

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 СЛЕДЕЊЕ НА ПАЦИЕНТ СО
РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при следење на пациент со ревматоиден артрит.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при следење на пациент со ревматоиден артрит 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 следење на пациент со ревматоиден артрит 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

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при следење на пациент со ревматоиден артритис („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

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

Бр. 17-2411/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

СЛЕДЕЊЕ НА ПАЦИЕНТ СО РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

МЗД Упатство
30.7.2013.

- Основни податоци
- Клинички преглед
- Лабораториски испитувања
- Интервју
- Имиџинг испитувања
- Потреба од рехабилитација, и помагала
- Консултација со специјалист
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Целта на третманот кај пациентите со ревматоиден артрит (РА) е ремисија (одсуство на симптомите, без болна осетливост или оток во зглобовите, нормални вредности на седиментација на еритроцити и CRP); ова исто така би требало да биде целта и кај другите ревматски заболувања.
- Со цел да се оптимизираат лековите, состаноци треба да се иницираат почесто(секои 1-3 месеци)
- Следењето има за цел да се идентифицираат промените штетни за прогноза(зголемен број на воспалени зглобови, покачен ЦРП, намалување на функционален капацитет, ерозии).
- РА е поврзан со зголемен ризик од кардиоваскуларни заболувања.
- Целни пипидни вредности треба да се исти како и кај другите пациенти со висок ризик(на пример дијабет).

ИНТЕРВЈУ

- Актуелни проблеми: ништо што би го загрижило пациентот (како почетна точка на дискусијата)
- Времетраење на утринската вкочанетост.
- Секојдневните активности и задачи кои предизвикуваат проблема.
- **Зглобови со симптоми.**
- **Несакани** дејства на лековите (особено гастроинтестинални симптоми, наузеја, осип), инфекции
- Употреба на аналгетици.
- Влијание на болеста на пациентот: ефект на социјален живот, расположение.

КЛИНИЧКО ИСПИТУВАЊЕ

- Редовно треба да се документира појава на симптомите во зглобови (осетливост, оток и обем на движења, запишани како бројна вредност) и без оглед дали се или не се присутни симптоми, провери го следното:
 - Дали е ограничена флексијата на прстите(доколку е потребно, да се даде локална инјекција со стероид во РИР или МСР зглобовите или во обвивките на флексорните тетиви)?

- Дали е ограничена екстензијата во рачниот зглоб или лактот?
- Дали можат надлактиците целосно да се абдуцираат (ограничувањето на движењето може да се развие подмолно)?
- Проценка и документирање на активноста на болеста на пример со DAS28 калкулатор, види (1).
- Систематски преглед на зглобовите 1
 - Годишно за сите пациенти.
 - Пред зголемување на дозата на лековите, и 2-6 месеци после зголемувањето.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Лабораториски мониторинг треба да вклучи определување на SE и CRP барем на секои три месеци кај пациенти кои користат антиреуматски лекови (инјекционо злато 2, ауранофин 3, сулфасалазин 4, циклоспорин 5, метотрексат 6, азатиоприн 7, циклоспорин 8, биолошки лекови). Постојано зголеменото ниво на вредноста на CRP може да укажува на развој на амилоидоза и е причина за интензивирање на медикаментозната терапија.
- Ниската концентрација на хемоглобин со висока SE е обично знак на активност на болеста и нема да реагира на терапијата со железо. Гастроинтестинално крвавење (НСАИЛ - нестероидни антиинфламаторни лекови!) треба да се има на ум како причина за феродефицитна анемија.
- Присуство на ревматоидниот фактор или анти-циклични цитрулирани пептидни (анти-ЦЦП) антитела не се користат како мерка на активноста на болеста и повторувано определување не е потребно. Повторен тест може да биде оправдан доколку пациентот, чиј реуматодиен фактор/анти-ЦЦП антитела биле негативни во минатото, се презентира со активна болест бидејќи конверзија во позитивен статус дава полоша прогноза.
- Ревматоидниот артрит е поврзан со зголемена инциденца на кардиоваскуларни заболувања. Активна инфламација ќе резултира со поголем атероген липиден профил...Мониторинг на РА вклучува определување на липидни вредности. Целните вредностите за липидите треба да се исти како и кај другите пациенти со висок ризик (на пример со дијабетес).
 - Доколку липидниот профил не се корегира со третманот на ревматската инфламација, треба да се препишат статини.

ИМИЦИНГ ИСПИТУВАЊА

- Рентгенграфија на градите е индицирана пред да се започне со терапија со метотрексат или биллолошки агенси.
- Перзистирачките симптоми во прстите, рачните зглобови и МТП зглобовите се индикација за повторени Ртг снимки на шаките и стапалата на секои 2-3 години така да развој на можни ерозии може а биде следен.
- Ултрасонографијата е користна во клиничка пракса за идентификување на синовитис, теносиновитис и бурситис, и артроцентеза може да се направи под контрола на ултразвук. Особено е корисна при проценка на симптомите во колковите и рамењата со оглед на тоа дека клиничката евалуација на овие зглобови е тешка.
- Доколку ултрасонографија потврди подобрување на воспаление на зглобот на колкот али болка во зглобовите перзистира, и Ртг снимка открива стеснување на зглобниот простор, Ртг снимка би требало да се повтори на секои 1-2 години со цел да се избегне одложувањето на операција(диференцијална дијагноза: болни состојби на големиот трохантер)
- Ртг снимки во флексија-екстензија на цервикален 'рбет се индицирани кога е суспектна атланта-аксијална сублуксација(очигледна осетливост и болка во цервикалниот рбет при движења, силна окципитална болка, понекогаш сензации како електричен- шок при виткање). Патолошки знак е ако просторот помеѓу dens axis и atlas при флексија е 4 mm или повеќе и е индикација за консултација со специјалист (потреба од цервикална

ортоза?); кај поголемите дислокации (>10мм) поврзани со невролошки симптоми, може да дојде во предвид итна хируршка интервенција.

ПОТРЕБА ОД РЕХАБИЛИТАЦИЈА И ПОМАГАЛА

- Трошоци за помагала и физиотерапија треба да се надоместат на пациентот со РА како дел од тековната медицинска рехабилитација.
- Најчести ортози се:
 - ортоза за рачен зглоб (ннд-Б)
 - ортоза за врат при патување со кола ако пациентот има симптоми во вратот од цервикалниот 'рбет
 - соодветни чевли/влошки (ннд-Б)
- Најдобар начин да се процени потреба од помагала е за време на посета дома од страна на физиотерапевт или професионален терапевт. Оваа посета треба да биде активно охрабрување за сите пациенти чии физички активности се ограничени заради РА. Пред да добиеш помагала за кои се смета дека се неопходни, терапевт треба да е сигурен дека пациентот е мотивиран да ги користи.
- Едукацијата на пациентот треба да биде систематска и целиот тим за грижа (ревматолог, сестра од ревматолошка област, ортопед, физијатар, физиотерапевт, професионален терапевт, подијатар, советник за рехабилитација, социјален работник итн.) треба да учествува во нејзиното планирање и имплементирање. Поддршка понудена од локална болница треба да вклучи индивидуални упатства како и едукативни денови за специфична дијагностика.
- Мултидисциплинарни тимски програми за нега(ннд=А) и едукација на пациенти во групи(ннд=Ц) се ефикасни барем на краток рок.
- За време на состаноци треба да се дискутира за самостојно изведување на вежби и треба да се обезбеди пациентот повторно да добива инструкции. Вежби (динамична работа на мускули) ја зголемуваат долготрајна издржливост, мускулната снага и зглобна подвижност (ннд=Б). Пациентот со РА може да вежба без ризик од активација на болеста 1.
- Специфични разлики меѓу државите постојат како за аранжманите на рехабилитација, превоспитување, финансиска поддршка, преквалификација итн. за пациенти со РА.

НАМАЛУВАЊЕ НА ДОЗА НА ЛЕКОВИ.

- Доколку потполна ремисија трае повеќе од една година, може да се направи обид за намалување на доза на лековите, после консултација во специјалистичка нега.
- Ако актуелните лекови се состојат од комбинација на конвенционална, према болеста модифицирана антиреуматска терапија(ДМАРД) и преднизолон, доза на преднизолон е обично прва која се намалува, следено со хидрохлорокинин или сулфасалазин. Ако метотрексат се добро поднесува, неговата доза обично последна се намалува. Сепак треба добро да се размисли пред целосно прекинување на метотрексат.
- Биолошки агенси не треба да се прекинат во примарна здравствена заштита, без претходна консултација со специјалисти во специјалистичка нега. Ако е пациент третиран со биолошки агенс во ремисија, преднизолон е обично прв лек кој се прекинува. Ова е проследено со помала администрација на биолошки агенс така да на крај само метотрексат останува да се користи.
- Може да се забележи дека после многу години од третманот со глюкокортикоиди пациент може да развие инсуфициенција на надбубрег и во тие случаи прекин на лекот нема да биде можен.

КОНСУЛТАЦИИ СО СПЕЦИЈАЛИСТ

- Практики се разликуваат, но во повеќе случаи следниве групи на пациенти оправдува долготраен мониторинг во специјалистичка грижа:

- Пациенте третирани со комбинација на неколку ДМАРД
- Пациенте третирани со биолошки агенси
- Пациенте со активна реуматоидна болест.
- Третман со биолошки агенси бара мониторинг од специјалист
- Лекари во примарна здравствена заштита може да бидат одговорни за планирано следење на пациенте
- Специјалистичка консултација е секогаш препорачана ако се размислува за употреба на поефикасен лек, ако активноста а болеста перзистира или доколку се развијат компликации.
 - Активниот синовитис укажува на ризик од постојано оштетување на зглобовите и треба да се третира со најефикасна анти-инфламаторна терапија.
 - Ако активноста на болеста не се намали за 3(-6) месеци од промената на лековите, треба да се размислува за понатамошна промена.
 - Треба да се има на ум индикациите за хируршки зафат кај ревматоиден артрит.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane reviews
- Други прегледи со докази

РЕФЕРЕНЦИ

1. Häkkinen A. Resistance training in patients with early inflammatory rheumatic diseases. Special reference to neuromuscular function, bone mineral density and disease activity [Academic dissertation]. Studies in Sport, Physical Education and Health nr. 60. Jyväskylä 1999.

Authors:

Markku Hakala

Article ID: ebm00441 (021.021)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 7.6.2013. www.ebm-guidelines.com
2. Упатството е ажурирано до 2014 г.
3. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.
4. Предвидено е следно ажурирање до јуни 2015 година.

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски

Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска