуючої інфекції верхніх дихальних шляхів (тонзиліт, фарингіт), викликаної β-гемолітичним стрептококом А.

Вторинна профілактика

Тривалість вторинної профілактики антибіотиками встановлюється індивідуально для кожного пацієнта:

- не менше 5 років - для хворих, які перенесли гостру ревматичну лихоманку без кардита (артрит, хорея);
- більше 5 років (або протягом всього життя) – для хворих, які перенесли первинну або вторинну атаку гострої ревматичної лихоманки з ураженням серця (особливо при наявності вади серця або її формуванні).

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

1. Відсутність кардіальних і артралгічних синдромів.
2. Нормалізація показників активності запального процесу.
3. Нормалізація титрів стрептококових антитіл.
4. Стабільність морфофункціональних показників по ехокардіографії з боку клапанів і камер серця.

Директор
Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню

Р.О.Моїсеєнко

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим із облітеруючим тромбангітом
(хворобою Вінівартера-Бюргера)**

Код МКХ 10: I73.1

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Облітеруючий тромбангіт – це хронічне запальне захворювання артерій середнього та дрібного калібру, вен, з переважним залученням дистальних відділів судин верхніх і нижніх кінцівок, рідко – церебральних і вісцеральних, з наступним поширенням патологічного процесу на проксимальні зони судинного русла

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на облітеруючий тромбангіт, уперше виявлений чи в період загострення, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на облітеруючий тромбангіт в період ремісії захворювання за умови призначення адекватної терапії мають знаходитися під наглядом лікаря ревматолога за місцем проживання в районних поліклініках.

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 10-14 діб за умови підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Діагностика

ВЕЛИКИЙ КРИТЕРІЙ:

Ішемія нижніх кінцівок у молодих, курців, що не мають гіперліпідемії і цукрового діабету, а також дифузних захворювань сполучної тканини, гемопатій і ембологенної патології в анамнезі.

МАЛІ КРИТЕРІЙ:

1. Рецидивуючі мігруючі тромбофлебіти.
2. Синдром Рейно.
3. Ішемія верхніх кінцівок.

Наявність у хворого одного великого критерію і двох малих дає змогу поставити діагноз хвороби Бюргера.

Лікування

1. Повне припинення паління (активного і пасивного).
2. При переважно периферичних формах хвороби використовуються:
 - а) антикоагулянти прямі та непрямі;
 - б) антиагреганти;
 - в) НПЗП.
3. При швидкопрогресуючій вісцеральній патології і лабораторних ознаках активності до вищевикладеної терапії додають ГКС.
4. При неефективності ГКС призначають імуносупресори.
5. Простагландини.
6. Симпектомія (ефективність 45—64%).
7. Оперативне лікування-ампутація кінцівки у випадку розвитку гангрені.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

Позитивна динаміка клінічних симптомів, нормалізація або позитивна динаміка лейкоцитів, ШОЕ, протеїнограми. Позитивні зміни показників реовазографії, доплерографії.

**Директор
Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсеєнко

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим із остеоартрозом (ОА)

Код МКХ 10: M15-M19

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Остеоартроз – хронічне прогресуюче незапальне захворювання суглобів невідомої етіології, яке характеризується дегенерацією хряща та структурними змінами субхондральної кістки, а також явним або прихованим помірно вираженим синовітом.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на остеоартроз в періоді загострення захворювання, з вираженим синовітом, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на остеоартроз в період ремісії захворювання можуть знаходитися під наглядом лікаря ревматолога за місцем проживання в районних поліклініках.

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 8-14 днів за умови підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Діагностика*

ОА кистей

1. Біль, ригідність або почуття скутості у кистях, найчастіше вдень протягом минулого місяця
2. Щільне потовщення двох або більше суглобів (див. нижче*).
3. Менше 3-х припухлих п'ястнофалангових суглобів, або
 - а) тверде потовщення двох чи більше дистальних міжфалангових суглобів, або
 - б) неправильне положення одного або декількох суглобів (див. нижче*).

* II і III дистальні міжфалангові суглоби; II і III проксимальні міжфалангові суглоби; зап'ястно-п'ястковий суглоб на обох кистях.

Чутливість становить 93 %, специфічність - 97 %.

Коксартроз

Клінічні симптоми

1. Біль у кульшовому суглобі.
2. Внутрішня ротація менше 15 градусів
3. ШОЕ менше 45 мм/год (при відсутності ШОЕ замість згинання кульшового суглобу менше 115 градусів) або
4. а) внутрішня ротація менше 15 градусів;
б) біль при внутрішній ротації;
в) ранкова скутість менше 60 хвилин;
г) вік більше 50 років.

Чутливість становить 86 %, специфічність - 75%.

Клінічні та рентгенологічні симптоми

Біль у кульшовому суглобі і, щонайменше, 2 з 3 наступних ознак:

- ШОЕ менше 20 мм/год;
- Рентгенологічно - остеофіти (голівка або вертлужна западина);
- Рентгенологічно - звуження суглобової щілини (угорі, латерально і/або медіально).

Чутливість становить 89 %, специфічність - 91 %.

Гонартроз

Клінічні симптоми

1. Біль у колінному суглобі.
2. а) крепітація протягом більшості днів попереднього місяця;

- б) ранкова скутість при активному русі менше 30 хвилин;
 - в) вік понад 37 років або
 - 3. а) крепітація;
 - б) ранкова скутість мінімум 30 хвилин;
 - в) кісткова деформація (здуття).
 - 4. а) відсутність крепітації
 - б) кісткова деформація.
- Чутливість становить 89 %, специфічність - 88 %.

Клінічні і рентгенологічні симптоми.

1. Біль у колінному суглобі протягом попереднього місяця, найчастіше вдень.
 2. Остеофіти або
 3. а) типова для артроза синовіальна рідина (світла, в'язка, число клітин менше 2000/мл); (якщо немає зведень про синовіальну рідину, то замість цього враховується вік менше 40 років);
 - б) ранкова скутість щонайменше 30 хвилин;
 - в) крепітація при активних рухах.
- Чутливість становить 94 %, специфічність - 88 %.

Примітка * відповідає критеріям Американської Колегії Ревматологів (ACR), 1990.

Лікування

1. Протизапальна й знеболююча терапія.

- а) Анальгетики:
 - ненаркотичні;
 - наркотичні (лише у випадках неефективності або непереносності інших препаратів, нетривало);
 - б) НПЗП;
 - в) Препарати системної ензимотерапії;
 - г) Пролонговані форми глюкокортикостероїдів внутрішньосуглобово (при неефективності інших протизапальних препаратів не більше 4 ін'єкцій на рік).
2. Хондропротектори (препарати повільної дії):
 - а) пероральні;
 - б) парентеральні.
 3. Місцеве застосування мазевих і гелевих форм НПЗП.
 4. Препарати, що поліпшують мікро циркуляцію.
 5. Ортопедичне лікування:
 - а) I—II рентгенологічна стадія за Келлгреном і Лоуренсом:
 - коригуючі остеотомії при дисплазії або біомеханічні відхилення;
 - б) III—IV рентгенологічна стадія за Келлгреном і Лоуренсом:
 - тотальне ендо протезування;
 - артродез ураженого суглоба у функціонально вигідному положенні.
 6. Лікувальна фізкультура.
 7. Фізіотерапевтичні процедури.
 8. Санаторно-курортне лікування.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

1. Відсутність або істотне зменшення проявів суглобового синдрому, відсутність рецидивів синовіта.
2. Поліпшення якості життя пацієнта.
3. Уповільнення рентгенологічного прогресування процесу, деструктивних змін суглобових хрящів (ультразвукове дослідження суглобів, МРТ).

**Директор
Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсеєнко

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим із остеопорозом

Код МКХ 10: M80-M82

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Остеопороз—системне захворювання скелету, яке характеризується зменшенням кісткової маси, порушенням мікроархітекtonіки кісткової тканини, що призводить до підвищення ламкості кісток і ризику переломів.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на остеопороз важкого ступеня з наявністю патологічних переломів підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ортопедо-травматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на підтверджений денситометрично остеопороз можуть знаходитися під наглядом лікарів ортопедо-травматолога, ревматолога за місцем проживання в районних поліклініках. При постменопаузальному остеопорозі обов'язковий нагляд гінеколога, ендокринолога.

Тривалість стаціонарного лікування в спеціалізованих ортопедо-травматологічних відділеннях визначається локалізацією та важкістю патологічного перелому.

Діагностика

Критерії ВООЗ (1994 р.)
(за даними денситометрії:)

- **норма-зміна МЩК*** у межах одного стандартного відхилення (SD) від референтного значення, отриманого в результаті виміру МЩК в осіб молодого віку;
- **остеопенія** (зменшення кісткової маси) - зниження МЩК $> 1 \text{ SD}$ і $< 2,5 \text{ SD}$ від референтного значення;
- **остеопороз**—зниження МЩК $> 2,5 \text{ SD}$ від референтного значення;
- **важкий остеопороз**—зниження МЩК $> 2,5 \text{ SD}$ від референтного значення в сполученні з одним або більше переломами кісток.

* МЩК—мінеральна щільність кісток.

Рентгенологічні критерії:

1. Поява крупнопетлистої кісткової структури.
2. Розширення кістково-мозкового каналу.
3. Витончення кортикального шару.
4. Спонгіювання кортикального шару.
5. Особлива чіткість контурів кортикального шару навколо всієї кістки.

Лабораторні критерії:

Рівень кальцію, фосфору, лужної фосфатази (особливо її кісткового ізоферменту) і гідроксипроліну, тартрат-резистентної кислоти фосфатази.

Лікування

1. Застосування препаратів кальцію.
2. Застосування вітамінів групи D (D_2, D_3).
3. Застосування базових антиостеопоретичних засобів.

Основні принципи профілактичних і лікувальних заходів при вторинному остеопенічному синдромі на тлі ревматичних захворювань, у тому числі обумовленому фармакотерапією:

1. Контроль активності аутоімунного запального процесу; підтримка тривалої ремісії захворювання.
2. Використання як можна менших доз ГКС і скорочення терміну їхнього використання.
3. Використання препаратів з незначно вираженим остеопоретичним ефектом, а також зміна способу введення препаратів – при ревматичних захворюваннях найкраще чергування перорального прийому з парентеральним, у тому числі периартикулярним і т.д.
4. Використання пульс-терапії, що менше впливає на процеси ремоделювання, ніж постійний прийом ГКС.
5. Зниження негативного впливу інших факторів розвитку остеопорозу – паління, зловживання алкоголем, малорухомого способу життя, тривалого голодування тощо.
6. Своєчасне лікування супутньої патології, що впливає на кістковий метаболізм – гіпертіреозидизму, гіперпаратіреозидизму, ураження нирок і системи крові і т.д.
7. Збереження і підтримка позитивного кальцієвого балансу (дієта, додатковий прийом препаратів кальцію в поєднанні з вітаміном D або його активними метаболітами).
8. Призначення пацієнтам з вираженою остеопенією або остеопорозом «базисних» антиостеопоретичних препаратів.
9. За відсутності протипоказань у жінок у постменопаузальний період - препарати замісної гормональної терапії; у жінок у предменопаузальний період при порушеннях оваріальноменструального циклу – контроль 17β -естрадіолу і, при необхідності – препарати замісної гормонотерапії, в тому числі андрогени з урахуванням гормонального профілю.
10. У чоловіків – контроль рівня тестостерону; при необхідності – замісна терапія андрогенами.
11. Проведення контрольного денситометричного обстеження в ревматологічних хворих, що мають підвищений ризик розвитку остеопорозу а також пацієнтів, яким планується призначення ГКС (що знаходяться на ГКС – терапії).
12. Щорічний денситометричний контроль показників мінеральної насиченості і мінеральної щільності кісткової тканини у хворих РЗ з загрозою розвитку остеопенії або вже при наявності зниження кісткової маси в поєднанні з контролем лабораторних маркерів метаболізму.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

1. Відсутність нових патологічних переломів.
2. Нормалізація чи збільшення показників мінеральної насиченості та мінеральної щільності кісткової тканини за даними кісткової денситометрії.

**Директор
Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсеєнко

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим із подагрою

Код МКХ 10: M10

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Подагра – гетерогенне за походженням захворювання, яке характеризується відкладенням у різних тканинах кристалів уратів у формі моноурата натрію або сечової кислоти.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на подагру, уперше виявлену або в періоді загострення захворювання, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на подагру в період ремісії захворювання за умови призначення адекватної терапії можуть знаходитися під наглядом лікарів ревматолога, нефролога за місцем проживання в районних поліклініках. **Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах** (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 7-14 діб за умови підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Діагностика*

Діагноз подагричного артрити може бути встановлений:

1. При хімічному або мікроскопічному виявленні кристалів сечової кислоти в синовіальній рідині або відкладенні уратів у тканинах.
2. При наявності двох або більше таких критеріїв:
 - чіткий анамнез і/або спостереження хоча б двох атак болючого припухання суглобів кінцівок (атаки, щонайменше, на ранніх стадіях, має починатися раптово з сильного болю; протягом 1-2 тижнів повинна наставати повна клінічна ремісія);
 - чіткий анамнез і/або спостереження подагри-однієї атаки (див. вище) з ураженням великого пальця ноги;
 - клінічно доведені тофуси;
 - чіткий анамнез і/або спостереження швидкої реакції на колхіцин, тобто зменшення об'єктивних ознак запалення протягом 48 годин після початку терапії.

Примітка * відповідає епідеміологічним критеріям діагностики подагричного артрити, прийнятим на третьому міжнародному симпозиумі по популяційним дослідженням ревматичних хвороб, Нью-Йорк, 1966.

Лікування

1. Дієта: обмеження м'ясних та рибних продуктів, бобових, міцної кави та чаю, припинення вживання алкогольних напоїв, збільшення обсягу рідини, що випивається (до 2-3 л на день).
2. Лікування лікарськими засобами, що зменшують гіперурикімію:
 - а) засоби, що зменшують синтез сечової кислоти;
 - б) урикозуричні препарати залежно від рівня сечової кислоти в крові;
 - в) препарати, що підвищують розчинність сечової кислоти в сечі.
3. Препарати протизапальної терапії: НПЗП, базові препарати, внутрішньосуглобові ГКС, якщо базовий препарат/НПЗП неефективний (погано переноситься).
4. Системна ензимотерапія.
5. Фізіотерапевтичні процедури.
6. Санаторно-курортне лікування.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

1. Нормалізація або зниження клініко-лабораторних показників активності захворювання.
2. Нормалізація або зниження рівнів сечової кислоти в крові.

Директор
Департаменту організації та розвитку

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим із псоріатичним артритом**

Код МКХ 10: M07.0-M07.3

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Псоріатичний артрит – хронічне прогресуюче системне захворювання суглобів, асоційоване з псоріазом з переважною локалізацією процесу в тканинах опорно-рухового апарату, яке призводить до розвитку ерозивного артриту, остеолізу, спонділоартриту.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на псоріатичний артрит, уперше виявлений або в періоді загострення захворювання, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на псоріатичний артрит в період ремісії захворювання за умови призначення адекватної терапії можуть знаходитися під наглядом лікарів ревматолога, дерматолога за місцем проживання в районних поліклініках. **Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах** (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 10-14 діб за умови підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Діагностика

Діагностичні критерії:

- артрит 3 або більше суглобів;
- негативний ревматоїдний фактор;
- наявність при огляді або в анамнезі псоріатичних змін шкіри або нігтів.

Діагностично важливі ознаки хвороби:

- біль і припухання дистальних суглобів пальців рук і/або ніг;
- біль і припухання всіх 3-х суглобів одного пальця руки або одного пальця ноги - «осьове ураження» (дактиліт);
- асиметричний моно- олігоартрит;
- біль у п'ятці;
- нічний (вранішній «глибокий») біль у крижах;
- псоріаз у пацієнта або у близьких родичів;
- негативний ревматоїдний фактор;
- збільшена ШОЕ;
- виявлені на рентгенограмі суглобів, поруч розташовані ерозивно-деструктивні зміни та периостальні нашарування («протуберанці»), а також періостит, акроостеоліз, анкілози.

Лікування

1. НПЗП, довгостроково.
2. Глюкокортикостероїди системно або внутрішньосуглобово (моно/олігоартрит, персистування запалення в одному великому суглобі).
3. Базові препарати (при поліартикулярній, ревматоїдоподібній та мутилюючій формах): препарати золота, сульфаніламідні препарати, антиметаболіти.
4. Системна ензимотерапія.
5. Еферентні методи: плазмаферез.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

1. Нормалізація або зниження клінічних синдромів – шкірного (регрес бляшкоутворення, відсутність нових висипань), суглобового та ін.
2. Нормалізація лабораторних параметрів активності захворювання (ШОЕ, СРБ, білкові фракції, імуноглобуліни).
3. Уповільнення рентгенологічного прогресування хвороби.

Директор

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим із реактивними артритами**

Код МКХ 10: M02

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Реактивний артрит – гострий негнійний артрит, який розвивається після певних видів інфекції (урогенітальних, кишечних) та тісно пов'язаний з антигеном гістосумісності HLA-B27.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на реактивний артрит, уперше виявлений або в періоді загострення захворювання, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на реактивний артрит в період ремісії захворювання за умови призначення адекватної терапії можуть знаходитися під наглядом лікаря ревматолога за місцем проживання в районних поліклініках.

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 10-14 днів за умови визначення етіологічного фактору, підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Класифікація реактивних артритів:

1. Артрити уrogenітального походження.
2. Артрити, пов'язані з кишечними інфекціями, а саме:
Chlamydia trachomatis,
Yersinia enterocolitica,
Salmonella enteritidis,
Campylobacter jejuni,
Shigella flexneri.
3. Артрити, які викликані іншими інфекціями (віруси, бактерії, спірохети).
4. Септичні артрити.

Діагностика

1. Типове ураження суглобів (периферичне, асиметричне, олігоартикулярне, нижні кінцівки, особливо колінні та гомілковоступеневі суглоби).
2. Типовий анамнез (діарея, уретрит) і/або клінічні прояви інфекції вхідних воріт.
3. Пряме виявлення збудника у вхідних воротах (наприклад, зіскрібок з уретри на хламідії).
4. Виявлення специфічно аглютинуючих антитіл з достовірним підвищенням титрів (наприклад, щодо ентеропатичних збудників).
5. Наявність HLA-B27 антигену.
6. Виявлення субстрату збудника за допомогою ланцюгової реакції полімерази або специфічних моноклональних антитіл.

Достовірний реактивний артрит встановлюється при наявності критеріїв 1 плюс 3 або 4, або 6. Ймовірний реактивний артрит є при наявності критеріїв 1 плюс 2 і/або плюс 5. Можливий реактивний артрит передбачається при наявності критерію 1.

КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ

- Асиметричний артрит нижніх кінцівок.
- Уrogenітальне запалення (уретрит, простатит, цистит, баланіт) або ентероколітичні прояви.

- Запалення очей (увеїт, кон'юктивіт).
- Ентезопатії, тендиніти, тендовагініти, м'язовий біль, біль у п'ятках.
- Ураження шкіри та слизових оболонок.
- Вісцеральні прояви – нефрит, кардит (зустрічаються рідко).
- Рецидиви клінічних проявів – часто.
- Тісна асоціація з антигеном HLA-B27.

Лікування

1.Етіотропна терапія (при хламідійному артриті протягом 10-30 діб):

- а) тетрацикліни;
- б) макроліти;
- в) фторхінолони.

2.НПЗП.

3.Глюкокортикостероїди переважно локально.

У виняткових випадках системно вводять ГКС курсом при важкому перебігу та наявності несуглобових проявів.

4.Базові препарати (при хронізації артрити).

5. Препарати системної ензимотерапії.

6.Еубіотики (при вираженому дисбактеріозі).

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

1. Нормалізація або зменшення клінічних проявів захворювання.
2. Відсутність збудника в зіскрібках/мазках, посівах; відсутність або зниження титру специфічних антитіл у сироватці крові.

Директор

**Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсеєнко

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим із ревматоїдним артритом (РА)**

Код МКХ 10: M05-M06

Ознаки та критерії діагностики захворювання

РА – аутоімунне захворювання з невідомою етіологією, для якого характерним є симетричний ерозивний артрит (синовіт) та широкий спектр позасуглобових (системних) проявів.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на РА, уперше виявлені чи в період загострення, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на РА в період ремісії захворювання за умови призначення адекватної терапії мають знаходитися під наглядом лікаря ревматолога за місцем проживання в районних поліклініках.

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 10-14 діб за умови підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Діагностика

1. Ранкова скутість протягом 1 години*.

2. Артрит 3 і більше суглобових зон*.

Набряк м'яких тканин і випіт, виявлені в трьох і більше суглобових зонах: праві і ліві проксимальні міжфалангові, п'ястно-фалангові, променевоzap'ястні, ліктьові, колінні, гомілковостопні, плюснефалангові суглоби.

3. Артрит суглобів кисті*.

Припухлість променевоzap'ястних, п'ястно-фалангових і проксимальних міжфалангових суглобів.

4. Симетричний артрит*.

Одночасне залучення в патологічний процес тих самих суглобових зон по обидва боки тіла (білатеральне ураження проксимальних міжфалангових, п'ястно-фалангових або плюснефалангових суглобів припустимо без абсолютної симетрії).

5. Ревматоїдні вузлики.

Підшкірні вузлики на виступаючих ділянках кісток, разгинальних поверхнях або біля суглобів, виявлені лікарем.

6. Ревматоїдний фактор у сироватці крові.

Виявлення аномальної кількості ревматоїдного фактора в сироватці крові будь-яким методом, при якому позитивний результат у контрольній групі здорових людей < 5%.

7. Рентгенологічні зміни.

Типові для РА зміни на рентгенограмі кисті і зап'ястя в передньо-задній проекції: ерозії, чіткий остеопороз кісток ураженого суглоба і безпосередньо прилягаючих до нього кісток (зміни характерні для остеоартроза не враховуються).

*Критерії 1—4 повинні спостерігатися не менше 6 тижнів.

При наявності 4 або більше з 7 вище перерахованих критеріїв можна поставити діагноз РА.

Чутливість становить 91,2%, специфічність - 89,3%.

Примітка * відповідає рекомендаціям Американської Колегії Ревматологів (ACR) 1987 року.

Лікування

1. НПЗП.
2. Базова терапія.
 - а) препарати золота;
 - б) антиметаболіти;
 - в) салазо-сульфаніламідні препарати;
 - г) циклоспорини;
 - д) амінохінолонові препарати.
3. Біологічні агенти.
4. Глюкокортикостероїди:
 - при неадекватному контролі активності НПЗП;
 - в якості „міст-терапії” на період очікування ефекту базових препаратів;
 - постійний прийом при неефективності базової терапії;
 - пульс-терапія (у тому числі комбінована) у випадку тяжкого перебігу РА, наявності виражених системних проявів.
5. Препарати системної ензимотерапії.
6. Еферентні методи: плазмаферез, лімфоцитозферез, імуносорбція.
7. Локальна терапія: внутрішньо-суглобове введення пролонгованих ГКС при персистуючому моно/олігоартриті, аплікація мазевих, гелевих форм на основі НПЗП, фізіотерапевтичні методи.

* Схеми застосування НПЗП при РА:

А. Монотерапія:

- активність запального процесу I ступеня;
- переважно неімунні механізми запалення;
- повільно прогресуючий перебіг ревматоїдного процесу;
- відсутність системних проявів хвороби.

Б. Комбінована терапія НПЗП:

- Амінохінолінові препарати;
- Кортикостероїди;
- Імуностимулятори та імунодепресанти;
- Антибіотики;
- Коректори метаболізму кісткової та хрящової тканини;
- Препарати системної ензимотерапії;
- Простагландини.

Ортопедичне лікування РА.

1. При I стадії:
 - профілактичні шинки та ортези у функціональному положенні суглоба на ніч;
 - при неефективному консервативному лікуванні та збільшенні товщини синовіальної оболонки при УЗД понад 4 мм—хірургічна синовектомія.
2. При II стадії:
 - редресації під наркозом уражених суглобів з метою усунення контрактур;
 - синовкапсулектомія;
 - артропластика;
 - тотальне ендопротезування.
3. При III стадії:
 - артропластика;
 - артродез (у функціонально вигідному положенні);
 - тотальне ендопротезування.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування*

1. Ранкова скутість не перевищує 15 хв.
2. Відсутня слабкість.
3. Відсутній біль у суглобах.
4. Відсутній біль у суглобах при пальпації або рухах.
5. Немає припухлості м'яких тканин навколо суглобів або сухожильних піхв.
6. ШОЕ (за Уестергреном) менше 30 мм/год у жінок або 20 мм/год у чоловіків.

При наявності 5 і більше критеріїв говорять про клінічну ремісію РА.

При наявності симптомів:

- активного васкуліта;
- перикардита;
- плеврита;
- міозита;

а також неза'ясованої втрати ваги і лихоманки, питання про клінічну ремісію РА не розглядати.

Примітка * відповідають ACR критеріям клінічної ремісії РА.

**Директор
Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсеєнко

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим із синдромом Рейтера
(хвороба Рейтера, уретро-окуло-синовіальний синдром)**

Код МКХ 10: M02.3

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Синдром Рейтера – запальне захворювання, при якому спостерігається хронологічний зв'язок розвитку уретрита, артрита та кон'юктивіта з урогенітальною або кишковою інфекцією.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на синдром Рейтера, уперше виявлені або в періоді загострення захворювання, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на синдром Рейтера з хронічним перебігом у період ремісії захворювання за умови призначення адекватної терапії можуть знаходитися під наглядом лікаря ревматолога за місцем проживання в районних поліклініках.

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 10-14 діб за умови підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Діагностика

Серонегативна асиметрична артропатія (переважно нижніх кінцівок)
плюс один або кілька наступних критеріїв:

- уретрит/цервіцит;
- дизентерія;
- запальні зміни очей;
- ураження шкіри/слизових оболонок: баланіт, виразка ротової порожнини і кератодермія.

Необхідно виключити:

- анкілозуючий спондиліт;
- псоріатичну артропатію;
- інші ревматичні захворювання.

Лікування

1. Лікування хламідійного уретриту (застосування антибіотиків і фторхінолонів довгостроково, 2-3 місяця і більше): макроліди, тетрацикліни, фторхінолони.

2. НПЗП.

3. Глюкокортикостероїди:

а) внутрішньосуглобово;

б) системно ГКС при неефективності інших препаратів, при важкому перебігу захворювання (кардит, ірит, лихоманка, зхуднення, лабораторні показники високої активності процесу).

4. Базові препарати.

5. Системна ензимотерапія.

6. Лікувальна фізкультура, фізіотерапевтичні процедури.

7. Санаторно-курортне лікування за показниками.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

1. Нормалізація або зниження клінічних проявів захворювання.
2. Відсутність збудника в зіскрібках/мазках, відсутність або зниження титру специфічних антихламідійних антитіл у реакції ПЦР.

**Директор
Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсеєнко

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим із системним червоним вовчком**

Код МКХ 10: M32.0

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Системний червоний вовчок (СЧВ) – це системне захворювання сполучної тканини, що розвивається на основі генетично обумовленої недосконалої імунорегуляторних процесів, що призводить до утворення безлічі антитіл до власних клітин і їх компонентів та виникненню імунотоксичного запалення, наслідком якого є ураження багатьох органів і систем.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на СЧВ, уперше виявлені або в періоді загострення аутоімунного процесу, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на СЧВ в період ремісії захворювання за умови призначення адекватної терапії можуть знаходитися під наглядом лікаря ревматолога в районних поліклініках за місцем проживання.

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 14-20 діб за умови підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Діагностика*

1. Еритема-«метелик».

Фіксована еритема, плоска або така, що піднімається над поверхнею шкіри, на вилицях, з тенденцією до поширення на назолабіальні складки.

2. Дискаїдний вовчак.

Еритематозні плями, що піднімаються, з щільно прилягаючими роговими лусочками і закупореними волосяними фолікулами; згодом на місці висипань формується рубцева атрофія.

3. Фотосенсибілізація.

Поява висипки після надмірної інсоляції (дані анамнезу або спостереження лікаря).

4. Виразки порожнини рота.

Ульceraція ротової, носової порожнин, глотки.

5. Артрит.

Неерозивний артрит, що уражає 2 і більше периферичних суглобів, що характеризується хворобливістю, припухлістю і випотом.

6. Серозит:

а) **Плеврит:** переконливі дані анамнезу про плевритичний біль або шум тертя плеври, зафіксований лікарем, або наявність плеврального випоту;
або

б) **Перикардит:** зафіксовані на ЕКГ ознаки перикардиту або шум тертя перикарда чи наявність перикардіального випоту.

7. Ураження нирок:

а) **Персистуюча протеїнурія:** більше 0,5 г на добу або більше +++ , якщо підрахунок не проводиться;

б) **Циліндрурія:** еритроцитарні, гемоглобінові, зернисті, восковидні, чи змішані циліндри.

8. Ураження нервової системи:

а) **Судоми;**

або

б) **Психоз.**

Під час відсутності провокуючих ліків або метаболічних порушень, таких як уремія, кетоацидоз або електролітний дисбаланс.

9. Гематологічні зміни:

- а) **Гемолітична анемія**, з ретикулоцитозом,
або
б) **Лейкопенія**, менше 4000/мм³ у двох і більше дослідженнях,
або
в) **Лімфопенія**, менше 1500/мм³, у двох і більше дослідженнях,
або
г) **Тромбоцитопенія**, менше 100000/мм³ під час відсутності провокуючих ліків.

10. Імунологічні порушення:

- а) **Анти-ДНК**: антитіла до нативної ДНК у високому титрі,
або
б) **Анти-Sm**: присутність антитіл до Sm ядерного антигену,
або
в) **Виявлення антифосфоліпідних антитіл** на підставі:
- високого рівня Ig або Ig антикардіоліпінових антитіл;
 - виявлення вовчакового антикоагулянту з використанням стандартної методики;
 - Хибно-позитивна серологічна реакція на сифіліс протягом не менше 6 місяців, підтверджена РІБТ або РІФ.

11. Антиядерні антитіла

Високі титри антиядерних антитіл у РІФ або еквівалентній реакції в будь-який момент часу, при відсутності ліків, здатних викликати медикаментозний червоний вовчак.

За наявності 4 або більше з 11 вищеперерахованих критеріїв можна поставити діагноз СЧВ.

Чутливість становить 96%, специфічність – 96%.

Примітка * відповідає рекомендаціям Американської Колегії Ревматологів (ACR) 1997 року.

Лікування

1. Застосування глюкокортикостероїдів (ГКС) (абсолютні показання—ураження центральної нервової системи, нирок та висока активність процесу).
2. Застосування імуносупресорів.
3. Амінохінолонові препарати при низькій активності процесу на тлі фотосенсибілізації і помірного ураження шкіри та суглобів, можливо в поєднанні з глюкокортикостероїдами.
4. Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) при стійких артритах, бурситах, поліміалгіях.
5. Екстракорпоральні методи (на тлі прийому глюкокортикостероїдів і цитостатиків) - плазмаферез, імуносорбція, селективна імуносорбція.
6. Антикоагулянти, антиагреганти і простагландини:

Лікування аутоімунного кризу при СЧВ: високі дози глюкокортикостероїдів, в тому числі і пульс-терапія; комбінована пульс-терапія; плазмаферез.

Лікування церебральних кризів при СЧВ: комбінована пульс-терапія, імуносупресори, плазмаферез.

Лікування гематологічного кризу при СЧВ: високі дози глюкокортикостероїдів, у тому числі і пульс-терапія, комбінація високих доз глюкокортикостероїдів з імуносупресорами, імуноглобулін.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

1. Відсутність або зворотній розвиток клінічних ознак загострення.
2. Нормалізація або зниження показників запалення і нормалізація імунного статусу.
3. Нормальна або незначно знижена функція нирок.
4. Поліпшення і стабілізація гематологічних порушень.

Директор
Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню

Р.О.Моїсеєнко

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 12.10.2006 № 676

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим із системною склеродермією (ССД)**

Код МКХ 10: М34

Ознаки та критерії діагностики захворювання

ССД – системне захворювання сполучної тканини, для якого характерні прогресуючий фіброз та розповсюджена судинна патологія за типом облітеруючої мікроангіопатії, що призводить до розвитку генералізованого синдрому Рейно, індуративних змін шкіри, уражень опорно-рухового апарату і внутрішніх органів (легень, серця, нирок, травного каналу).

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на ССД, уперше виявлену чи в період загострення, підлягають стаціонарному лікуванню в спеціалізованих ревматологічних відділеннях обласних чи міських лікарень. Хворі на ССД в період ремісії захворювання за умови призначення адекватної терапії мають знаходитися під наглядом лікаря ревматолога за місцем проживання в районних поліклініках.

Орієнтовна тривалість лікування у стаціонарних умовах (спеціалізовані ревматологічні відділення) – 10-14 діб за умови підбору адекватної ефективної фармакотерапевтичної програми, поліпшення клінічних та лабораторних ознак захворювання.

Діагностика*

А.ВЕЛИКИЙ КРИТЕРІЙ:

Проксимальна склеродермія: симетричне потовщення, натяг та індурація шкіри пальців і шкіри проксимальніше п'ястно-фалангових і плюсне-фалангових суглобів. Можливі пошкодження кінцівок, обличчя, шиї, тулуба (грудної клітини і живота).

Б.МАЛІ КРИТЕРІЙ:

1.**Склеродактилія:** вищеописані зміни шкіри не виходять за межі пальців

2.**Остеоліз кінчиків пальців, як результат ішемії**

3.**Фіброз базальних відділів легень:** ознаки компактного або кістозного фіброзу, переважно в базальних відділах обох легень, що виявляються при стандартній рентгенографії грудної клітки; може приймати вигляд дифузного стільникового малюнка або «стільникової легені». Ці зміни не повинні бути пов'язані з первинним захворюванням легень.

При наявності одного великого чи двох малих критеріїв можна поставити діагноз ССД.

Чутливість становить 97%, специфічність – 98%.

Примітка * відповідає рекомендаціям Американської Колегії Ревматологів (ACR) 1980 року.

Лікування

1. Лікування антифіброзними засобами.

2. НПЗП при вираженому суглобовому синдромі в комбінації з глюкокортикостероїдами.

3. ГКС при підгострому та гострому перебігу ССД з II або III ступенями активності процесу.

4. Блокатори кальцієвих каналів.

5. Антиагреганти.

6. Інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (АПФ).

7. Простагландини.

8. Антикоагулянти прямі та непрямі.

9. Лікувальна гімнастика, масаж і локальна терапія.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

1. Зменшення або відсутність клінічних ознак синдрому Рейно.

2. Стабілізація і відсутність прогресування шкірних симптомів склеродермії.

3. Зворотній розвиток, відсутність або мінімальне ураження внутрішніх органів.

4. Позитивна динаміка лабораторних показників активності запального процесу.

**Директор
Департаменту організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсеєнко