

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
АНКИЛОЗАНТЕН СПОНДИЛИТИС

Член 1

Со ова упатство се пропишува третман при анкилозантен спондилитис.

Член 2

Начинот на третман на анкилозантен спондилитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на анкилозантен спондилитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8882/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

АНКИЛОЗАНТЕН СПОНДИЛИТИС

EBM Guidelines

2.2.2011

- Основни правила
- Епидемиологија
- Клиничка слика
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Поврзани докази
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Интегрален дел на заболувањето е инфламација на инсерциите на лигаментите на грбот, фасетните зглобови и на сакроилијакалните зглобови.
- Состојбата скоро исклучиво ги зафаќа HLA-B27 позитивните лица и припаѓа на групата на серонегативни спондилоартропатии заедно со :
 - Реактивни ентеро-и уроартритиси и Reiter-ов синдром. (1)
 - Ентхеситис, поврзани артритиси (ЕРА), подгрупа на јувенилен олигоартритис,
 - псоријатичен спондилитис.
 - Артропатија проследена со хронично инфламаторно заболување на цревата.
- Неколку од горенаведените заболувања може да се сретнат во иста фамилија и сите доведуваат до анкилозантен спондилит.
- Болеста се класифицира како анкилозантен спондилит откако станала хронична и не е откриен агенсот кој ја предизвикува.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Анкилозантниот спондилит е скоро еднакво застапен, како и ревматоидниот артрит. Нема предилекција по пол, но повеќето пациенти со тежок анкилозантен спондилит се мажи.
- Инциденцата го достигнува врвот на 25- годишна возраст, но дијагнозата често е задоцнета.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Од суштинско значење е да се идентификуваат во историјата на пациентот болките во грбот, кои зборуваат за воспалително потекло: порадо тоа, треба да се застапени четири од следниве пет критериуми:
 - Возраст < 40 години на почетокот на симптомите.
 - Подмолен почеток на болката во грбот.
 - Времетраење од најмалку 3 месеци.
 - Утринска вкочанетост.
 - Подобрување на симптомите со вежбање.
- Sakroilitis: лумбосакрална и глутеална болка која го буди пациентот наутро.
- Вкочанетост по мирување и седење.

- Периферен артритис, главно, на големите зглобови на долните екстремитети (болка во петата).
- Вообичаени се ентезопатии во долните екстремитети (болка во петата).
- Dactylitis (прст на раката или на ногата во вид на “колбас”).
- Напади на акутен иuveitis кај 20% од случаите (може да биде прва манифестација на болеста).
- Повремено aortitis и нарушувања на спроводливоста на срцето (аускултација, електрокардиографија).

ДИЈАГНОЗА

- Историја на болеста (како погоре што е наведено).
- Клинички наоди:
 - Осетливост на притисок, палпација и тестирање на движењата на сакроилијакалните зглобови.
 - Дистанцата прсти-под која се јавува при наведнување напред.
 - Растојание по Schober (нормално повеќе од 4 см).
 - Латерална флексија на лумбален `рбет (nnd-C).
 - Растојание тил-сид (нормално 0).
 - Движење на градите при дишење (нормалното зголемување при максимално вдишување, во споредба со максималното издишување, повеќе од 5 см на ниво на мамили).
- SE и концентрацијата на CRP во серумот може да е покачена.
- Се прави рендгенографија (Ртг) на лумбален `рбет првите (често првите промени се појавуваат на границата помеѓу торакалните и лумбалните пршлени) и сакроилијакалните зглобови. Потребни се 2 до 8 години за да се развијат Ртг знаците за сакроилитис.
- МРИ може да се користи за утврдување на сароилеитисот пред појавата на рендген промените за проценка на сериозноста на воспалението. МРИ треба да се направи доколку во историјата на пациентот се исполнети критериумите за воспалителни болки во грбот (види погоре), додека кај рендгенската слика наодите во сакроилијацните зглобови сè уште се нормални. Кога се разгледува потребата за радиолошка дијагностика, треба да се има на ум дека почетните симптоми на анкилосантен спондилитис не се појавуваат на возраст по 45-та година.
- ХЛА-Б27 тестирањето треба да биде ограничено на пациенти со историја, која ги исполнува критериумите за воспалителни болки во грбот и со симптоми за почеток пред 40-45-та година.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- На Ртг Osteitis condensans ilii.
- Дегенеративни заболувања на `рбетот.
- Дифузна идиопатска скелетна хиперостоза (DISH) на Ртг.
- Ишијалгија.
- Други форми на спондилортопатија:
 - Reiter-ова болест.
 - Псоријатична артропатија.
 - Артропатија, проследена со хронично инфламаторно заболување на цревата.

ТРЕТМАН

- Физикалната терапија (nnd-C) е круцијален третман, со цел да се спречат деформитети на `рбетот. Една од најосновните цели е да се укаже на пациентот за важноста на редовните

екстензорни вежби и безбедно изведување на физичките активности (внимавајќи на ризикот од фрактури при комплетно ригиден грбот).

- Нестероидни антиинфламаторни лекови ги ублажуваат симптомите многу подобро отколку кај дегенеративните болести на грбот и пробното давање на овој лек исто така помага во диференцијалната дијагноза.
- Сулфасалазин (ннд-А) е најверојатно корисен во рана фаза на болеста кога Se или/и CRP концентрацијата е зголемена и ако пациентот има периферен артритис.
- Ефикасноста на метотрексатот (ннд-С) е повеќе спорно, но кај периферна болест може да биде од корист.
- Периферните артрити и ентезопатии се третираат со локални инјекции на глукокортикостероиди кои се од помош.
- Биолошки лекови.

Минимум предуслови: средно тешка болка и значителна утринска вкочанетост на грбот укажува на активна болест (се мери со т.н BASDAI индекс[BASDAI = Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index], calculator (1), зголемување на CRP концентрацијата или знак за активен сапроилиитис на МРИ и неуспешно проба со максимум доза на HCAИЛ и sulfasalazine.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Клинички насоки 1
- Литература 1.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Calin A, Porta J, Fries JF, Schurman DJ. Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. JAMA 1977 Jun 13; 237(24):2613-4. **PubMed**

Authors:

Markku Hakala

Article ID: ebm00443 (021.032)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 02.02.2011 www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до февруари 2015 г.**