

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ КЛИНИЧКИТЕ ИСПИТУВАЊА**  
**КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ЗГЛОБНО ВОСПАЛЕНИЕ ВО ПРИМАРНАТА**  
**ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА**

**Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при клиничките испитувања кај пациенти со зглобно воспаление во примарната здравствена заштита.

**Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при клиничките испитувања кај пациенти со зглобно воспаление во примарната здравствена заштита е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при клиничките испитувања кај пациенти со зглобно воспаление во примарната здравствена заштита 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 згрижувањето, при што истото од страна на докторот 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. 17-2750/1

27 февруари 2015 година

Скопје

**МИНИСТЕР**

**Никола Тодоров**

---

## КЛИНИЧКИ ИСПИТУВАЊА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ЗГЛОБНО ВОСПАЛЕНИЕ ВО ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

МЗД Упатство  
14.11.2011

- Основни податоци
- Општи податоци
- Епидемиологија
- Дијагностичка стратегија
- Испитувања што треба да се направат кај пациенти со воспаление на зглоб
- Воспаление
- Индикации за болничко лекување

- Види ги и поглавјата за болка во коленото и болни состојби на стапалото и на глуждот.

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Септичниот артритис е ургентна медицинска состојба. Дијагностичките испитувања за другите облици на моноартритис треба да се извршат во текот на две недели.
- Гихт се дијагностицира и третира со одредени специфични постапки.
- Дегенеративната зглобна болест треба да се разграничи од воспалителна зглобна болест.
- Причината за полиартритис се одредува чекор по чекор за време на следењето на пациентот. Другите лабораториски тестови, освен параметрите на воспалението и ревматоидниот фактор, треба да се практикуваат со рестрикција.

### ОПШТИ ПРАВИЛА

- Има многубројни различни можни причини за полиартритис. Понекогаш за дефинитивно поставување на дијагноза е потребно следење во текот на неколку недели или месеци.
- Терапијата треба повеќе да се насочи кон патофизиолошкиот процес отколку кон специфичното заболување. Заради тоа, за започнување на терапијата не е неопходна дефинитивна дијагноза.
- Со цел да се постигнат добри ефекти од лекувањето на артритите кои имаат изгледи да станат хронични, потребно е да се почне со терапија што порано.

### ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

Види: Табела 1.

### ДИЈАГНОСТИЧКА СТРАТЕГИЈА

#### Клинички испитувања

1. Првата постапка е да се утврди дали симптомите потекнуваат од зглобот или од околните ткива.
2. Кога симптомот е локализиран во зглобот, следната постапка е клиничко утврдување дали зглобот е воспален (инфламиран). Целта на анамнезата е да се направи разлика помеѓу болка во зглобот (артралгија) и воспаление на зглобот (артритис), кој се карактеризира со:
  - Болка при движење.
  - Виеење.
  - Оток.
  - Топлина.

- Вкочанетост.
- Кога се исполнети клиничките критериуми за воспаление на зглоб, се препорачуваат следниве испитувања:
  1. Кај акутен моноартрит се изведува артроцентеза (пункција на зглоб) и се анализира синовијалната течност. Меѓутоа, кај полиартритот, доколку се работи за пациент кој е фебрилен или има високи вредности на серумски CRP, леукоцитоза или висока СЕ, исто така, мора да се направат артроцентеза и култура од синовијалната течност.
    - Ризикот за пурулентен артритис е најголем кај пациенти со преегзистирачки зглобни оштетувања (osteoarthritis, ендопротеза) или кај дијабетичари. Најчест причинител е staphylococcus.
    - Ако синовијалната течност е пурулентна (леукоцитоза над  $40.000 \times 10^6/L$ ), пациентот треба да биде хоспитализиран. Помал број на леукоцити во синовијалната течност од наведените не исклучува бактериски артритис и во тој случај одлуката за воведување на антибиотици (секогаш парентерално и во хоспитални услови) се базира на клиничката слика и на нивото на серумскиот CRP.
    - Анализа на синовијалната течност е потребна за да се докаже присуство на уратни кристали и да се потврди дијагнозата на гихт. Оваа постапка треба да се направи што побргу, бидејќи воспалителната течност во зглобот може да исчезне. Кај пациентите со типична слика на гихт, црвенило, оток и болка на првиот МТП зглоб кај маж, како прва помош може да се даде интраартикуларна инјекција со methyl prednisolone.
  2. Клиничката слика и анализа на синовијалната течност овозможуваат диференцијална дијагноза помеѓу дегенеративно и воспалително заболување на зглобот. Доколку бројот на леукоцити надминува  $2\ 000 \times 10^6/L$ , треба да се земе предвид инфламаторен артритис. Нормална СЕ сурегира дијагноза на дегенеративна зглобна болест.
  3. На Табела 2 се прикажани повеќе специфични испитувања кои се прават, базирано врз клиничката слика.

**Табела 1.** Епидемиологија на инфламаторни зглобни болести (студија на 10.000 пациенти од Северна Европа)

Етиологија	Пациенти	Коментар
Ревматоиден артритис	5	
Непозната етиологија	8	Најчесто транзитoren хидропс на колено
Артритис, асоциран со HLA-B27 антиген	3	Анкилозантен спондилитис, реактивен уроартритис, ентероартритис
Гихт	5	
Псоријатичен артритис	1	
Системска болест на сврзното ткиво	1	
Други	2	Септични и вирусни инфекции на зглобовите

## ИСПИТУВАЊА ШТО ТРЕБА ДА СЕ НАПРАВАТ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ВОСПАЛЕНИЕ НА ЗГЛОБ

Види Табела 2.

**Табела 2.** Испитувања што треба да се направат кај пациенти со симптоми на зглобно воспаление.

Клиничка слика	Испитувања
А. Сите пациенти со зглобно воспаление	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Микроскопско иследување на синовијална течност (криста)</li> <li>• Acidum uricum во серум, СЕ</li> </ul>
Лабораториски тестови	<ul style="list-style-type: none"> <li>• СЕ, CRP, крвна слика, анализа на урина</li> <li>• Анализа на синовијална течност (клетки, кристали, бактериска култура и боење по Gram)</li> </ul>
Историја на болеста	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Утринска вкочанетост и траење (повеќе од 1 час)</li> <li>• Болка при движење, виење</li> <li>• Болка во крстот во текот на мирување</li> <li>• Претходна повреда</li> <li>• Претходни зглобни симптоми</li> <li>• Позитивна фамилијарна анамнеза за воспалителни зглобни заболувања</li> <li>• Знаци за псоријаза (кожа, нокти)</li> <li>• Дијароичен синдром</li> <li>• Воспаление на очите</li> <li>• Дизурија, пурулентен исцедок од уретра</li> <li>• Сексуален контакт</li> <li>• Други симптоми на инфекција (фарингит)</li> <li>• Raynaud- феномен</li> <li>• Еритема при експозиција на сончеви зраци</li> <li>• Употреба на пиво или диуретици</li> </ul>
Б. Моноартрит (гихт, псеудогихт, септичен артрит, реактивен артрит)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Серумски acidum uricum (нормално ниво на серумските урати не исклучува акутна атака на гихт)</li> <li>• Анализа на синовијалната течност: кристали, клетки, бактериска култура и боење по Gram</li> </ul>
В. Зглобно воспаление коешто трае повеќе од 2 недели (ревматоиден артритис ?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ревматоиден фактор во серум</li> </ul>
Г. Позитивна анамнеза за акутен артритис кај млади адулти (инфективен артритис, реактивен артритис ?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анти-јерсинија, -салмонела, -кампилобактер антитела</li> <li>• PCR за хламидија и гонококи во урина</li> <li>• Анти-хламидија антитела (титарот останува висок долго по инфекцијата). PCR-се преферира поради супериорна сензитивност и специфичност</li> </ul>
Д. Можност за појава на симптоми на зглобна инфекција во ендемски области на Лајмска болест или еритема мигранс. Pox –like exanthema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анти-Borrelia burgdorferi антитела (негативен резултат во рана фаза на болеста не исклучува Лајмска болест)</li> <li>• Alphavirus антитела (ако пациентот има исип, проследен со јадеж во лето и есен.</li> <li>• Антитела против парвовируси</li> </ul>
Ѓ. Претходен фарингит со фебрилност (ревматска треска ?), шум на срце, миграторен полиартрит, нарушување во ЕКГ (ревматска треска?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стрептококна култура од грло</li> <li>• ЕКГ</li> <li>• AST (се испитува ако постои сомневање за ревматска треска врз основа на клиничката слика, негативниот резултат зборува против ревматска треска)</li> <li>• Рентген на бело дробови</li> </ul>
Е. Еритем при експозиција на сонце, Raynaud феномен (системски лупус еритематозус - СЛЕ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ANA (не се препорачува доколку мускулоскелетните симптоми се локализирани и не постојат општи симптоми)</li> </ul>
Ж. Нарушување на крвната слика, силна ноќна болка (леукемија)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диференцијална крвна слика, тромбоцити</li> <li>• Рендгенографија на зглобови</li> </ul>

## ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА

### 1. Ургентни хоспитализации

- **Фебрилен моноартритис** заради можна бактериска инфекција (постари пациенти може да се лекуваат во регионалните здравствени центри ако примерокот од синовијалната течност може да се испита прецизно).
  - Повозрасни пациенти може да бидат третирани во домовите за згрижување на стари лица доколку постои можност за тестирање на синовијалната течност.
- Тежок полиартрит, ако пациентот е фебрилен или во лоша општа состојба, особено ако показателите на инфламација се високи (CRP, СЕ).
- Клиничко сомнение за ревматска треска (види Табела 2, параграф Ѓ).
- Клиничко сомнение за малигном (патолошка крвна слика, јака ноќна болка) се третира како ургентен случај (сомнение за леукемија) или се решава во текот на наредниот работен ден.

### 2. Нормална хоспитална постапка

- Сомнение за серопозитивен ревматоиден артритис врз основа на направен позитивен тест за РФ.
  - Благ, но перзистентен серонегативен артритис:1-2 месеци по појавувањето на симптомите. Веднаш треба да се применат нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) и физикална терапија и да се следи текот на болеста.

### 3. Следниве состојби може да се лекуваат во примарната здравствена заштита:

- Сите транзиторни артрити.
- Благ реактивни артрити, чија етиологија е позната.
  - (Кај пациенти со хламидија-артритис и двајцата партнери земаат терапија со тетрациклини) кај јерсенија и салмонела артритис пациентите се лекуваат со ципрофлоксацин врз база на претходно земена бактериска култура на синовијална течност.
- Гихт
- Хидропс на коленото, предизвикан со физичка активност.
- Некои зглобови може да се третираат со интраартикуларни кортикостероиди, но со претходно исклучување на можна бактериска инфекција на зглобот (анализа на синовијална течност - негативна бактериска култура и ниски вредности на ЦРП кај моноартритис).

Автори: Tarani Helve

Article ID: ebm00438 (021.001)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 14.11.2011, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2015 година.**