# СПЕЦИФИЧНИ СИМПТОМИ И ЗНАЦИ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ВОСПАЛИТЕЛНИ ЗГЛОБНИ БОЛЕСТИ

**МБД Упатство**

**03.02.2009**

* Остеоартрит (остеоартроза)
* Ревматоиден артрит
* Спондилоартропатии
* Саркоидоза
* Ревматска треска
* Системски лупус еритематозус
* Гихт
* Пирофосфатна артропатија
* Бактериски артрит
* Гонореа
* Вирусен артрит
* Лајмска болест
* Хипертрофична остеоартропатија
* Ревматична полимиалгија
* Инфекција со ХИВ
* Траума
* Референци

## Овапоглавје претставува детален опис на диференцијалната дијагноза на воспалителните зглобни заболувања кои се накусо презентирани во литературата.

## ОСТЕОАРТРИТИС

* Може да наликува на инфламаторен артрит особено ако се работи за излив на течност во колената или промени на прстите од шаките.
* Карактеристични симптоми се болка при свивање пратена со виење.
* Утринската вкочанетост или изостанува или трае помалку од 15 мин, за разлика од воспалителните болести (ревматоиден артрит), каде што трае значително подолго, често подолго од два часа. Остеоартрозата е асоцирана со вкочанетост при иницијација на движењето.
* Кај коленото ран симптом може да биде мала зглобна ефузија како резултат на несоодветно зглобно оптоварување. Притоа, кожата останува студена на допир или сосема лесно топла. Не може да се почуствува задебелување на синовијата.Во синовијалната течност постои мал број на леукоцити (помалку од 2000џ106/Л),со предоминација на мононуклеари.
* Остеоартрозата на шаките предизвикува појава на цврсти коскени израстоци на ниво на дисталните интерфалангеални зглобови (Хеберденови чворови) и благ дефицит во флексијата. (Дијастазата помегу допирната површина на прстот и дланката не е поголема од 20мм,). Вредностите на седиментација на еритроцитите (СЕ) иЦе-реактивниот протеин (ЦРП)[[1]](#footnote-1) се нормални.
* Едно од типичните места за артроза е првиот карпометакарпален зглоб. Палецот е поттурнат во аддукција а дланката завзема квадратен облик.
* За разлика од ревматоидниот артритис, артрозата многу често го зафаќа рачјето.
* Дорзифлексијата на рачјето се испитува со притисок на дланката во услови кога прстите се доближени еден до друг. Тестот на волева флексија се спроведува со притисок на дорзумот на шаката во спротивен правец.

## РЕВМАТОИДЕН АРТРИТИС

* Болеста започнува постепено и најчесто првите симптоми ги засегаат шаките: метатарзофалангеалните (МТФ), радиокарпалните (РК) зглобови, но било кој друг зглоб може да е првозафатен. Вретеновиден синовит на проксималниот -интерфалангеален (ПИФ) зглоб е карактеристичен, но може да се види и кај други воспалителни болести на зглобовите.
* Вообичаено симптомите се развиваат постепено, како што се шири инфламацијата. Исто така, болеста може да има палиндромски почеток и симптомите да траат неколку часови до неколку дена.
* Првите симптоми може да се акутни и фулминантни. Воспалителните зглобни манифестации може да се асоцирани со замор, губиток на апетит или покачена телесна температура.
* Карактеристично за ревматоидниот артрит е симетричното засегање.
* Инфламираните зглобови се болни само при движење.
* Постои позитивна корелација помегу активноста на воспалението, должината на утинската вкочанетост, како и чувството на успорено и отежнато движење на зглобовите.
* Вредностите на СЕ и ЦРП се покачени.
* Ерозивната остеоартроза на ПИФ и на ДИФ (дистални- интерфалангеални) зглобови на шаките може да наликува на хроничен ревматоиден артрит, но се разликува по: локализацијата (никогаш не е на РКзглоб и МТФ зглобови), отсуството на ревматоиден фактор (РФ)[[2]](#footnote-2), ниски вредности на СЕ.

## СПОНДИЛОАРТРОПАТИИ

## Реактивен артрит

* Честопати е асоциран со ХЛА-Б 27 антигенот, а предиспозицијата за болеста е наследна. Фамилијарната анамнеза може да е позитивна.
* Најчесто се презентира како моно/олигоартрит на долните екстремитети со спора тенденција за ширење и мигрирање.
* Покрај артритот често пати се гледаат ентезопатии (болка на местото на мускулниот или фасцијалниот припој на коската ) и дактилити.
* Некои пациенти имаат очни промени и уретрит (Сѕндрома Реитер).
* Ретко се јавува кај постари.
* Реактивниот моноартрит кој е пропратен со изразена симптоматологија и значајно покачени вредности на СЕ и ЦРП претставува диференцијално дијагностички проблем поради сличностите со бактериски артрит.

## Псориатична артропатија

* Псоријатичната артропатија најчесто е асиметрична инфламаторна зглобна болест (олигоартрит). На ниво на шаките најчесто зафатени се ДИП зглобови.
* Честопатисе зафатени стерно-клавикуларниот, сакро-илијакалниот и темпоро-мандибуларниот зглоб.
* Артропатијата честопати е придружена со псоријатични промени на ноктите, додека кожните промени може да изостануваат.
* Дактилитот на шаките и стапалате е придружен со псориатичната артропатија.
* Фамилијарната анамнеза може да е позитивна.

## Анкилозантен спондилит

* Пет критериуми во анамнезата сугерираат анкилозантен спондилитис:пациент помлад од 40 години, појава на подмолна крстна болка, времетраење од најмалку три месеци, асоцираност со утринска вкочанетост и подобрување на симптомите со физички вежби.
* Асоцираност со ХЛА-Б27 антиген во 95% случаите, а предизпозицијата кон оваа болест е наследна. Фамилиарната анамнеза може да е позитивна.
* Одредувањето на ХЛА-Б271[[3]](#footnote-3)има најголема информативна вредност кај пациентите со 50%-на веројатност за анкилозантен спондилитис (млади мажи со симптоми на крстна болка во раните утрински часови но со сеуште нормални радиограми на сакроилиачните зглобови. При неговите позитивни вредности, веројатноста за ова заболување изнесува 92% а при негово отсаство само 8%. Доколку веројатноста за заболувањето, базирана на анамнезата е 0, позитивниот тест не ја потврдува дијагнозата. Таквиот пациент припаѓа на нормалната популација со позитивен ХЛА-Б27но без асоцирано заболување.
* Околу една третина од болните имаат периферни артрити, најчесто моно/олироартрити но можна е полиартикуларна презентација која наликува на реуматоиден артрит.
* Карактеристично, грбот е вкочанет наутро и после подолго седење. Испитувањето на сакроилијакалните зглобови може да укаже на сакроилиит.
* Некои пациенти имаат пристап на акутен иритис.
* Пациентите може да имаат ентезопатии.

## САРКОИДОЗА

* Саркоидозата може да се презентира како акутен артрит кој најчесто ги зафаќа глуждовите.Може да сезафатени иколената.
* СЕ најчесто е покачена.

## РЕВМАТСКА ТРЕСКА

* Во развиените земји е ретка.
* Најчесто се работи за рапидно прогресивен миграторен артрит но зглобните поплаки на пациентот може да се сведуваат само на болка.
* Кардит кој се манифестира како панкардит е важен прогностички фактор.
* Вредностите на СЕ И ЦРП се значајно покачени.

## СИСТЕМСКИ ЛУПУС ЕРИТЕМАТОЗУС

* Зглобните симптоми се често пати потешки отколку клиничките испитувања.
* Најчесто има симетричен полиартрит/полиартралгија.
* Зглобните симптоми се пропратени со општи симптоми, разни кожни манифестации и симптоми од други органи (главоболка кај инволвирање на централниот нервен систем, протеинурија/хематурија кај нефрит, тромбоцитопенија, леукопенија, венска тромбоза).
* СЕ е покачена, а ЦРП може да е нормален.

## ГИХТ

* Најчесто се јавува кај средовечни мажи.
* Започнува на првиот МТФ зглоб кај повеќе од половината случаи.
* Траума на зглобот може да предизвика напад на гихт.
* Гихтичниот напад најчесто започнува ноќе и го постигнува пикот во тек на 24 часа. Знаците на инфламација се болка, оток и црвенило.
* Ако не се третира атаката се повлекува со тенденција за се поголема фреквенција и доведува до хроничен деструктивен полиартрит.
* Акутниот гихт може да има полиартикуларна презентација. Акутната атака на гихт може да е пропратена со покачена тел.температура и умерено покачени вредности на СЕ и ЦРП. Серумско ниво на мочната киселина[[4]](#footnote-4) најчесто е покачено
* Честопати е асоциран со метаболни нарушувања ( централен тип на обезност).

## ПИРОФОСФАТНА АРТРОПАТИЈА

* Може клинички да наликува на гихт или остеоартрит.
* Радиографски се следи калцификација на зглобната рскавица (хондрокалциноза) а во синовијалната течност може да се видат пирофосфатни кристали[[5]](#footnote-5).

## БАКТЕРИСКИ АРТРИТ

* Најчесто почнува нагло со септична температура. Кај повозрасните пациенти покачена тел.температура може да изостане.
* Секој акутен моноартрит се смета за бактериски додека не се докаже спротивното.
* Олигоартритот може да биде бактериски.
* ЦРП и СЕ се значајно покачени но леукоцитозата може да изостане.
* Кристалниот артрит може исто така да биде фулминантен и да наликува на бактериски (***Барај кристали во аспиратот!***).

## ВИРУСНИ АРТРИТИ

* Вирусните артрити вообичаено се манифестираат како умерени поли/олигоартритиси со акутен почеток и самоограничувачки тек.
* Зглобното воспаление е асоцирано најчесто со рубеола или арбовируси кои се идентифицираат според карактеристичниот кожен исип:
* Арбовирозата е најчеста во лето, се одликува со пруритичен исип.
* Кај возрасните, чест причинител на артрит или артралгија е парвовирусот Б19.
* Постои благо забрзана СЕ и зголемено ниво на ЦРП со не секогаш присутна предоминација на мононуклеарни клетки во синовијалната течност.

## ЛАЈМСКА БОЛЕСТ

* Болест со многу лица предизвикана од Боррелиа бургдорфери, која се шири по пат на убод.
* Во акутната фаза, на местото на убодот се јавува кожен исип - ерѕтхема мигранс. Значаен број на пациенти, воопшто немаат исип. На почетокот од болеста обично има покачена телесна температура, главоболка, мијалгија и лимфаденопатија.
* Доцните манифестации на болеста вклучуваат артрит, невролошки испади и кардит.
* Артритот обично е рекурентен моно/олигоартрит.
* За добар исход на болеста од есенцијално значење е раната дијагноза.

## ХИПЕРТРОФИЧНА ОСТЕОАРТРОПАТИЈА

* Паранеопластичен феномен кој вклучува синовит и е придружен со периостит на долгите коски на екстремитетите и задебелување на прстите.

## ПОЛЅМЅАЛГИА РХЕУМАТИЦА

* Осетливост на мускулатурата на раменскиот и карличниот појас.
* Понекогаш има синовит на рачен зглоб и колено.1
* Вкочанетост и отежнато движење на зглобовите при обид за станување и после одмор.
* Возраст поголема од 50 години.Имај предвид дека и реуматоидниот артрит кај постари може да започне со раменска болка како кај полимијалгијата.
* СР > 40-50
* Главоболка, пореметувања во видот, клаудикација при голтање како и тешки општи симптоми сугерираат темпорален артеритис.

## ХИВ ИНФЕКЦИЈА

* Пациентите инфицирани со ХИВ често имаат реактивни артрити и артралгии.

## ТРАУМА

* Пациентот може да ја заборави поранешната траума што доведува до дијагностички потешкотии.

**РЕФЕРЕНЦИ**

1. Матхењс ЦЈ, Њестон ВЦ, Јонес А, Фиелд М, Цоаклеѕ Г. Бацтериал септиц артхритис ин адултс. Ланцет 2010 Мар 6;375(9717):846-55.
2. Хеалеѕ Ла. Лонг-терм фоллоњ-уп оф полѕмѕалгиа рхеуматица. Евиденце фор сѕновитис. Семин Артхритис Рхеум 1984;13:322–328
3. Мѕклебуст Г, Гран Т. А проспецтиве студѕ оф 287 патиентс њитх полѕмѕалгиа рхеуматица анд темпорал артеритис: цлиницал анд лабораторѕ манифестатиос ат онсет оф дисеасе анд ат тхе тиме оф диагносис. Бр Ј Рхеуматол 1996;35:1161–1168
4. Фањаз-Еструп Ф. Хуман парвовирус инфецтион: Рхеуматиц манифестатионс, ангиоедема, Ц1 естерасе инхибитор дефициенцѕ, Ана постивитѕ, анд поссибле онсет оф сѕстемин лупус ерѕтхематосус. Ј Рхеуматол 1996;23:1180–1185
5. Турунен М, Куусисто П, Уггелдахл П-Е, Тоиванен А. Погоста дисеасе: Цлиницал обсерватионс дуринг ан оутбреак ин тхе провинце оф нортх Царелиа, Финланд. Бр Ј Рхеуматол 1998;37:1177–1180
6. Сцхлапбацх П, Амборд Ц, Блöцхлингер АМ, Гербер НЈ. Бацтериал артхритс: Аре февер, ригорс, леукоцѕтосис анд блоод цултурес оф диагностиц валуе? Цлин Рхеуматол 1990;9:69–72
7. Берглуд Ј, Бломберг И, Хансен БУ. Лѕме боррелиосис ин рхеуматологицал працтице: Идентифицатион оф лѕме артхритис анд диагностиц аспецтс ин асњедисх цоунтѕ њитх хигх ендемитѕ. Бр Ј рхеуматол 1996;35:853–860
8. Цалин А, Порта Ј, Фриес ЈФ, Сцхурман ДЈ. Цлиницал хисторѕ ас а сцреенинг тест фор анкѕлосинг спондѕлитис. ЈАМА 1977 Јун 13;237(24):2613-4
9. Кхан МА, Кхан МК. Диагностиц валуе оф ХЛА-Б27 тестинг анкѕлосинг спондѕлитис анд Реитер'с сѕндроме. Анн Интерн Мед. 1982;96(1):70-6.
10. Франссила Р, Хедман К. Вирал цаусес оф артхритис. Цлин Рхеуматол
11. Аутхорс:Тапани Хелве. Артицле ИД: ебм00440 (021.003)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд
12. **ЕБМ Гуиделинес, 03.02.2009,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)
13. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
14. **Предвидено следно ажурирање до мај 2014 г.**

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

**МБД 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 колено и болни состојби на стопало и глужд.

## ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

* Септичниот артритис е ургентна медицинска состојба. Дијагностичките испитувања за другите облици на моноартритис треба да се извршат во тек 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.Други лабораториските 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 тек 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 меѓу болка во зглобот (артралгија) и воспаление на зглобот (артритис) кој се карактеризира со:

* болка при движење
* виење
* оток
* топлина
* вкочанетост
* Кога се исполнети клиничките критериуми за воспаление на зглоб, се препорачуваат следните испитувања:

1. Кај акутен моноартрит се изведува артроцентеза (пункција на зглоб)[[6]](#footnote-6) и се анализира синовијалната течност. Меѓутоа, кај полиартритот, доколку се работи за пациент кој е фебрилен или има високи вредности на серумски ЦРП,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 (остеоартритис, ендопротеза) или кај дијабетичари. Најчест причинител е стапхѕлоцоццус.
* Ако синовијалната течност е пурулентна (леукоцитоза над 40.000 џ 106/Л) 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 ЦРП[[7]](#footnote-7).
* 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.[[8]](#footnote-8)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 метхѕл преднисолоне.

1. Клиничката слика и анализа на синовијалната течност овозможуваат диференцијална дијагноза помеѓу дегенеративно и воспалително заболување на зглобот. Доколку бројот на леукоцити надминува 2 000 џ 106/Линфламаторен артиртис треба да се земе в обзир. Нормална СЕ сурегира дијагноза на дегенеративна зглобна болест.
2. На Табела 2 се прикажани повеке 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 транзиторен хидропс на колено |
| Артритис асоцииран со ХЛА-Б27 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 | Микроскопско иследување на синовијална течност(кристали)  * Ацидум урицум во серум, СЕ |
| Лабораториски тестови | СЕ, ЦРП, крвна слика,анализа на урина  * Анализа на синовијална течност (клетки, кристали, бактериска култура и боење по Грам) |
| Историја на болеста | * Утринска вкочанетост и траење (повеќе од 1 час) * Болка при движење, виење * Болка во крстот во тек на мирување * Предходна повреда * Предходни зглобни симптоми * Позитивна фамилијарна анамнеза за воспалителни зглобни заболување * Знаци за псоријаза(кожа,нокти) * Дијароичен синдром * Воспаление на очите * Дизурија,пурулентенисцедок од уретра * Сексуален контакт * Други симптоми на инфекција(фарингит) * Раѕнауд- феномен * Еритема при експозиција на сончеви зраци * Употреба на пиво или диуретици |
| Б. Моноартрит (гихт, псеудогихт, септичен артрит, реактивен артрит) | * Серумски ацидум урицум (нормално ниво на серумските урати не исклучува акутна атака на гихт) * Анализа на синовијалната течност: кристали, клетки, бактериска култура и боење по Грам |
| В. Зглобно воспаление кое што треа повеќе од 2 недели (ревматоиден артритис ?) | * Ревматоиден фактор во серум[[9]](#footnote-9) |
| Г. Позитивна анамнеза за акутен артритис кај млади адулти (инфективен артритис, реактивен артритис ?) | * Анти-јерсинија, -салмонела, -кампилобактер антитела * ПЦР[[10]](#footnote-10) за хламидија и гонококи во урина * Анти-хламидија антитела (титарот останува висок долго после инфекцијата). ПЦР-се преферира поради супериорна сензитивност и специфичност |
| Д. Можност за појава на симптоми на зглобна инфекција во ендемски области на Лајмска болест или еритема мигранс.Поџ –лике еџантхема | * Анти-Боррелиа бургдорфери антитела (негативен резултат во рана фаза на болеста не исклучува Лајмска болест) * Алпхавирус антитела (ако пациентот има исип пропратен со јадеж во лето и есен. * Антитела против парвовируси |
| Ѓ. Предходен фарингит со фебрилност (ревматска треска ?), шум на срце, миграторен полиартрит, пореметување во ЕКГ (ревматска треска?) | * Стрептококна култура од грло * ЕКГ * АСТ (се испитува ако постои сомневање за ревматска треска врз основа на клиничката слика, негативниот резултат зборува против ревматска треска) * Рентген на бело дробови |
| Е. Еритем при експозиција на сонце, Раѕнауд феномен (системски лупус еритематозус - СЛЕ) | * АНА (не се препорачува доколку мускулоскелетните симптоми се локализирани и не постојат општи симптоми) |
| Ж. Пореметување на крвната слика, силна ноќна болка (леукемија) | * Диференцијална крвна слика, тромбоцити * Рентгенграфија на зглобови |

## ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА

## Ургентни хоспитализации

* **Фебрилен моноартритис** заради можна бактериска инфекција (постари пациенти може да се лекуваат во регионалните здраствени 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(ЦРП,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.

1. Нормална хоспитална постапка

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

1. Следните состојби може да се лекуваат во примарна здраствена заштита

* Сите транзиторни артрити
* Благи реактивни артрити чија етиологија е позната.
* (Кај пациенти со хламидија-артритис и двајцата партнери земаат терапија со тетрациклини) кај јерсинија 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.
* Поедини 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:

Тапани Хелве

Артицле ИД: ебм00438 (021.001)

© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

**ЕБМ Гуиделинес, 14.11.2011,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)

**Упатството треба да се ажурирана 4 години.**

**Предвидено следно ажурирање до јуни 2015 г.**

# ИСПИТУВАЊА НА СИНОВИЈАЛНАТА ТЕЧНОСТ

**МБД Упатство**

**20.11.2009**

* Основни податоци
* Примероци
* Интерпретација на анализите на зглобната течност

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

* Секогаш кога постои можност за бактериски артритис треба да се земе синовијалната течност[[11]](#footnote-11) за засејување на култура на бактерии. Грам позитивните бактерии треба да се докажат, кога врз база на клиничката слика, се отпочнува со антимикробна терапија.
* При сомневање за гихт, секогаш треба да се направи микроскопска идентификација на кристали[[12]](#footnote-12).
* Кога треба да се диференцира зглобно воспаление од други причини за акумулација на течност во зглобот, треба да се направи тотална и диференцијална леукоцитна формула.

Примероци на зглобна течност – види табела 1.

**Табела 1. Испитувања на зглобна течност**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Анализа** | **Тотален волумен** | |
| **1.Примерок за диференцијација на клетки во препарат на предметно стакло** | **Бактерии со боење по Грам** | **Боење по Грам, клеточна диференцијација и број на клетки** |
| **2.Примерок за култура во аеробно шише** | **Може да се користи аеробно шише за култура на крв** | **Да се исплакне шприцот со физиолошки раствор** |
| **3.Примерок во хепарин, флуориде оксалат или ЕДТА-епрувети за број на леукоцити и нивна диференцијација** |  | **Не е доволна како единствена анализа** |
| **4.Примерок за анализа на кристали** | **Хепаринизирана епрувета** | **На предметно стакло** |

#### Примерок на зглобна течност од првиот метатарзофалангеален зглоб може да се земе со многу тенка игла (26 или 27) и шприц кој претходно е натопен во хепарин.

#### Мала количина на хепарин и физиолошки раствор може најпрво да се инјектира во зглобот за да се овозможи анализа на кристалите.

#### ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА НАОДИТЕ ОД СИНОВИЈАЛНАТА ТЕЧНОСТ

Погледни ја Табела 2.

**Табела 2.** Интерпретација на наодите од синовијалната течност

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дијагноза** | **Синовијални Ле(џ106)** | **Полиморфо-нуклеарни(%)** | **Коментари** |
| Бактериски артритис | >40.000 | >80% | Синовијалните леукоцити (Ле) може да бидат ниски во почетокот на болеста. Бактериските култури се негативни кај секој втор случај |
| Ентеро или уроартритис | >10.000 | >60% | Често бројот на клетките е многу висок |
| Ревматоиден артритис | >5.000 | (20-) 40-90% |  |
| Анкилозирачки спондилитис | Види ревматоиден артритис |  |  |
| Борелија артритис | Види ревматоиден артритис |  |  |
| Гихт |  |  | Силно негативни бирефрингентни кристали[[13]](#footnote-13) |
| Пирофосфат артропатија | 10.000-60.000 | >50% | Слабо позитивни бирефрингент кристали1 |
| Вирусен артритис | 1.000-20.000 | 5-90% | Често мононуклеарна доминација |
| Остеоартритис | 200-2.000 | 0-30% | Многу ретко полиморфонуклеарна предоминација |
| Јувенилен ревматоиден артритис(ран почеток на олигоартритис) | 1.500-15.000 | 5-50% | Ретко полиморфонуклеарна предоминација |
| Јувенилен ревматоиден артритис (останати) | 5.000-60.000 | >50% | Понекогаш мононуклеарна доминација |
| Јувенилен кокситис | 1.000-6.000 | 10-80% | Воглавно мононуклеарна доминација |
| Бактериски бурситис | >2.000 | >50% | Бројот на клетките може да биде мал во почетокот на болеста |

1. Многу други форми на кристали може да се сретнат во зглобната течност (нпр. кортикостероидни кристали по интраартикуларна инјекција). Затоа при микроскопирање потребно е искуство за анализа на кристалите.

Автори:Маркку Хакала, Артицле ИД: ебм00466 (021.011)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 20.11.2009,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се опреснува еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2014 г.**

# ЈУВЕНИЛЕН ИДИОПАТСКИ АРТРИТИС

# (ЈУВЕНИЛЕН РЕВМАТОИДЕН АРТРИТИС)

**МБД Упатство**

**22.04.2010**

* Основни податоци
* Дефиниција и епидемиологија
* Симптоми и знаци
* Подтипови на ЈРА
* Принципи на терапија
* Поврзани извори
* Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

* Систематски преглед на зглобови се прави кај сите деца сомнителни за артритис.
* Дијагноза на јувенилен ревматоиден артритис (ЈРА) во раниот стадиум со минимални сиптоми и детекција на асимптоматски иридоциклитис.
* Дијагнозата на ЈРА треба да биде потврдена и одлуката за третманот треба да биде од специјалистичка установа.Лекарот по општа пракса треба да ја следи детската фармакотерапија во кооперација со специјалистите.
* Адекватна физиотерапија треба да се овозможи блиску до домот на пациентот**.**

**ДЕФИНИЦИЈАИ ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

* Јувенилниот идиопатски артиритис (ЈИА) порано се нарекуваше јувенилен ревматоиден артритис (ЈРА). Двата термина сеуште се применуваат.
* Артритис кој трае подолго од 6 месеци се смета за ЈИА доколку други причини за артритис се исклучени.
* Инциденцата на заболувањето е 15-19/100 000 а преваленцата 1/1000.

**СИМПТОМИ И ЗНАЦИ**

* Утринска вкочанетост и куцање се најчести иницијални симптоми.
* Артритис кој ги зафаќа горните екстремитети, па затоа родителите ќе забележат дека детето наизменично ги користи рацете со цел да го поштеди отечениот зглоб.
* Пролонгирана болка во вратот и тортиколис може да бидат рани симптоми на ЈРА.
* Често клиничките знаци може да се откријат само со систематски преглед на зглобовите.
* Кај системскиот облик на ЈРА (Стилл-ова болест) единствени симптоми во подолг период може да бидат осцилирачката температура и еритематозниот макуларен осип на горниот дел на телото за време на температурата.2

**ПОДТИПОВИ НА ЈУВЕНИЛЕН (ИДИОПАТСКИ) АРТРИТИС**

* Дефинирани се седум подтипови. 20% од пациентите со олигоартикуларен почеток се развиваат во полиартритис. Кај 2% од сите случаи симптомите започнуваат пред првиотроденден.

1. Ран почеток на олигоартритис (околу 50% од сите случаи)

* Се јавува кај деца на возраст од 1-5 години.
* 80 % од пациентите се девојчиња.
* Во повеќето случаи колената и глуждовите се првично зафатени.
* Антинуклерани антитела (АНА) се детектират во 80% случаи.
* Скоро 50% од пациентите имаат хроничен, обично асимптоматски иридоциклитис кој може да води до губиток на видот ако не се третира.
* Прогнозата е добра.
* Постојат два типа:
* Болеста останува олигоартикуларна (само 1-4 зафатени зглобови)
* Болеста проградира и во тек на 6 месеци од почетокот, зафаќа поголем број на зглобови.

1. Серонегативен артритис со ентезитис(10-15% од сите случаи)

* Зафатени се големите зглобови на долните екстремитети, вклучувајќи ги и колковите.
* Се јавува кај деца на возраст од 6-15 години.
* 90% од пациентите се момчиња.
* ХЛА-Б27[[14]](#footnote-14)е присутен кај 75% пациенти.
* Честа клиничка карактеристика е воспаление на инсерциите (Ентезитис)

1. Серонегативен полиартритис (околу 30% од сите случаи)

* Се јавува кај деца на возраст од 1-15 години.
* Покрај големите, зафатени се и малите зглобови, темпоромандибуларните зглобови и цервикалниот рбет.
* 90% од пациентите се девојчиња.
* АНА[[15]](#footnote-15) се детектираат кај 25%.

1. Серопозитивен полиартритис(<10% од сите пациенти)
   * Се јавува кај деца на возраст од 8-12 години.
   * Болеста е иста како серопозитивн реуматоиден артритис кај возрасни.
   * 80% од пациентите се девојчиња.
   * Реуматоидниот фактор[[16]](#footnote-16) е позитивен.
   * Прогнозата е често неповолна.
2. Системски ЈРА(<10% од сите случаји)

* Почетни симптоми се температура и исип. Зглобните манифестации се развиваат покасно и понекогаш се отсутни.
* Леукоцитоза, висока СЕ и ЦРП- скоро секогаш се детектираат.
* Тестот за АНА и ревматоидниот фактор се негативни.
* Околу 50% од пациентите развиваат тежок полиартритис.

1. Псориатичен артритис кај деца кои истовремено имаат псориаза и хроничен артритис. Болеста се ксасифицира како псориатичен артритис и кога пациентот има 2 од следниве: дактилитис, типични промени на ноктите, или пак роднина од прво колено кој боледува од псориаза.
2. Недефиниран идиопатски артритис.

**ПРИНЦИПИ НА ЛЕКУВАЊЕ**

1. Целта на терапијата треба да обезбеди нормален функционален капацитет и превенција на зглобните оштетувања и малпозиции на зглобовите.
2. Регуларно треба да се земаат НСАИЛ (напроксен, 10-15 мг/кг/дневно; диклофенак 1-3 мг/кг/дневно; ибупрофен 20-40 мг/кг/дневно)Студени облози го намалуваат отокот и зглобната болка. НСАИЛ и студените облози треба да се ординираат рано, дури и кога постои само сомневање за болеста.
3. Локални стероиди треба да се инјектираат кај зглобови со излив или тешки симптоми. (Инекциите обично ги дава докторот одговорен за третманот)
4. Хидроксихлорохин често се користи во почетокот на болеста.
5. Метхотрексате(ннд-**Б)** се дава неделно во мали дози и е терапија на избор кај деца со тешки сиптоми.
6. Алтернатива на метхотрексатесе сулохасалазине, лефлуномиде и азатхиоприне.
7. Во тешки случаи кои не дават одговор на наведената монотерапија, може да се дава комбинација на неколку антиревматски лекови или биолошки агенси. Од последниве, антагонистите на тумор-некрозирачкиот-фактор алфа [[17]](#footnote-17)се најчесто користени. Интерлеукин-1 рецептор антагонист[[18]](#footnote-18) се користи кај болест со системски манифестации.
8. Лабораториските тестови за следење на штетноста на лековите се изведуваат амбулантски.
9. Физиотерапијата треба да биде редовна ( 1-3 пати неделно).
10. За време на ремисија треба да се дава вакцина: не се дава жива вакцина за пациенти на високи дози на кортикостероиди и/или на цитотоксична терапија.
11. По правило ЈИА кај децата се лекува според општите принципи. Доколку постои сомневање за туберкулоза кај пациентите лекувани со антиревматици, или пак сомневање за можен контакт со варичела кај невакцинирани пациенти, веднаш треба да се вклучи специјалист од таа област.
12. За да се справи полесно со болеста на ученикот во училиштето потребана му е соработка со наставниците и родителите. Во адолесценција, ако детето и понатаму има симптоми, важно е советување за избор на кариера.

**КРИТЕРИУМИ ЗА УПАТУВАЊЕ НА СПЕЦИЈАЛИСТ И СЛЕДЕЊЕ**

***Доколку се сомневате на ЈИА, пациентот треба да го упатите кај специјалист.*** Терапијата на акутната фаза на болеста е одговорност на специјалисти кои имаат искуство во лекување на ЈИА.[[19]](#footnote-19)

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

**Цоцхран –ови прегледи**

* Физичките вежби најверојатно не се ефикасни за очувување на функционалната способност, квалитетот на животот, аеробниот капацитет и намалување на болката кај деца заболени од јувениле идиопатски артритис (ннд-**Ц)**.

**РЕФЕРЕНЦИ**

1. 2011 АЦР ЈИА Гуиделинес
2. Олигоартицулар јувениле артхритис. Орпханет ОРПХА85410.
3. Ентхеситис-релатед артхритис. Орпханет ОРПХА85438.
4. Јувениле рхеуматоид фацтор-негативе полѕартхритис. Орпханет ОРПХА85408.
5. Јувениле рхеуматоид фацтор-поситиве полѕартхритис. Орпханет ОРПХА85435.
6. Идиопатхиц јувениле-онсет сѕстемиц артхритис. Орпханет ОРПХА85414.
7. Јувениле псориатиц артхритис. Орпханет ОРПХА85436.
8. Равелли А, Мартини А. Јувениле идиопатхиц артхритис. Ланцет 2007 Мар 3;369(9563):767-78. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17336654)
9. Мурраѕ КЈ, Ловелл ДЈ. Адванцед тхерапѕ фор јувениле артхритис. Бест Працт Рес Цлин Рхеуматол 2002

Јул;16(3):361-78. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12387805)

1. Тѕнјäлä П, Вäхäсало П, Хонканен В, Лахденне П. Друг сурвивал оф тхе фирст анд сецонд цоурсе оф анти-тумоур нецросис фацтор агентс ин јувениле идиопатхиц артхритис. Анн Рхеум Дис 2009 Апр;68(4):552-7. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18467515)
2. Петтѕ РЕ, Соутхњоод ТР, Баум Ј, Бхеттаѕ Е, Гласс ДН, Маннерс П, Малдонадо-Цоццо Ј, Суарез-Алмазор М, Орозцо-Алцала Ј, Приеур АМ. Ревисион оф тхе пропосед цлассифицатион цритериа фор јувениле идиопатхиц артхритис: Дурбан, 1997. Ј Рхеуматол 1998 Оцт;25(10):1991-4.[**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9779856)
3. Руперто Н, Мурраѕ КЈ, Герлони В ет ал; Педиатриц Рхеуматологѕ Интернатионал Триалс Организатион. А рандомизед триал оф парентерал метхотреџате цомпаринг ан интермедиате досе њитх а хигхер досе ин цхилдрен њитх јувениле идиопатхиц артхритис њхо фаилед то респонд то стандард досес оф метхотреџате. Артхритис Рхеум 2004 Јул;50(7):2191-201.
4. Аутхорс: Виса Хонканен
5. Превиоус аутхорс: Илкка Куннамо, Артицле ИД: ебм00656 (029.086) © 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд
6. **ЕБМ Гуиделинес, 22.04.2010**, [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)
7. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
8. **Предвидено следно ажурирање до септември 2014 г.**

# ТЕРАПИЈА НА РЕВМАТОИДЕН АРТРИТИС СО ЛЕКОВИ

**МБД Упатство**

**20.11.2009**

* Основни податоц
* Основни правила
* Избор на антиревматски лекови кои ја модифицираатболеста (ДМАРД)[[20]](#footnote-20)
* Лабораториски тестови за процена на сигурноста на терапијата
* Поврзани извори

## ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

* Правилно одбрана терапија овозможува превенција на зглобната ерозија, редукција на инвалидноста и на потребата од реконструктивна хирургија како и подобрување на квалитетот на животот и функционалната способност.
* Кај свежи ревматоидни артритиси, ефект на излекување се постигнува кај 40% од пациентите со примена на терапија со повеќе лекови истовремено. (метхотреџате + сулпхасалазине + хѕдроцхлорољуине[[21]](#footnote-21) + мали дози на преденисолоне). Доколку споменатава комбинирана терапија не обезбеди задоволителен ефект, се започнува терапија со биолошки лекови.

## ОСНОВНИ ПРАВИЛА

* Бидејќи е невозможно да се предвиди текот на болеста, после поставување на дијагнозата на сите пациенти треба да им се ординираатДМАРД-и. Со раната терапија се избегнува задоцнето превенирање на веќе настанатите деструкции. За примена на терапијата потребно е да се задоволени 4/7 класични класификациони критериуми за ревматоидниот артрит.
* 40-60% од пациентите со ревматоиден артритис се позитивни на антитела кон цитрулинирани пептиди[[22]](#footnote-22) што овозможува правилна дијагноза и индикација за активна терапија.
* Терапијата треба да е активна и агресивна: лекот да се иницира во најраните стадиуми. Тоа подразбира примена на повеќе лекови истовремено во самиот почеток на болеста. Доколку терапијата се покаже неефикасна, лекот се заменува или пак му се додава друг во период од 3-6 месеци. **Ревматоиден артрит кој не одговара на конвенционалните антиревматици, вклучувајќи метхотреџате и негови комбинации, првенствено се третира со инхибитори на тумор некротизирачки фактор алфа[[23]](#footnote-23)**. Алтернативно може да се применат и ритуџимаб или абатацепт[[24]](#footnote-24).
* Потврдувањето на дијагнозата и отпочнувањето со терапија најдобро е да е направено од специјалист. Лекарите од примарна здравствена заштита се задолжени за сигурното спроведување на терапијата и за идентификација на пациентите таму каде е неадекватна.(табела 1)

## Табела 1.Лабораториски тестови за обезбедување на сигурност на ДМАРД-и

|  |  |
| --- | --- |
| ЛЕК | ЛАБОРАТОРИСКИТЕСТОВИ |
| Ауротхиомалате[[25]](#footnote-25)  * еднаш на секои 2 седмици во тек на 2 месеци * потоа пред секоја инјекција * пред секоја трета инјекција | * Хемоглобин, леукоцити, тормбоцити, албумен во урина  Албумен во урина  * Хемоглобин, леукоцити, тромбоцити |
| Ауранофин[[26]](#footnote-26)  * еднаш месечно во тек на 3 месеци а потоа во тримесечни интервали | Хемоглобин, леукоцити, тромбоцити, албумне во урината |
| Пеницилламине[[27]](#footnote-27)  * еднаш на секои 2 седмици во тек на 2 месеци а потоа на тримесечни интервали | Хемоглобин, леукоцити, тромбоцити, албумен во урината |
| Сулфасалазине  * еднаш на секои 2 седмици во тек на 2 месеци а потоа на тримесечни интервали | Хемоглобин, леукоцити, тромбоцити, АЛТ |
| Азатхиоприне  * еднаш на 2 седмици во тек на 2 месеци а потоа на 2-3месечни интервали | Хемоглобин, леукоцити, тромбоцити, АЛТ |
| Метхотреџате  * еднаш на 2 седмици во тек на 2 месеци а потоа во 2-3месечни интервали и на 6 месечни интервали | Хемоглобин, леукоцити, тромбоцити, АЛТ, креатинин ( креатинин клиренс) |
| Цицлоспорин  * еднаш на 2 седмици во тек на 2 месеци а потоа на 2-3 месечни интервали | Креатинин, крвен притисок |
| Цѕцлопхоспхамиде  * еднаш на 2 седмици во тек на 2 месеци а потоа на 1-3 месечни интервали | Хемоглобин, леукоцити, тромбоцити, АЛТ анализа на урина |
| Цхлорамбуцил[[28]](#footnote-28)  * еднаш на 2 седмици во тек на 2 месеци а потоа на 1-3 месечни интервали | Хемоглобин, леукоцити, тромбоцити, АЛТ |
| Лефлуномидееднаш на 2 седмици во тек на 2 месеци а потоа на 2 месечни интервали | Хемоглобин, леукоцити, тромбоцити, АЛТ, крвен притисок |
| **Биолошки агенси –обично заедно со МТЏ**   * еднаш на 2 седмици во тек на 2 месеци, а потоа на 1-3 месечни интервали * на 6-месечни интервали * праг на безбедност на лекот * Следење на пациенти | * Хемоглобин, леукоцити, тромбоцити * Креатинин, ако е потребно креатинин клиренс, други тестови на гломеруларна филтрација * ЛЕ во крв >3, Б-неутрофили >1.0   Б-тромбоцити > 100  АЛТ<2 х референтна вредност  Да се земат предвид базичните вредности! По секое зголемување на дозата да се направат тестови за безбедност 3 х на интервал од 2 седмици. Ако се добијат вредностите на прагот на безбедност да се прекине со лекот и да се направат контролни тестови после 1-2 седмици. Доколку се јави агранулоцитоза, веднаш да се упати во болница. Ако АЛТ вредноста е >2 х реф. вредност, да се консултира специјалист.   * Урина   Доколку урината е позитивна на албумен, да се прекине терапијата една седмица а потоа да се направи контролна урина со седимент. Доколку во урината сеште се детектира албумен, да се одреди протеинурија во 24 часа.   * ЕСР и ЦРП   се одредуваат 2 х во интервал од 4 седмици при иницирање на лекот, потоа еднаш на 2-3 месеци заедно со другите тестови. Диференцијалната крвна сила задолжително се одредува уште на самиот почеток од лекувањето. |

## ИЗБОР НА АНТИРЕВМАТСКИ ЛЕКОВИ КОИ ЈА МОДИФИЦИРААТ БОЛЕСТА (ДМАРД-и)

* Примарниот лек се избира врз основа на клиничката слика. Меѓутоа, не може да се каже на самиот почеток кој лек ке биде најефикасен кај даден пациент.
* Целта е да се примени ефективен лек на самиот почеток на заболувањето. Денес, тоа значи комбинација на повеќе лекови.

## ДМАРД-и во клиничката практика

* Интрамускулно злато (ауротхиомалате) ннд.**А**
* Перорално злато (ауранофин)ннд.**А**
* Д-пеницилламиненнд**.А**
* Антималарици ннд.**Б**
* Сулпхасалазиненнд.**А**
* Азатхиоприненнд.**Ц**
* Метхотреџатеннд.**А**
* Цѕцлопхоспхамиденнд.**Б**
* Цхлорамбуцил
* Цицлоспоринннд.**Б**
* Лефлуномиденнд**. А**
* ТНФ- модулатори и други биолошки агенси (инфлиџимаб **Б**, етанерцепт **А**, адалимумаб **А**, анакинра **Б)**

## Општи принципи при избор на антиревматик

* Метхотреџате има најголема ефикасност и најдобар безбедносен профил, споредено со другите конвенционални антиревматици.
* Кај 40% од пациентите со новооткриен ревматоиден артритис, лекувани со комбинација на повеќе лекови, симптомите се повлекуваат.
* Хѕдроџицхлорољуине и оралните препарати на златни соли го сочуваа своето место како соодветни лекови за терапија на благи форми на заболувањето.
* Хѕдроџицхлорољуине се препорачува за комбинирана терапија.
* Биолошки агенси
* ТНФ инфибитори (инфлиџимаб[[29]](#footnote-29), етанерцепт[[30]](#footnote-30), адалимумаб[[31]](#footnote-31)) и интерлеукин-1 рецептор инфибитор (анакинра[[32]](#footnote-32)) се користат ако пациентот има евидентни симптоми и покрај активната медикаментозна терапија (комбинирана терапија која вклучува метхотреџате во достаточна доза + мали дози на преднисоне/преднисолоне). Денес, анакинра ретко се користиннд**Ц**.
* Најдобри докази за ефектот на лекувањето се добиваат од рентгенграфска процена на заболувањето.
* За време на лекувањето пациентот не смее да се вакцинира со жива вакцина.
* Ритуџимаб се препорачува само за оние симптоматски пациенти кај кои не е постигнат задоволителен одговор со комбинација на конвенционалните лекови (вклучувајќи метхотреџате во достаточна доза) и барем еден од ТНФ инфибиторите.Ритуџимаб првенствено се комбинира со метхотреџате.
* Активен ревматоиден артритис кој не одговорил на терапија со ТНФ инфибитори, истотака претставува индикација за абатацепт ннд**Б**. Ефектот на абатацепт се зголемува со истовремена примена на метхотреџате.
* Не постојат доволно докази за придобивките од биолошките агенси како иницијални лекови во однос на комбинацијата од конвенционални антиревматски лекови.
* Ако конвенционалниот антиревматик се покаже ефикасен, терапијата треба да продолжи со години. При редовно мониторирање на активноста на болеста, дозата или бројот на лекови во комбинираната терапија може да се намали, доколку пациентот нема симптоми. Истиот принцип може да се примени и при лекување со биолошки агенси. Доколку при лекување со ритуџимаб се постигнат добри ефекти но симптомите се повторуваат, терапијата може да биде повторена.
* Преднисолоне
* Системската кортикостероидна терапија вообичаено брзо ги намалува инфламаторните симптоми на болеста. Со цел да се минимизираат несаканите ефекти, нивната доза треба да е најмалата со која се постигнуваат саканите ефекти.
* Постојат некои докази за антиерозивниот ефект на кортикостероидите на ниво на зглобот.
* Мали дози на кортикостероиди (5-7.5 мг) се користат во периодот додека се очекуваат ефектите на ДМАРД-с.
* Високи дози на кортикостероиди се потребни за оние форми на ревматоиден артрит каде постојат и системски симптоми.
* Повекегодишна примена на кортикостероидите доведува до поголем број тешки споредни ефекти.

## Избор на лек при одредена клиничка слика

* Активен полиартикуларен ревматоиден артрит.
* Ако болеста е активна или пак се дијагнозата е доцна поставена, веднашможе да се примени комбинирана терапија, нпр. сулпхасалазине, МТХ, хѕдроцхлорољуине или мали дози кортикостероиди. Во сите други случаи иницијален лек е монотерапија со метхотреџатеннд.**А** или сулпхасалазинекои можат да бидат придружени сохѕдроџицхлорољуине.
* Олигоартикуларен, серонегативен ревматоиден артрит.
* сулпхасалазине
* Палиндромски ревматизам
* Хѕдроџицхлорољуине, сулпхасалазине, злато
* Системска ревматоидна болест
* Кортикостероиди и цитотоксични лекови
* За лекување за време во бременост види табела 2.

**Табела 2.**Употреба на ДМАРД-и за време на бременост и лактација

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Лек** | **Во тек на бременост** | **Во тек на лактација** |
| Ауротхиомалает | Не | Може да се користи |
| Ауранофин | Не | Не |
| Цхлорољуине | Не секогаш | Не секогаш[[33]](#footnote-33) |
| Сулхасалазине | Може да се користи | Може да се користи |
| Пеницилламине | Не | Не |
| Метхотрексате | Не | Не |
| Азатхиоприне | Не секогаш | Не секогаш |
| Циклоспорин | Не секогаш | Не |
| Цѕцлопфоспфамиде | Не | Не |
| Цхлорамбуцил | Не | Не |
| Лефлуномиде | Не (тератоген, мора да се прекине извесен период пред планирана концепција) | Не |
| ТНФ- модулатори | Не | Не |

## Лабораториски тестови кои обезбедуваат сигурност на терапијата

## Види Табела 1.

* Ако трансаминазите се елевирани на вредности повисоки од 80-100 У/Л за време на терапија со МТХ, дозата се редуцира. Ако МТХ се користи во комбинација со лефлуномид потребно е почесто мониторирање на трансаминазите.
* Ако ниво на трансаминази се покачи двојно и тројно во тек на терапија со лефлуномид пациентот треба внимателно да се следи. Ако перзистираат покачените вредности, лекот се прекинува и се воведува холестирамин.
* Значајно покачување на трансаминазите во тек на терапија со азатиоприн е контраиндикација за примена на терапијата.
* Циклоспоринот може да предизвика оштетување на бубрегот и затоа е потребно внимателно следење. Ако серумскиот креатинин се зголеми на повеке од 30% од базичната вредност, дозата треба д асе преполови.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

**Цоцхране прегледи**

* Цертолизумаб пегол е поефикасен од плацебо во редукција на симптомите и активноста на РА кај

возрасни пациенти кои не одговориле на конвенционална терапија. Сериозни адверзни ефекти се

почести кај лекуваните со цертолизумаб ннд. [**А**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd06812).

* Голимумаб е поефикасен од плацебо во терапија на пациенти со активен РА,кога секористи во

комбинација со метхотреџатеннд.[**А**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd06637).

* Тоцилизумаб во комбинација со метхотреџате/дисеасе-модифѕинг анти-рхеуматиц друг (ДМАРД) ја намалува

активноста на РА и го подобрува функционалниот капацитет и квалитетот на животот, споредено

со плацебо+метхотреаџате/ДМАРД ннд. [**А**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd06716).

* Врз основа на ограничен број на податоци, умерено привремено лекување со преднисоне е

супериорно на плацебо и споредливо со третман со аспирин или цхлорољуинево подобрување на неколку индекси на активност на РА ннд. [**Б**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd01975).

* Суплементација со фолати ги намалува мукозните и ГИ-ните споредни ефекти на метхотреџате, при

лекување на РАннд. [**Б**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd00986).

* Рофецоџиб има слична ефикасност како напроџенкај пациентите со РА, но предиизвикува помалку

улцерации и крварења од ГИ-ниот тракт. Рофецоџиб е асоциран со зголемен ризик од микарден

инфаркт ннд.**Б**.

* Целецоџиб има сличен ефект како и НСАИЛ, кај ревматоидниот артритис. Не е јасно дали намалената инциденца на горни ГИ-ни крварења при краткотрајна примена на овој лек се одржува и при долготрајна применаннд[**А**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd03658).
* Терапија на ревматоидниот артритис со слаби орални опиоиди во период до 6 седмици, може да

доведе до клиничко подобрување на болката, но адверзните ефекти се чести и ја ограничуваат

примената на овие лекови од групата на аналгетициннд. **Ц**.

* Нема доволно докази за ефикасноста на трицикличните антидепресиви за менаџирање на болката

кај пациентите со ревматоиден артритиснндД.

* Вегетеријанска и Критско-Медитеранска исхрана можат да имаат мал ефект врз болката но не и врз

функцијата на пациентите со РА, додека пак ненамерен губиток во тежина може да се смета за

адверзен ефект ннд[**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd06327).

**Други поврзани резимеа**

* Комбинираната терапија е поефикасна а притоа не е поопасна од монотерапија за индукција на ремисија кај раниот ревматоиден артритис. Комбинираната стратегија за иницијална терапија ја зголемува ефикасноста на лекувањето, барем кај еден дел на пациентите со ран ревматоиден артритис ннд Б.
* Одложување на лекувањето само за неколку месеци од почетокот на симптомите, ја намалува шансата традиционалната монотерапија да биде ефикасна, односно да индуцира ремисија кај раниот РА ннд [**Б**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd04536).
* Агресивна комбинација на ДМАРД со сулфасалазине, метхотреџате, хѕдроџѕцхлорољуине, и преднисолоне превенира или го забавува развојот на атлантоаксијални нарушувања кај РА ннд [**Б**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd04537).
* Воедна обсервациона студија,комбинација на лефлуномиде и метхотреџате доведува до АЦР 20 % ремисија кај 50 % оф патиентс [**Д**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd04534).
* Рибиното масло има скромен ефект врз бројот на осетливите зглобови и утринската вкочанетост ннд.[**Б**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd00976).
* Целецоџиб доведува до помалку ендоскопски дијагностицирани гастродуоденални улцери и има незначително помалку пациенти со адверзни ефекти од напроџен ннд**Б**.

[**Б**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd01012)

**РЕФЕРЕНЦИ**

1. Манагемент оф еарлѕ рхеуматоид артхритис. Сцоттисх Интерцоллегиате Гуиделинес Нетњорк (СИГН). Гуиделине Но. 123
2. Малоттки К, Бартон П, Тсоурапас А, Утхман АО, Лиу З, Роутх К, ет ал. Адалимумаб, етанерцепт, инфлиџимаб, ритуџимаб анд абатацепт фор тхе треатмент оф рхеуматоид артхритис афтер тхе фаилуре оф а тумоур нецросис фацтор инхибитор: а сѕстематиц ревиењ анд ецономиц евалуатион. Хеалтх Тецхнол Ассесс 2011;15(14) [**2**](http://www.inahta.org/Publications/Briefs-Checklist-Impact/2011/4779/) Ш[*Тиивистелмä суомекси*](http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=3520)Ќ
3. Смолен ЈС, Алетаха Д, Бијлсма ЈЊ ет ал. Треатинг рхеуматоид артхритис то таргет: рецоммендатионс оф ан

интернатионал таск форце. Анн Рхеум Дис 2010;69(4):631-7. ПубМед[**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20215140)

1. Сцотт ДЛ, Њолфе Ф, Хуизинга ТЊ. Рхеуматоид артхритис. Ланцет 2010 Сеп 25;376(9746):1094-108. ПубМед
2. Алетаха Д, Неоги Т, Силман АЈ ет ал. 2010 рхеуматоид артхритис цлассифицатион цритериа: ан Америцан Цоллеге оф

Рхеуматологѕ/Еуропеан Леагуе Агаинст Рхеуматисм цоллаборативе инитиативе. Анн Рхеум Дис 2010 Сеп;69(9):1580-8. ПубМед

1. Аутхорс:Макку Хакала, Артицле ИД: ебм))456 (021.020)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

**ЕБМ Гуиделинес, 20.11.2009,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)

1. **Упатството треба да се ажурира на 4 години.**
2. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2013 г.**

# АНТИМАЛАРИЦИ ВО ТЕРАПИЈА НА РЕВМАТСКИТЕ ЗАБОЛУВАЊА

МБД Упатство

19.11.2009

* Дози
* Негативни ефекти
* Протективни мерки
* Бременост и лактација
* Референци

**ДОЗИ**

* Хѕдроџицхлорољуине 5 мг/кгр./дневно (вообичаено 300мг дневно).[[34]](#footnote-34)
* Цхлорољуинепхоспхате 3мг/кг/ дневно.[[35]](#footnote-35)
* Ефекти одХѕдроџицхлорољуине може да не се постигнат во тек 2-3 месеци од почетокот на лекувањето.

**СПОРЕДНИ ЕФЕКТИ**

* Главоболка
* Кошмари
* Вертиго
* Гадење
* Исип
* Фотосензитивност (се препорачува заштита на кожата, да се избегнува солариум).
* Можност за егзацербација на псориатични кожни лезии.
* Косата може да стане посветла (понекогаш може и да опадне).
* Употребата на хѕдроџицхлорољуине може да предизвика депонирање на лекот во корнеата (модел на мачкини мустаќи) или пореметување во акомодацијата. Макуло- и ретинопатија можат да доведат до пореметување во видот , дефекти во видното поле, и ретко пореметување во перцепција на боите. Во умерени дози (< 6.5мг/кгр/дневно) хидрохлорохинот не дава реперкусии на очите.
* Поретко може да се јават хепатално пореметување или пореметување на крвната слика.

# ЗАШТИТНИ МЕРКИ

* Пациентот треба да избегнува прекумерно изложување на сончева светлина.
* Кај пациенти на возраст од 65 години или повеќе, офталмолошки преглед се препорачува кога ке се отпочнува со лекувањето за да се нотираат промени типични за возраста во тој момент, а потоа и на 2-годишни интервали. Кај помлади пациенти кои мораат да го употребуваат лекот подолго од 5 години потребна е офталмолошка контрола. Имај предвид дека цхлорољуине е потоксичен од хѕдроџицхлорољуине: ова се однесува за општите несакани ефекти како и токсичните ефекти врз ретината.

# Не е потребно лабораториско следење.

# Антималариците не треба да се користат во бременост и за време на доење.

**РЕФЕРЕНЦИ**

1. Левѕ ГД, Мунз СЈ, Пасцхал Ј, Цохен ХБ, Пинце КЈ, Петерсон Т. Инциденце оф хѕдроџѕцхлорољуине ретинопатхѕ ин 1,207 патиентс ин а ларге мултицентер оутпатиент працтице. Артхритис Рхеум 1997 Ауг;40(8):1482-6. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9259429)
2. Њеисе ЕЕ, Ѕаннуззи ЛА. Ринг мацулопатхиес мимицкинг цхлорољуине ретинопатхѕ. Ам Ј Опхтхалмол 1974 Ауг;78(2):204-10. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4847459)
3. Аутхорс:Маркку Хакала, Артицле ИД: ебм00460 (021.063)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд
4. **ЕБМ Гуиделинес, 19.11.2009,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)
5. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
6. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

# АУРОТИОМАЛАТ ВО ТЕРАПИЈА НА РЕВМАТОИДЕН АРТРИТИС

**МБД Упатство**

**19.11.2009**

* Препарат
* Дозирање
* Несакани ефекти
* Лабораториско следење
* Бременост и лактација
* Неврзано

# ПРЕПАРАТ

* Ауротхиомалате[[36]](#footnote-36)

## ДОЗИРАЊЕ

* 10, 20, 30, а потоа 50мг на 6-7 дневен интервал, с# додека тоталната доза не достигне 13мг/кг. Потоа се даваат 50 мг на секои 2 до 4 недели.

# СПОРЕДНИ ЕФЕКТИ

* Кај 20 - 30% од сите пациенти се манифестираат кожни и мукозни промени.
* Индикација за прекин на терапијата е појава на пруритичен егзем.
* Метален вкус во устата (може да претходи на стоматитис).
* Кај 5% од сите пациенти се јавува протеинурија (види подолу).
* Белодробните манифестации (“златни бели дробови”) се ретки
* Во случај на белодробна симптоматологија, потребно е да се направи роентген графија на белите дробови.
* Промени во крвната слика (види долу) кај 1% од пациентите.
* Појавата на артралгија за време на раната фаза на терапијата со злато не треба да биде сватена како причина за прекин на лекувањето.
* Хепатитис, колитис, невропатија (сите се многу ретки).
* Можни реакции: црвенило, гадење, понекогаш хипотензија. Силно изразена реакција од овој тип е индикација за прекинување на терапијата.

# ЛАБОРАТОРИСКО СЛЕДЕЊЕ

* Албумен во урината пред секоја инекција.
* Ако е слабо позитивен, инекцијата може да се даде
* Ако е јасно позитивен, тестот се повторува по 1 седмица и инекција се дава ако резултатот е негативен.
* Ако албуменот во урина повеке пати е позитивен, се одредува неговата концентрација во 24-часовна урина и се консултира специјалист ревматолог.
* Хемоглобин, број на леукоцити и тромбоцити, заедно со диференцијална крвна слика се одредуваат пред секоја трета инекција, барем во текот на првите месеци од терапијата.
* Ако леукоцитите паднат под 3.0х109/Л и тромбоцитите под 100џ109/Л ауротиомалатот треба да се стопира и тестот да се повтори следниот ден (заедно со диференцијална крвна слика).
* При појава на треска, крварење и намален број на гранулоцити под 100џ109/Л неопходна е итна хоспитализација.
* Ако бројот на леукоцитите е помеѓу 3 и 4џ109/Л или на тромбоцитите се помеѓу 100 и 150џ109/Л, тестот треба да се повтори по една седмица и инекцијата се дава ако вредностите достигнале горна граница на референтната вредност. Пред наредната инекција се изработува нова крвна слика.

# БРЕМЕНОСТ И ЛАКТАЦИЈА

* Ауротиомалатот не смее да се употребува за време на бременост, но се дозволува употреба за време на лактација.

**РАЗНО**

* Во последниве години значајно се намали употребата на златните соли како резултат на бавното постигнување на тераписки ефект споредено со метхотреџате и сулпхасалазине, како и поради начинот на апликација (интрамускулни инјекции).

Аутхорс:

Маркку Хакала

Артицле ИД: ебм00457 (021.060)

© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 19.11.2009,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

# МЕТОТРЕКСАТ ВО ТРЕТМАН НА РЕВМАТСКИТЕ ЗАБОЛУВАЊА

**МБД Упатство**

**20.11.2009**

* Доза
* Споредни ефекти
* Бременост и лактација
* Лабораторија
* Пауза во терапијата
* Референци

**ДОЗА**

* Се започнува со доза од 7,5-15 мг еднаш седмично, дозата постепено се зголемува; доза на одржување 15-25 мг седмично.
* Ефектот вообичаено се гледа уште во првиот месец на третманот. Ако се види дека нема одговор на терапијата, дозата може постепено да се покачи до 25 мг во (семдично) во тек на наредните три месеци. Ако сеуште нема одговор треба да се помисли на лоша интестинална абсорпција на лекот и во тој случај подобар избор е парентералната примена. Доколку е потребно, може да се процени нивото на абсорпција преку серумската концентрација на МТЏ 1,5 час по ингестија[[37]](#footnote-37).

**СПОРЕДНИ ЕФЕКТИ**

* Гадење,стомачни тегоби(да се додаде фолна киселина)
* Афти во устата, исип(да се додаде фолна киселина)
* Губиток на коса(косопад)
* Белодробни промени
* Кај пациенти со присутни пулмонални симптоми се препорачува графија на белите дробови.
* Оштетување на коскената срцевина(ретко)
* Порастот во средниот корпускуларен волумен на еритроцитите (МЦВ[[38]](#footnote-38)) може да предизвика хематолошки нарушувања и е индикација за давање фолна киселина (1мг дневно,не се дава само во денот кога се прима МТХ).Фолната киселина се применува за третман на коскената срцевина: аплазија или хипоплазија.
* Црнодробна фиброза
* Ризикот за појава на тешкоцрнодробно оштетување е 1 на 1000 пациенти кои примаат МТХ во тек на 5 години.
* Хепаталната токсичност е почеста кај употреба на алкохол, обезност или дијабет. Лекот не треба да се препишува во подолг временски период кај пациентите кои конзумираат ексцесивни количини на алкохол. Пациентите со псориаза имаат 5 пати поголем ризик од значајна афекција на црниот дроб во споредба со пациентите со ревматоиден артритис.

Ризикот од адверзни ефекти се зголемува со:

* Дефицит на фолна киселина
* Возраста
* Примена на сулпха-триметхоприме или пробенецид.
* Хипоалбуминемија
* Контраиндикации :
* Бубрежно оштетување, дури и кога е сосем мало(креатинин клиренс <60мл/мин)
* Заболување на црниот дроб
* Бременост и лактација
* Белодробна фиброза
* Фолна киселина се користи за намалување на споредните ефекти, се зема како единечна доза од 5мг 3-12 часа по ингестијата на метхотреџате (ннд-**Б)**.
* Порано се препорачуваше лекот од групата на НСАИЛ да не се зема во денот кога се употребува МТЏ, но современите согледувања укажуваат дека споредните ефекти на МТЏ не се под влијание на континуирана примена на НСАИЛЦ.

**БРЕМЕНОСТ И ЛАКТАЦИЈА**

* Лекот не треба да се дава при бременост и доење.
* Три месеци пред планираната бременост и мажот и жената треба да прекинат да земаат МТХ.Пациент на Метотрексат треба да користи контрацепција.

**ЛАБОРАТОРИСКИ ИСЛЕДУВАЊА**

* Хемоглобин,леукоцити и тромбоцити,серумски трансаминази - АЛТ(АСТ) се испитуваат секоја втора недела во првите 2-3 месеца.Потоа овие испитувања се прават на 2-3 месеца.Следењето на бројот на белите крвни клетки се препорачува во првиот месец на третманот.Креатининот треба да се испитува секои 6 месеци.
* Пред да се отпочне со терапија, потребно е да се направи графија на бели дробови особено ако пациентите имаат кашлица и диспнеа.
* Мали промени во нивото на АЛТ(иАСТ) се чести.
* Дозата на лекот се намалува ако нивото на трансаминазите е два пати поголемо од референтната вредност.
* Биопсија на црн дроб[[39]](#footnote-39) е индицирана само кај пациентите со повторувано покачување на трансаминазите.
* Ако е постигната задоволителна контрола врз активноста на заболувањето, серумските концентрации на албумин[[40]](#footnote-40) се користат како индикатори на функцијата на црниот дроб.
* Во случај на абнормални резултати, се земаат исти дози како и при терапија со злато.

**ПАУЗА ВО ТЕРАПИЈАТА**

* Во тек на инфекција
* Кај оперирани пациенти кои се подложни на инфекција.

**РЕФЕРЕНЦИ**

1. Кремер ЈМ, Аларцóн ГС, Лигхтфоот РЊ Јр, Њиллкенс РФ, Фурст ДЕ, Њиллиамс ХЈ, Дент ПБ, Њеинблатт МЕ.

Метхотреџате фор рхеуматоид артхритис. Суггестед гуиделинес фор мониторинг ливер тоџицитѕ. Америцан Цоллеге оф Рхеуматологѕ. Артхритис Рхеум 1994 Мар;37(3):316-28. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8129787)

1. Аутхорс: Публисхерс, Артицле ИД: ебм00461 (021.064)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд
2. **ЕБМ Гуиделинес, 20.11.2009,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
4. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

# ЦИКЛОСПОРИН ВО ТЕРАПИЈА НА РЕВМАТСКИТЕ БОЛЕСТИ

**МБД Упатство**

**20.11.2009**

* Дозирање
* Споредни ефекти
* Интереакција со други лекови
* Лабораториско следење
* Бременост

# ДОЗИРАЊЕ

* Вообичаено дозирање е 3-5 мг/кг/дневно
* Ефектот вообичаено се јавува после 1-3 месеци од терапијата и максимален одговор се добива во тек на 6 месеци.
* Капсулите се голтаат цели, без да се џвакаат или делат. Не треба да се вадат од амбалажата се до непосредното земање. Капсулата треба да се испие во тек на 1/2 час или 1 час по вадењето од амбалажата.

# СПОРЕДНИ ЕФЕКТИ

* Бубрежно оштетување и хипертензија (лекот не треба да се дава на пациенти со оштетена бубрежна функција и нерегулирана хипертензија).
* Гингивална хиперплазија (важна е хигиената на устата)
* Засилен раст на косата
* Тремор
* Гадење
* Малаксаност
* Парестезии во шаките и стопалта
* Проблеми со вирусни инфекции (Епстеин-Барр)

## ИНТЕРАКЦИИ СО ДРУГИ ЛЕКОВИ

* Конкурентни лекови не се дозволени: аминогликозиди, амфотерицин ннд.**Б**
* Циклоспорин може да го покачи нивото на дигоксин во крвта.
* Циклоспорин може да ги потенцира несаканите ефекти настатините (Ловастатин) врз мускулите.
* Концентрацијата на циклоспорин во крвта може да се покачи од: метронидазол, кетоконазол, итраконазол, флуконазол, макролидните антибиотици (еритромицин),доксициклин, ранитидин, циметидин, дилтиазем, верапамил, никардипине, НСАИЛ(сулиндак), хормони (перорални естрогени), метоклопрамид.
* Концентрацијата на Циклоспорин во крвта може да се намали по дејство на: рифампицин, изониазид, барбитурати, карбамазепин, фенитоин.
* Реналната функција може да се оштети со: ципрофлоксацин, триметоприм, НСАИЛ, циметидин.

# ЛАБОРАТОРИСКО СЛЕДЕЊЕ

* Серумското ниво на креатининот и висината на крвниот притисок се контролираат на секои 2 недели а СР иЦРП[[41]](#footnote-41) на 4-седмични интервали во текот на првите 2 месеци од третманот, а потоа еднаш месечно.Треба да се одредува серумската концентрација на Мг,[[42]](#footnote-42)доколку кај пациентот се јават тремор, фасцикулации или други симптоми кои би можеле да се должат на недостаток на магнезиумот.
* При покачување на серумскиот кретинин за повеке од 30% од нормалните вредности, потребно е да се намали дозата на циклоспорин. Ако покачувањето е поголемо од 50% потребно е да се прекине со давањето на лекот.Во текот на терапијата со циклоспорин дијастолниот притисок не смее да биде повисок од 100 ммХг (понекогаш потребна е и антихипертензивна терапија).

# БРЕМЕНОСТ

* Терапијата со циклоспорин треба да се дава со соодветна контрацепција.

1. **ЕБМ Гуиделинес, 20.11.2009,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2013 г.**

# ФАРМАКОЛОШКИ КОРТИКОСТЕРОИДЕН ТРЕТМАН

**МБД Упатство**

**03.08.2010**

* Цели
* Индикации
* Избор на лек
* Имлементација на терапијата
* Усогласување на времето кога да се даде лекот
* Еквивалентни дози
* Споредни ефекти од гликокортикоидниот третман
* Адренокортикална супресија
* Проценка на толеранција на стрес
* Супституциона терапија при стрес
* Превенција на остеопорозата
* Поврзани докази

# ЦЕЛИ

* Корисни ефекти на кортикостероидите: супресија на воспалението и имуниот одговор.
* Да се намалат споредните ефекти (точно давање и доза)
* Да се разгледа за кои болести и симптоми се индицирани и како активноста на болеста и ефикасноста на третманот ке се мониторираат.
* Да се запомни дека отпорноста кон стрес може да е намалена за неколку месеци после прекинувањето на долготраен гликокортикоиден третман.

**ИНДИКАЦИИ**

* Ревматска полимијалгија и темпорален артеритис
* Тежок ревматоиден артритис и други колагени болести и имунолошки болести на црниот дроб
* Тешкаастма,каде симптомите не може да се контролираат со инхалаторни кортикостероиди и со другите лекови за астма
* Субакутен тиреоидитис
* Пареза на фацијалниот нерв, акутен невритис на очниот нерв
* Базедова болест на окото
* Тешки кожни болести ,како што се пемфигус и пемфигоид
* Како додатна терапија во некои хематолошки болести и карциноми
* Како имуносупресивна терапија после трансплантација на орган
* Зголемен интракранијален притисок (вообичаено како симптоматски третман при малигни заболувања, што значи дека долготрајните негативни ефекти од кортикостероидите се помалку важни).

**ИЗБОР НА ЛЕК**

* Средно дејствувачки преднизон ,преднизолон и метилпреднизолон се најдобар избор за долготраен третман поради занемарливото минералокортикоидно дејство.
* Кај пациенти со болести на црниот дроб се преферира преднизолонот ,бидејќи преднизонот се конвертира во биолошки активен преднизолон во црниот дроб .
* Дексаметазонот е погоден ако е намалена активноста на хипофизната жлезда. Дексаметазонот спаѓа во првата линија на кортикоиди во третманот на покачен интракраниален притисок.
* Хидрокортизонот се користи како физиолошка заместителна терапијасамо кај пациенти кои се опоравуваат од адренална супресија.

**ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА НА ЛЕКОТ**

* Да се почне терапијата со точна доза (висока доза ,ако е потребна)
* Користи најмала можна доза за одржување.
* Да се разгледа можноста за соодветен третман
* Да се едуцира болниот

**ВРЕМЕ НА ДАВАЊЕ НА ЛЕКОТ**

* Вообичаено стероидите се даваат како поединечна доза наутро. Дневните дози се разделуваат на две дози ако во исто време потребна е АЦТХ супресијата (пример во ретката вродена адренална хиперплазија) и често кај дијабетичари поради тоа што само со делење на дневните дози може да се постигне константно ниво гликемијата во крвта.

**ЕКВИВАЛЕНТНИ ДОЗИ**

* 5 мг преднизон -4 мг метилпреднизолон-0,75 дексаметазон-20мг хидрокортизон

**НЕСАКАНИ ЕФЕКТИ НА ГЛИКОКОРТИКОИДИТЕ**

* Акутни
* Ментални нарушувања, хипергликемија, задршка на течности
* Хронични
* Адренокортикална супресија, остеопороза, хипертензија, гастроинтестинални улцерации, катаракта и глауком, инфекции, јатроген Кушингов синдром,1 миопатија, атеросклероза, акни.

**АДРЕНОКОРТИКАЛНАСУПРЕСИЈА**

* Се должи на инхибиција на АЦТХ секрецијата.
* Се јавува ако терапијата се прекине нагло или ако пациентот е на ниски или средни дози на одржување и е подложен на тежок стрес.(како и при Адисонова криза)
* Клинички сигнификантен ризик
* Не е веројатен ако лекотбил краткотрајно употребуван (<10 дена)
* можен ако дозата 10-20 мг/на ден била давана неколку недели
* Веројатен ако дозата е >20 мг и била давана долг временски период.
* Инхалаторните стероиди може да предизвикаат гликокортикоидна супресија при дневни дози >1500 μг кај возрасни или 400 μг кај деца.
* Поради ризик од гликокортикоидна супресија заради долготраен третман, потребно е постепено намалување на дозата (конусовидно). При давање на 5 мг преднисоне/д., може да се намали на 5 мг преку еден ден се додека пациентот не се навикне без кортикостероидна субституција.

**ПРОЦЕНКА НА СТРЕС ТОЛЕРАНЦИЈА**

* Степенот на кортикостероидната супресија може да се евалуира со мерење на утринската концентрација во серумот на кортизолот. Ако нивото на кортизол[[43]](#footnote-43) наутро (8ч) е
* >500 нмол/л, хипоталамусно-хипофизно-адреналната оска функционира нормално не е потребна супституциона терапија дури и при голем стрес.
* 200-500 нмол/л, продукцијата на кортизолот кај пациентот е добра и стероидната супституција може безбедно да се прекине ,но адекватна кортизолска продукција не е соодветна при тежок стрес.
* 100-200 нмол/л, прекин на стероидната терапија веројатно сеуште не е возможен и гликокортикоидна субституција е потребна барем за време на стрес.
* <100 нмол/л, пациентот страда од гликокортикоидна супресија и потребна е заместителна терапија.
* Бидејки преднизонот, преднизолонот и метилпреднизолонот го засегаат нивото на кортизол кај пациентот, истите не треба да се применуваат 48 часа пред испитувањето на нивото на серумскиот кортизол. При одредување на серумскиот кортизол претходно наведените кортикостероиди треба да се заменат со краткодејствувачкиот хидрокотризон и да не се дава попладневната /вечерната доза на хидрокортизон .
* Индикација за АЦТХ тест[[44]](#footnote-44)
* Ако пациентот треба да прекине со стероидната терапија и ако сакаме да знаеме дали пациентот има потреба од супституциона терапија при стрес.
* Ако стероидната терапија била прекината, а пациентот треба да се оперира и потребно е да се знае дали му е потребна супституциона терапија во тек на операцијата.

**СУБСТИТУЦИОНА ТЕРАПИЈА**

* Супституциона терапија при стрес е потребна ако пациентот е на стероидна терапија и супресијата е евидентна или можна.
* Ако пациентот е на континуирана високо-дозна терапија, не е потребна додатна терапија
* Препораки за супституциона терапија се презентирани во Табела 1.

## ПРЕВЕНЦИЈА НА ОСТЕОПОРОЗА

* Превенцијата на остеопорозата во тек надолготраен гликокортикоиден третман (фрактури во 2-45% од случаите, намалување на коскената густина на 70%) зависи од соодветната болест, должина на терапијата со кортикостероиди и од ризик факторите кај секој посебен пациент. Гликокортикоидите влијаат врз сите регулаторни фактори во коската и во метаболизмот на калциум.
* ***Превенција***
* Се дава калциум + витамин Д (вкупна доза на калциум 1500 мг/дневно и800ИУ/дневно витамин Д)
* При определени и евидентни дефицити се применува супституциона терапија: витамин Д,естроген, тестостерон и друго.

###### Бисфосфонати[[45]](#footnote-45) (алендронате, ибандронате, риседронате), ако преднизонот се применува во доза ≥ 5 мг во период подолг од 3 месеци и ако мерење на коскениот дензитет[[46]](#footnote-46) е со резултат Т-сцоре< -1,0.

* ***Третман***
* Бифосфонати (Алендронат 70 мг еднаш неделно или ризедронат 35 мг еднаш неделно).
* Золендронска киселина во доза од 5 мг се администрира во интравенска инфузија кај хоспитални болни кои во подолг временски период се лекуваат со високи дози на кортикостероиди. Таа обезбедува антиостеопоротичен ефект во период од 1 година.
* Калцитонин 200У/дневно во вид на назален спреј кај пациенти со болки кои не можат да толерираат бисфосфонати. Лекот е скап и ефикасноста не е добро документирана како онаа на бисфосфонатите ,но добрата страна на лекот е што има аналгетски ефект. Ако калцитонинот се користи за болки, третманот треба да продолжи се додека не се смири болката и потоа да се замени со бисфосфонати.
* Стронциум ранелат[[47]](#footnote-47) (2 г прашок растворен во вода се пие навечер)
* Тиазиди кај пациенти кои имаат дијагностицирана хиперкалцурија. Овој третман е се уште во испитување.

**Табела 1.**Препорачани дози на кортикостероиди во стресни ситуации кај пациенти со адренална инсуфициенција.

|  |  |
| --- | --- |
| **Процедури или клиничка состојба** | **Доза на глококортикоиди** |
| *Минорни процедури или болести*   * Херниопластика * Колоноскопија * Средно фебрилни болести * Среден гастроентеритис | * Заместителната доза+ 25 мг хидрокортизон или 5 мг преднизолон во денот на процедурата/болеста * Да се врати на заместителната доза за 1-2 дена |
| *Средни процедури или болест*   * Холецистектомија * Хемиколектомија * Пневмонија * Тежок гастроентеритис | * Вообичаените заместителни дози или еквивалентни дози на хидрокортизон или метилпреднизолон + * 50-75 мг хидрокортизон или 10-15 мг метилпреднизолон и.в на денот на процедурата/болеста * Да се врати на вообичаените заместителни дози за 1-2 дена |
| *Големи процедури или болести*   * Бајпас * Хепатална ресекција * Панкреатектомија * Панкреатитис | * Вообичаените заместителни дози или еквивалентни на хидрокортизон или метилпреднизолон + * 100-150 мг хидрокортизон или 20-30 мг метилпреднизолон и.в на денот на процедурата/болеста * Да се врати на вообичаените заместителни дози за 1-2 дена |
| *Критични болести*   * Сепса * Шок | * 100 мг хидрокортизон и.в, потоа 50-100 мг на секои 6-8 часа. * Дозата да се намали постепено * Во шок, истотака флудрокортизон 50 μг/дневно, додека не се подобрува состојбата |

## ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

* **Цоцхране прегледи**
* Метхотреџатеимаумерен ефект во заштеда на кортикостероидите кај возрасни пациенти со астмакои се на хронична терапија со орални костикостероиди. Но вкупното намалување на дневнатапотреба од КС веројатно не е толку значајно за да се редуцираат адверзните ефекти предизвикани од кортикостероидите ннд **Б**.

Автори:

Ритва Кауппинен-Мäкелин

Претходни автори:

Ристо Пелконен

Артицле ИД: ебм00882 (024.043)

© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 03.08.2010,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

# СЛЕДЕЊЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ СО РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

**МБД Упатство**

**24.11.2009**

* Основни податоци
* Инсистирање за следење кај болниот
* Клинички испитувања
* Лабораториски испитувања за процена на активноста на болеста
* Индикации за ртг.иследување
* Потреба од рехабилитација, ортоза и едукација на болниот
* Консултации со специјалист
* Поврзани докази
* Референци

## ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

* Целта на терапијата на пациентите со реуматоиден артритис е ремисија (пациент без симптоми, нема осетливи ниту отечени зглобови, има нормални вредности на СР И ЦРП). Ова треба да биде цел и за останатите ревматски заболувања.
* Многу е значајно да се идентификуваат промените кои се важни за прогнозата (зголемен број на инфламирани зглобови, високи вредности на ЦРП во серумот, намалена функционална способност, ерозии).
* Ревматоидниот артритис е асоциран со зголемен кардиоваскуларен морбидитет. Терапијата на дислипидемијата треба да ги постигне истите таргетирани вредности кои важат за другите високоризични пациенти (нпр. дијабетес).

**ИНСИСТИРАЊЕ ЗА СЛЕДНИТЕ ИНФОРМАЦИИ ОД ПАЦИЕНТОТ**

* Присутни проблеми и причини за загриженост (како почетна позиција на дискусијата)
* Времетраење на утринската вкочанетост
* Активности во текот на денот кои претставуваат проблем
* Зглобови со симптоми
* Споредни ефекти од лековите (особено ГИ-симптоми)
* Употреба на аналгетици
* Хендикеп причинет од болеста: ефект врз социјалниот живот, депресија

## КЛИНИЧКИ ИСПИТУВАЊА

* Испитувајте ги редовно барем симптоматските зглобови (осетливост, оток, обем на движење), а без разлика дали има или нема симптоми проверете:
* Дали флексијата на прстите е намалена? Ако е потребно инјектирајте стероиди во ПИФи МКФ зглобови или во припоите на флексорните тетиви.
* Дали постои рестрикција на екстензијата во рачниот и лакатниот зглоб?
* Дали е возможна комплетна абдукција на горните екстремитети?
* Проценете ја активноста на болеста и документирајте ја нпр. со ДАС 28 калкулатор[[48]](#footnote-48)
* Систематско испитување на зглобовите
* Еднаш годишно кај сите пациенти
* Пред промена во терапијата и 2-6 месеци после тоа.

## ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА ЗА ПРОЦЕНА НА АКТИВНОСТА НА БОЛЕСТА

* СЕ, ЦРП и хемоглобин треба да се одредуваат секои 3 месеци кај пациенти лекувани со антиревматици ( злато 2, аурофин 3, сулпхасалазине 4, цхлорољуине 5, метхотреџате 6, азатхиоприне 7, цѕтноцлоспорин 8, подопхѕллотоџин 9, биолошки агенси). Перзистентно високи вредности на ЦРП може да се предзнак за амилоидоза и причина за промена на терапијата.се истите
* Низок хемоглобин со висока СЕ е знак за активност на болеста. Во најголемиот број случаи не треба да се супституира со железо. Како причина за феродефицитарна анемија треба да се има предвид гастроинтестинална хеморагија (НСАИЛ)
* Ревматоидниот фактор не е индикатор на активност и не треба често да се одредува.
* Ревматоидниот артритис е асоциран со зголемена инциденца на кардиоваскуларни заболувања. Липидниот профил е изменет во правец на атерогенеза поради активното воспаление. Контрола на липидите е дел од следењето на пациентите. Таргетирани вредности за липидите се истите оние кои ги таргетираме кај другите високоризични пациенти.
* Доколку липидниот профил не се корегира со терапија на ревматоидното воспаление, постави го пациентот на статини.

## ИНДИКАЦИИ ЗА РЕНТГЕНОЛОШКО ИСПИТУВАЊЕ

* При сомневање за атлантоаксијална дислокација, кога пациентот се жали на силна болка со болни движења во вратот, окципитална болка или болка во вид на електричен удар потребни се функционални радиограми на цервикалниот рбет (флексија екстензија). Патолошки наод и индикација за консултација со специјалист е простор од 4 мм и повеќе меѓу денсот на аксисот и атласот при флексија.При потешки дислокации асоцирани со неуролошки отстапувања, треба да се индицира ургентна хируршка интервенција.
* Ако пациентот има симптоми на прстите од шаките, рачниот зглоб, МТФ зглобови, се прават радиограми во интервали од 2-3 години, со цел да се детектираат ерозиите.
* Ехосоноргафијата е практична алатка за идентификација на синовитис, теносиновитис и бурзитис и за асистирана пукција. Особено е корисна за проценка на симптомите во колкот и рамото бидејќи клиничката евалуација на овие зглобови е тешка.
* Рентгенграфија на градите треба да се направи пред отпочнување на терапија со метхотреџате или биолошки агенси.

## ПОТРЕБА ОД РЕХАБИЛИТАЦИЈА, ОРТОЗА И ЕДУКАЦИЈА НА ПАЦИЕНТОТ

* Најчеста ортоза се прави на:
* Рачниот зглоб ннд.**Б**.
* Вратот, при патување во возило кога пациентот има симптоми од цервикалнот рбет.
* Соодветни чевли ннд.**Б**.
* Физиотерапевтот треба да го посетува пациентот дома и да спроведе постапки за помош и ортоза. Треба да се посетуваат оние болни чии активности се лимитирани од болеста.
* Едукација на пациентите треба да биде систематична и спроведена од цел тим (ревматолог, ревматолошка медицинска сестра, ортопед, физијатар, психотерапевт, специјалист за работна терапија, хиропрактичар, советник за рехабилитација, социјален работник итн.) кој ќе работи врз планирање и имплементација на истата.
* Со болниот треба да се договара за самостојни дневни физички вежби и постојано да се инструира како да ги прави. Динамичките вежби за мускулатурата допринесуваат за одржувањето на мускулите, нивната јачина, за зглобната подвижност, но нивната долгорочна ефикасност врз функционалниот капацитет не е сосема јасна ннд.**Б**. Пациентите со ревматоиден артритис можат да се активираат со динамички вежби, без никаков ризик по активирање на заболувањето.
* Со локалните васти треба да се преговара за рехабилитација, ре-едукација и финансиска помош во професионалната кариера на пациентите.
* Мултидисциплинарниот тим со своите програми за грижа ннд.**А** и групната едукација на пациентите ннд.**Ц** се докажано ефикасни, барем во покус временски период.

## КОНСУЛТАЦИЈА СО СПЕЦИЈАЛИСТ

* Најголем број вработени пациенти се лекуваат во амбулантски услови.
* Лекарот во примарната здравствена заштита е одговорен за планираното следење на пациентот.
* Консултација со специјалист се препорачува секогаш кога болеста е континуирано активна, при потреба од промена на терапијата и воведување на поефикасен лек или при зголемени поплаки од пациентот.
* Активниот синовит претставува ризик за оштетување на зглобот и треба да се лекува со ДМАРД-и.
* Ако активноста на болеста не се намалува во период од 4-6 месеци по промената на терапијата, треба да се размислува за нова промена.
* Запаметете ги индикациите за хируршки третман на ревматоидниот артрит.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

**Цоцхране прегледи**

**Физикална терапија и рехабилитација**

* Улразвукот може да биде ефикасен во зголемување на силата на стисокот на шаката и во олеснување на симптомите кај пациентите со ревматоиден артритис ннд**.**[**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd03520).
* Електричната стимулација може да има клинички ефекти врз силата на стисокот на шаката и врз заморливоста на пациентите со мускулна атрофија на шаката ннд [**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd00815).
* АЛ-ТЕНС (акупунктура-лике ТЕНС) и Ц-ТЕНС (конвенционален ТЕНС) можат да бидат ефикасни кај

артритис на шаката, во смисол на намалување на болкатаи субјективната процена на пациентот

за намалена активност на РА ннд [**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd04381).

* Акупунктурата и електроакупунктурата не се ефикасни кај ревматоидниот артритис ннд [**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd03525).
* Ласеротерапијата може да предизвика краткотрајно обезболување и намалување на утринската вкочанетост кај пациентите со РА ннд [**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd05145).
* Балнеотерапијата може да има некои позитивни ефекти кај пациентите со РА ннд[**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd05136).
* Работната терапија може позитивно да делува врз функционалниот капацитет на пациентите со РА ннд[**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd04504).
* Кај пациентите со РА кои страдаат од перзистентно суви очи, употребата на апаратче за капки за очи, споредено со стандарните шишенца, ја зголемува способноста за истискување на капките, контролата на бројот на истиснати капки, и ги превенира адверзните евентиннд[**Б**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd06454).

**Интервенции во животниот стил**

* Масла кои содржат гама линоленична киселина, (евенинг примросе, бораге, илимасло од семето на

бобинки) би можеле да допринесат во намалување на симптомите на РА но доказите се недоволни

ннд[**Д**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd06858).

* Вегетеријанска и Критско-Медитеранска исхрана можат да имаат мал ефект врз болката но не и врз

функцијата на пациентите со РА, додека пак ненамерен губиток во тежина може да се смета за

адверзен ефект ннд [**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd06327).

**ДРУГИ ДОКАЗИ ОД РЕЗИМЕА**

* Парафинските ракавици може да имаат благ позитивен ефект врз ревматоидната шака со малубројни споредни ефекти ннд[**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd03612).
* Едукација на пациентите не доведува до намалување на болката и на дисфункцијата кај артритисот ннд[**Б**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd02281).
* Рибиното масло има скромен ефект брз збирот на осетливи зглобови и утринската вкочанетост кај РА ннд[**Б**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd00976).
* Гладување кое претходи на вегетеријанска диета може да ги подобри симптомите на РАннд[**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd03617).
* Синовектомија со литиум може да не е ефикасна кај артритис на колено кај пациенти со РА ннд[**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd03575).

**РЕФЕРЕНЦИ**

* Хäккинен А. Ресистанце траининг ин патиентс њитх еарлѕ инфламматорѕ рхеуматиц дисеасес. Специал референце то неуромусцулар фунцтион, боне минерал денситѕ анд дисеасе ацтивитѕ ШАцадемиц диссертатионЌ. Студиес ин Спорт, Пхѕсицал Едуцатион анд Хеалтх нр. 60. Јѕвäскѕлä 1999
* Аутхорс: Маркку Хакала, Артицле ИД: ебм00441 (021.021)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 24.11.2009,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурирапо 5 години.**
3. **Предвидено следно опреснување во 2014 г.**

# ЛОКАЛНИ ИНЈЕКЦИИ НА КОРТИКОСТЕРОИДИ ВО МЕКИ ТКИВА И ЗГЛОБОВИ

**МБД Упатство**

**27.02.2011**

* Принципи
* Места на инјектирање
* Препорачано количество на инјекциона течност
* Препорачана големина на игла
* Други инјекциони терапии
* Поврзани податоци
* Референци

# ПРИНЦИПИ

* Меките ткива, гленохумералниот зглоб, субакромијалната бурза и трохантеричната бурза се третираат инјекции со кортикостероиди (КС) и анестетици, во размер од 1:1 до 1:4или со КС и 0,9 % НаЦЛ во размер 1:1 (во раменска и трохантерична регија во размер 1:2- 1:5).***Другите зглобови и бурзи се третираат исклучиво со КС без анестетик*.** Добиените локални ефекти од анестетикот набргу после инјекцијата служат како дијагностички тест при терапија на пореметурања на гленохуморалниот зглоб и бурзите.
* Интраартикуларните инјекции[[49]](#footnote-49) треба да се применуваат кај инфламирани зглобови со присутен оток, хидропс и болка.
* **Триамцинолоне**
* Во колено
* Во други големи зглобови (рачен зглоб,лакт),ако е очигледно воспалението, односно, ако е достапна течност за аспирација.
* **Метхѕлпреднисолоне**
* Во мали зглобови и меки ткива. Интракутани и субкутани инјекции треба да се избегнуваат поради ризикот од кожна атрофија.
* Во припоите на тетивите на прстите
* Иглата треба да е колку што може потенка а притисокот што помал. При тоа треба да се внимава да не се оштети зглобната р’скавица или тетивите.
* Аспирација на зглобот пред инјектирање на КС го зголемува терапискиот ефект и траење на истиот, кај пациентите со ревматоиден артритис.
* При акутни артритиси, во истиот голем зглоб, не се препорачуваат повеке од 3 инјекции на едномесечен интервал (во првите три месеци) или повеќе од 4 инјекции годишно. Помалите зглобови ( оние кои не се носечки) можат да се инјектираат почесто. Кај остеоартритисот, зглобовите не треба да се инјектираат почесто од 3-месечни интервали, итоа само ако друга терапија била недоволно ефикасна.Нема јасни докази за можно оштетување на зглобната рскавица предизвикано од репетирачки инјекции.При давање на инјекции почесто од 4-6 седмични интервали можни се системски споредни ефекти.
* Резултатите од терапијата на големите зглобови се подобруваат со парцијална имобилизација на зглобот во тек на 24 часа и со избегнување на физички напор во период од една седмица по инјектирањето.

**Табела 1**.Препорачана големина на игла за меки ткива и зглобови

|  |  |
| --- | --- |
| **Дебелина** | **Место на инјектирање** |
| 0.4 мм | Прст, палец, МТФ зглоб, темпоромандибуларен зглоб, тетивните припои, рачен зглоб |
| 0.5 мм | Рачен зглоб, лакт, површни бурзи |
| 0.6мм | Рачен зглоб, лакт |
| 0.7мм | Талокрурален и лактен зглоб, мал хидропс на колено каде нема потреба од аспирација |
| 0.8мм | Рамо, површни бурзи, Бекерова циста |
| 1.2 мм | Евакуација на поголем хидропс. |
| 2.0мм | Артрити на колено со присутни слободни тела (прво се инјектира анестетик со тенка игла) празнење на зглобот од хемартрос |

**МЕСТО НА ИНЈЕКТИРАЊЕ**

**Одлични резултати, препорачна инјекција**

* МТФ зглобови на стопала
* МКФ и ПИФ зглобови на прсти
* Хидропс на колено (ревматоиден артритис ннд **Б** или остеоартритис ннд **А**)
* Отечен зглоб на лакт
* Гихт (особено осетлив МТФ зглоб на палецот)
* Асептичен бурзит со течност
* Во гленохумералниот зглоб кога постои ограничување на движењата, субакромијален бурзит или воспаление на тетивата на м.супраспинатус.

**Добри резултати, инјекцијата е корисна**

* Воспаление во флексорни тетиви на прстиннд **Ц**
* Инсерциски тендинитис и тендовагинитис ннд**Ц**
* Плантарен фасциитис ннд **Ц**
* Рачен зглоб
* Темпоромандибуларен зглоб
* Активен полиартрит (помисли на другите типови на терапија и не применувај премногу инјекции во носечки зглобови)
* Трохантеричен бурситис ннд **Ц**

**Слаби резултати**

* Остеоартроза на колено без хидропс
* Латерален епикондилитис (ослободува од симптоми но е штетна во подолг период)
* Карпален ганглион
* сепак празнење на ганглионот се препорачува пред хируршки третман

**Контраиндикации за инјекции**

* Акутен моноартрит каде не е исклучена бактериска инфекција
* Инфекција или егзема на местото на инјектирање.
* Нестабилен носечки зглоб.

**Ефекти на инјекциона терапија**

* Триамцинолонот како кортикостероид со најдолго продолжено дејство се покажа како поефикасен од метилпреднизолонот за третман на артрит на колено.Тој треба да се користи за големи зглобови со излив, во најмала рака ако првата инјекција со кортикостероид со покусо дејство е неуспешна. Метлпреднизолонот е корисен локален КСпрепарат за најразлични примени.
* За рамо со ограничена подвижност поефикасна е локална КС инјекција од напроксен и физикална терапија.

**ПРЕПОРАЧАНО КОЛИЧЕСТВО ИНЈЕКТИРАНА ТЕЧНОСТ**

* Подолу препорачаните волумени на локален анестетик се однесуваат на анестетици кои се пакувани во засебни шишиња. Фабрички комбинации на КС и локален анестетик имаат теоретска предност за помал ризик од инфекција.
* Колено: 1мл КС + 3-4 мл на локален анестетик.
* Истатото количество се користи за Бекерова циста. Инјекцијата се дава во коленото доколку има знаци на ефузија; инаку инјекцијата се дава директно во цистата.
* Гленохумерален зглоб: 1мл КС + 4 мл локален анестетик; субакромијална бурза: 1 мл КС + 1 мл локален анестетик
* Глужд: 1 мл
* Рачен зглоб: 0.5 мл
* Меки ткива: 0.4 – 1 мл и исто количество локален анестетик или 0.9% физиолошки раствор
* ПИФ зглобови: 0.15 мл КС + 0.15 мл анестетик ( КС може да се даде и без анестетик)
* МКФ и МТФ зглобови, темпоромандибуларен зглоб: 0.2 мл КС + 0.2 мл анестетик (КС може да се даде без анестетик)

**ПРЕПОРАЧАНА ГОЛЕМИНА НА ИГЛА**

Види табела 1.

Кога се користи голема игла за инјектирање се препорачува најпрво да се аплицира

локален анестетик на местото на инјектирање и да се користи најмала можна игла**.**

**ДРУГИ ИНЈЕКЦИОНИ ТЕРАПИИ**

* Ако синовитот на коленото придружен со излив не се купира со повторувани КС инјекции, се применува терапија со осмиева киселина[[50]](#footnote-50) ннд **Ц.**
* Синовиектомија доага во обзир после претходните два типа на терапија или како алтернатива.
* Интраартикуларна хијалуронска киселина[[51]](#footnote-51)е ефикасна до извесен степен кај остеоартритис на коленото ннд**Ц.** Таа е од полза икај темпоромандибуларниот зглоб ннд**Ц.**Хиалуронат може да се користи како терапија на остеоартритис на колено доколку КС инјекции не се ефикасни или се контраиндицирани.

**ПОВРЗАНИ ПОДАТОЦИ**

**Цоцхран прегледи**

* Интраартикуларна инјекција кај атхезивен капсулитис на рамо може да има краткотрајни позитивни ефекти ннд **Ц**.
* Локални КС\_ни инјекции за синдромот на карпален тунел, доведуваат до значајно поголемо клиничко подобрување еден месец по апликацијата, споредено со плацебо или системски кортикостероиди ннд **А**.

**РЕФЕРЕНЦИ**

1. Балогх З, Рузсонѕи Е. Триамцинолоне хеџацетониде версус бетаметхасоне. А доубле-блинд цомпаративе студѕ оф тхе лонг-терм еффецтс оф интра-артицулар стероидс ин патиентс њитх јувениле цхрониц артхритис. Сцанд Ј Рхеуматол Суппл 1987;67():80-2. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3330864)
2. Петри М, Доброњ Р, Неиман Р, Њхитинг-О'Кеефе Љ, Сеаман ЊЕ. Рандомизед, доубле-блинд, плацебо-цонтроллед студѕ оф тхе треатмент оф тхе паинфул схоулдер. Артхритис Рхеум 1987 Сеп;30(9):1040-5. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3311051)
3. Њеитофт Т, Удденфелдт П. Импортанце оф сѕновиал флуид аспиратион њхен инјецтинг интра-артицулар цортицостероидс. Анн Рхеум Дис 2000 Мар;59(3):233-5. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10700435)
4. Аутхорс:Илкка Куннамо, Артицле ИД: ебм00465 (021.010)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

**ЕБМ Гуиделинес, 27.02.2011,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)

**Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**

**Предвидено следно ажурирање во 2016 г.**

# АНКИЛОЗАНТЕН СПОНДИЛИТИС

**МБД Упатство**

**02.02.2011**

* Основни податоци
* Епидемиологија
* Клиничка слика
* Дијагноза
* Диференцијална дијагноза
* Третман
* Поврзани докази
* Референци

# ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

* Особини на заболувањето се: инфламација на припојот на лигаментите на:р’бетот, фасетните зглобови и на сакроилијакалните зглобови.
* Состојбата ги засега речиси ексклузивно лицата кои се ХЛА Б-27 позитивни и припаѓа на групата серонегативни спондилоартропатии заедно со:
* Реактивни ентеро/уроартрити и Реитер-ов синдром
* Артрити корелирани со ентезити (ЕРА), подгрупа на јувенилен олигоартритис
* Псоријатичен спондилитис
* Артропатија асоцираа со хронично инфламаторно цревно заболување.
* Во едно исто семејство може да се јават некои од гореспоменатите заболувања и сите од нив можат да водат до анкилозантен спондилитис.
* Болеста се класифицира како анкилозантен спондилитис, кога ќе стане хронична и кога не може да се детектира ниту една друга каузална причина.

# ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

* Анкилозантниот спондилитис се среќава релативно често како и ревматоидниот артритисмеѓутоа само една третина од пациентите има клинички манифестно заболување. Нема полова предиспозиција, но повекето пациенти со тешка форма на анкилознтен спондилитис се мажи.
* Болеста најчесто се јавува околу 25-тата година од животот на пациентот, но дијагнозата честопати се поставува со задоцнување.

# КЛИНИЧКА СЛИКА

* Идентификација на грбна болка кај пациентите која сугерира инфламаторна етиологија е од основно значење. За таа цел, четири од следниве пет критериуми треба да бидат исполнети:
* Возраст < 40 години при појавата на заболувањето
* Подмолна грбна болка
* Траење од најмалку три месеци
* Утринска вкочанетост
* Симптоми кои се подобруваат при физичка вежба
* Сакроилиитис: лумбосакрална и глутеална болка, која го буди пациентот рано наутро.
* Вкочанетост после подолго мирување и седење.
* Периферни артритиси најчесто на големите зглобови на долните екстремитети.
* Ентезопатии кои се чести на долните екстремитети (болка во петицата).
* Дактилитис - колбасичест прст, на шака или на нога.
* Напад на акутен увеитис во 20% од случаите ( може да биде и прва манифестација на болеста).
* Понекогаш- аортитис и нарушувања на спроводливоста на срцето (аскултација, електрокардиографија).

# ДИЈАГНОЗА

* Историја на болеста (види погоре).
* Клинички наоди
* Осетливостна притисок,палпација и при движење на сакроилијакалните зглобови.
* Растојание прсти-под при свивање на телото нанапред.
* Сцхобер-ово растојание (нормално повеке од 4 см).
* Латерална флексија на лумбален рбет (ннд-**Ц)**
* Растојание окципитална регија-ѕид (нормално 0).
* Движење на градите за време на респирација - нормално се зголемува при максимална инспирација. Споредено со максимална експирација, повеке од 5 см на ниво на мамилите.
* Вредностите на СЕ и ЦРП[[52]](#footnote-52) во серумот се зголемени кај повеќето пациенти.
* Радиографски се проценува лумбалниот р’бет, (првите промени најчесто се јавуваат на преминот меѓу торакалниот и лумбалниот рбет) и сакриолијакалните зглобови. Потребни се 2-8 години за да се развијат радиолошките знаци на сакриолиитис.
* МРИ[[53]](#footnote-53) може да се користи за верификација на сакроилиитисот пред да настанат радиографските промени и за да се процени тежината на инфламацијата. МРИ треба да се направи кај пациенти кај кои се исполнети критериумите за воспалителна грбна болка (види погоре) а радиограмите на сакроилијакалните зглобови се нормални. При поставување на индикација за МРИ треба да се има на ум дека иницијални симптоми на анкилозантен спондилитис не се јавуваат на возраст поголема од 45 години.
* Одредување на ХЛА-Б27[[54]](#footnote-54) треба да се прави исклучиво кај пациенти кај кои се исполнети критериумите за воспалителна грбна болка и појава на првите знаци на болеста на возраст пред 45 години.

**ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА**

* Остеитис цонденсанс на рентгенска снимка.
* Дегенеративни болести на р’бетниот столб.
* Дифузна идиопатска скелетна хиперостоза ( ДИСХ) на рентгенска снимка
* Други форми на спондилоартропатија.
* Реитер-ов синдром
* Псоријатична артропатија
* Артропатија асоцирана со хронична инфламаторна цревна болест
* Ишијалгија

## ТЕРАПИЈА

* Физикалната терапија(ннд-**Ц)**е од круцијално значење за терапијата особено во текот на инфламаторната фаза и во периодот веднаш после неа со цел да се избегне вкочанување на р’бетникот. Активните вежби се составен дел на физикалната терапија.
* НСАИЛ се многу поефикасни во намалување на симптомите отколку кај дегенеративните болести и оваа опсервација може да помогне во диференцијалната дијагноза.
* Сулфасалазинот[[55]](#footnote-55)(ннд-**А)** е ефикасен во раните стадиум на заболувањето ако се покачени СЕ иЦРП и ако пациентот има засегање на периферните зглобови.
* Ефикасноста на метхотреџате е дискутабилна(ннд-**Ц),** но кај периферна болест може да биде од корист.
* Кај периферни артрити и ентезопатии, локални инјекции со кортикостероиди можат да бидат ефикасни.
* Биолошки лекови[[56]](#footnote-56)
* Минимум предуслови: **Умерена до силна болка и подолготрајна утринска вкочанетост на рбетот** кои сугерираат активно заболување (се одредува со таканаречениот БАСДАИ индекс: БАСДАИ = Батх Анкилозантен Спондилитис Индекс за Активност за Болеста; се одредува со калкулатор[[57]](#footnote-57)**.) покачени вредности на ЦРП или знаци за активен сакроилиитис верифицирани со МРИ и неуспешно лекување со максимална доза на НСАИЛ и сулпхасалазине.**

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

* Клинички упатства
* Литература

**РЕФЕРЕНЦИ**

1. Браун Ј, ван ден Берг Р, Баралиакос Џ ет ал. 2010 упдате оф тхе АСАС/ЕУЛАР рецоммендатионс фор тхе

манагемент оф анкѕлосинг спондѕлитис. Анн Рхеум Дис 2011;70(6):896-904.

1. Цалин А, Порта Ј, Фриес ЈФ, Сцхурман ДЈ. Цлиницал хисторѕ ас а сцреенинг тест фор анкѕлосинг спондѕлитис. ЈАМА 1977 Јун 13;237(24):2613-4. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/140252)
2. Рудњалеит М, ван дер Хеијде Д, Ландењé Р ет ал. Тхе девелопмент оф Ассессмент оф СпондѕлоАртхритис

интернатионал Социетѕ цлассифицатион цритериа фор аџиал спондѕлоартхритис (парт ИИ): валидатион анд финал селецтион. Анн

Рхеум Дис 2009;68(6):777-83.[**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19297344)

1. Рудњалеит М, ван дер Хеијде Д, Ландењé Р ет ал. Тхе Ассессмент оф СпондѕлоАртхритис Интернатионал Социетѕ цлассифицатион цритериа фор перипхерал спондѕлоартхритис анд фор спондѕлоартхритис ин генерал. Анн Рхеум Дис 2011;70(1):25-31.
2. Аутхорс:Маркку Хакала, Артицле ИД: ебм00443 (021.032)
3. **ЕБМ Гуиделинес, 02.02.2011,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)
4. **Упатството треба да се опреснува еднаш на 2 години.**
5. **Предвидено следно ажурирање до септември 2013 г.**

# РЕАКТИВЕН АРТРИТИС

МБД Упатство

29.03.2010

* Основни податоци
* Епидемиологија
* Клинична слика
* Дијагностички процедури
* Третман
* Прогноза
* Превенција
* Поврзани докази

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

* Реактивниот артритис обично е поттикнат од гастроинтестинална или уринарна инфекција.
* Мнозинството од пациентите се ХЛА-Б27[[58]](#footnote-58) позитивни.
* Антимикробен третман е потребен за сите пациенти кои имаат позитивна бактериска култура или ПЦР анализа[[59]](#footnote-59).

**ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

* Годишната инциденца е околу 3/10.000 на возрасна популација.
* Средната возраст на пациентите е 20-30 години
* Не покажува полова дистрибуција, но симптомите се потешки кај машкиот пол.
* Како причинители се установени бактериите Ѕерсиниа (половина од случаите со ентероартрити), Салмонелла, Схигелла и Цампѕлобацтер. Уроартритис е предизвикан од Цхламидиа и Гоноццоцус. Нема разлика помеѓу честота на ентеро- и уроартитисот.
* Кај реактивниот артритис, синовијалната течност е стерилна, но салмонелла и гоноцоццус можат истотака да предизвикаат пурулентен артритис.
* За сега, најчести реактивни артритиси се асоцирани со инфекции предизвикани од салмонелла, цампѕлобацтер или цхламѕдиа. Артритите асоцирани со ѕерсиниа – инфекции станаа многу ретки.
* 80% од пациентите со ентероартритис и 60% со уроартритис се ХЛА-Б27 позитивни.

**КЛИНИЧКА СЛИКА**

* Обично, почетокот е акутен. Фулминантната форма е пропратена со треска и се забелжува елевација на СР и на серумскиот ЦРП[[60]](#footnote-60). Засегањето на повеќе зглобови помага да се диференцира реактивниот артритис од бактерискиот артритис.
* Кај повеќето пациенти со ентероартритис, но не кај сите, е очигледно дека има инфекција (дијареја, абдоминална болка). Кај мажите, инфекцијата на урогениталниот тракт обично е со симптоми (уретритис), но кај жените може да помине без симптоми или тие да се поблаги. Гонококната инфекција често предизвикува симптоми на зглобно воспаление, но таканаречениот постгонококов артритис често е можно да е последица на конкурентна хламидијска инфекција.
* Скоро секогаш се засегнати зглобовите на долните ектремитети.
* Кај 50% од случаите се сретнуваат артритиси на горните ектремитети
* Чести се екстраартикуларните манифестации:
* Ентезопатија, перитендинитис кај 30-50% од случаите.
* Клинички евидентиран сакролитис кај 20-30% од пациентите.
* Баланитис кај 10-25% од сите пациенти. (Баланитис цирцината се карактеризира со лезии кои формират прстен на гланс пенис ).
* Конјуктивитис кај 20-35% од пациентите.
* Увеитис кај 2-4% од пациентите
* Нарушувања на ЕКГ кај 5-15% од пациентите.
* Нодозен еритем

**ДИЈАГНОСТИЧКИ ПРОЦЕДУРИ**

* Фекални култури, изолација на хламидија (ПЦР), СР, ЦРП и ЕКГ секогаш при првиот преглед - кога има сомнение за реактивен артритис.
* Гонококна култура при првиот преглед - кога има урогенитални симптоми и артритис.
* Кристален артритис[[61]](#footnote-61) треба да се земе предвид како алтернативе особено кај пациенти постари од 50 години.
* При првиот преглед или после 1-3 недели ако клиничната слика се совпаѓа со реактивен артрити се одредуваатантитела:
* Анти-јерсинија
* Анти-салмонела
* Анти-кампилобактер
* Хламидија-ПЦР од утринскиот примерок на урина
* Анти-стрептолизински титар, ако има сомнение за ревматска треска (болеста е речиси искоренета и лажно позитивни резултати можат да се добијат кај други стрептококни инфекции).
* Анти-Борелија.
* Поради можноста за саркоидоза, треба да се направи радиграфија на градниот кош. Радиографијата на зглобовите е нормална во раните фази на болеста.
* ЕКГ, бидејќи пациентите можат да страдат од кардитис (обично асимптоматски)
* Иследувањета на ХЛА-Б27 нема вредност во примарната дијагноза.

**ТЕРАПИЈА**

* Кога бактериските култури се позитивни треба секогаш да се даваат антимикробните препарати против етиолошкиот агенс. Терапијата на хламидијска инфекција бара потврдување само серолошко или соПЦР.
* Времетраењето на терапијатае е 10дена (освен кај хламидијска инфекција; види подолу).
* Јерсинија, салмонела, шигела: Ципрофлоксацин 500 мг два пати дневно
* Кампилобактер : макролиди
* Хламидија: азитромицин 1 гр. единечна доза. Доксициклин 100 мг 2 х дневно е алтернатива: за примарната инфекција, антимикробните препарати треба да се дават во тек на 14 дена. Ако артритисот перзистира, терапијата се продолжува (до 3 месеца, ако е потребно).
* Терапија на акутната фаза на артритисот
* НСАИЛ
* Преднизолон перорално - ако симтомите се тешки.
* Парентерална апликација на кортикостероиди се препорачува за локална терапија на еден воспален зглоб.
* Мирување, физикална терапија за да сочува мускулниот тонус и подвижноста на зглобовите.
* Ако симптомите се пролонгирани се дава сулфасалазин или некој друг антиревматски препарат.

**ПРОГНОЗА**

* Реактивниот артритис вообичаено трае 3-5 месеци.
* Кај 15% од пациентите се развива хроничен артритис, преминот во хронична фаза е почест кај уроартритисот отколку кај ентероартритисот.

**ПРЕВЕНЦИЈА**

* Пациентите кои имат реактивен артритис или фамилијарна анамнеза за позитивен ХЛА-Б27-асоцирана артропатија, треба да се чуваат од ентеробактериски или хламидиски инфекции.
* Додека се патува, се препорачува употребата на антимикробни препарати само при гастроинтестинални инфекции, никако за да се превенираат тие инфекции.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

**Цоцхране прегледи**

* Антибиотици за тонзилофарингитис се ефективни во превенција на акутната ревматска треска. Тие ги намалуваат времетраењето, симптомите и инциденцата на супуративните компликации. ННТ за превенција на тонзилофарингит на третиот ден од терапијата изнесува 6 ннд[**А**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd00210).

**Други докази во резимеа**

* Нема докази за супериорност на кортикостероидите врз салицилатите за превенција на валвуларна болест како последица на ревматска треска ннд[**Д**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd03202).

**Други Интернет извори**

**РЕФЕРЕНЦИ**

* Рхеуматиц февер. Орпханет ОРПХА3099 [**1**](http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=EN&data_id=137&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Rheumatic-fever&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Disease(s)%20concerned=Rheumatic-fever&title=Rheumatic-fever&search=).

1. **ЕБМ Гуиделинес,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)**, 29.03.2010**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

# ПСОРИЈАТИЧНА АРТРОПАТИЈА

**МБД Упатство**

**20.11.2009**

* Основни податоци
* Дијагноза
* Терапија

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

* 5-7% од псоријатичните пациенти истотака имаат артритис. Кај тешките форми на псоријаза дури 40% од пациентите имаат артритис.
* Истите лекови кои се користат за терапија на псориатичен артритис се користат и за ревматоиден артритис.

**ДИЈАГНОЗА**

* Подложноста кон заболувањето е предодредена од генетски фактори. ХЛА-Б27 позитивните пациенти често имаат сакроилиитис или спондилитис. Псоријатичната артропатија не е толку асоцирана со ХЛА-Б27.
* Еден хроничен артритис може да се смета за псоријатична артропатија ако клиничката слика не сугерира друго заболување.
* Артритисот може да му претходи на псоријатичниот раш. Кај случаите со фамилијарна анамнеза за болеста и зафаќање на ноктите, лесно може да се постави дијагнозата.
* Дијагностички карактеристиките на псоријатичната артропатија вклучуваат:
* псоријатични нокти
* негативен ревматоиден фактор[[62]](#footnote-62)
* зафаќање на ДИФ зглобови (често ДИФ+ПИФ)
* дактилитис (колбасичести прсти или прстите на нозете)
* инсерционитис или ентезопатија (воспаление на припоите на тетивите)
* сакроилиитис или спондилитис
* ерозии на зглобовите на екстремитетите без придружна остеопороза
* асиметричен олигоартритиц
* Фамилијарна историја на псоријаза

**ТЕРАПИЈА**

* Истите лекови во истите дози се аплицираат како за третман на ревматоидниот артритис:
* НСАИЛ
* Метхотрексате и сулпхасалазине и лефлуномиде се најефикасните лекови(ннд-**Б)**.Метхотрексатее, исто така,ефикасен лек за псоријатичниот исип.
* Системски стероиди и антималарици можат да го влошат исипот.
* Парентерално дадени соли на злато се поефикасни од орално дадени соли на злато.[[63]](#footnote-63)
* Исто така, азатиоприн ја ублажува псоријатичната артропатија.
* Циклоспоринот е ефикасен за кожните симптоми и го контролира артритисот.
* Интра-артикуларни стероиди се ефикасни[[64]](#footnote-64)
* Биолошки лекови[[65]](#footnote-65) (специјално ТНФ-модулатори) се користат и при дерматолошки индикации.
* Прогнозата е често подобра одколку кај ревматоидниот артритис, но сепак постојат и тешки форми на заболувањето.

Автори:

Маркку Хакала

Артицле ИД: ебм00444 (021.030)

© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 20.11.2009,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2012 г.**

**ЛУПУС ЕРИТЕМАТОЗУС (СЛЕ)**

#### МБД Упатство

**08.06.2010**

#### Основни податоци

* Епидемиологија
* Клиничка презентација
* Лабораториски наоди
* Дијагноза
* Третман
* Следење
* Примарен антифосфолипиден синдром
* Поврзани извори
* Референци

#### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

* Системскиот еритематозен лупус (СЛЕ) е системско сврзноткивно заболување кое првенствено ги зафаќа жените.
* СЛЕ е синдром кој се карактеризира со клиничка разноликост и комплексен сет на имунолошки нарушувања при што се создаваат антинуклеарни антитела (АНА).

**ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

* Преваленцата на СЛЕ во светот е 4-250 на100 000 жители. Околу 90% пациенти се жени а во 50% од случаите дијагнозата е поставена на возраст помала од 30 години.

**КЛИНИЧКА ПРЕЗЕНТАЦИЈА**

* Клиничката презентација е варијабилна: иницијалните симптоми може да се развијат наеднаш или постепено; болеста може да епостојано активна или пак да има долги периди на ремисија; може да е зафатен било кој орган или неколку одеднаш.
* Типични симптоми се артралгија, отечени зглобови, мијалгија, кожен исип, плеуритис, перикардитис, општи симптоми како замор и треска, и губиток на телесна тежина.
* Речиси сите пациенти имаат артралгии и артритиси. Деформитети на зглобовите се реткост.
* Мијалгијата е честа а миозитисот е многу ретка појава.
* Кожни промени како пеперудест еритем, фотосензитивност, дискоидни лезии, како и алопеција, васкулитис на малите крвни садови и субакутен кутан лупус (лезиите се ануларни или папуларни).
* Орални улцерации се среќаваат кај 20% од пациентите за време на активната фаза на заболувањето.
* Блага форма на феноменот на Раѕнауд.
* Околу 30-50% од пациентите ќе развијат нефритис кој варира од блага протеинурија и хематурија до нефротски синдром и терминална хронична ренална болест.
* 20-40 % од пациентите имаат плеврит. Релативно ретки се акутниот пнеумонитис и хроничниот фиброзирачки алвеолитис.
* Перикардитисот е нешто поредок од пелвритисот.Поретка компликација е ендокардитис (Либман-Сацкс), и коронарна болест. Вообичаени се промени на Т- брановите на ЕКГ.
* Неуропсихијатриските симптоми се јавуваат кај околу 20-30% од пациентите:
* Главоболките се најчести невропсихијатриски симптоми. Пациентот може да има епилептични напади, генерализирани или локални, додека кај 10% од нив ќе се развие воспаление на кранијални или периферни нерви.
* Психијатриски симптоми како што се конфузност, нарушување на свеста се ретки. Лесни нарушувања на когнитивната функција (меморија, учење)може да се сретнат во акутната фаза на болеста.
* Венска тромбоза се развива кај 10% пациенти со СЛЕ, најмалку половината од нив имаат антифосфолипиден синдром. Ризикот од мозочна тромбоза е зголемен, особено кај повозрасните пациенти.
* Лимфните жлезди може да се зголемени, особено кога болеста е активна.
* Постои ризик од абортус во првиот и вториот триместар на бременоста, како и од предвремено породување.Други компликации на бременоста се ниска породилна тежина на новороденото и токсемија.

# ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

* Седиментацијата е најчесто зголемена, а ЦРП нормален.
* Блага или умерена анемија е честа. Хемолитичка анемија се забележува кај помалку од 10 % пациенти
* Леукопенија (лимфопенија)и умерена тромбоцитопенија.
* Имунофлуоресцентната анализа на антитела[[66]](#footnote-66): антинуклеарните антитела (АНА) се позитивни кај > 90 % пациенти.
* Анти-ДНА антитела[[67]](#footnote-67) се позитивни кај 50-90 % пациенти.
* Поликлонална хипергамаглобулинемија[[68]](#footnote-68).
* Намалени вредности на комплементот Ц3, Ц4[[69]](#footnote-69)кај 60% од пациентите.

#### Антифосфолипидни антитела[[70]](#footnote-70) (лупус антикоагулант-антитела, антикардиолипин-антитела, анти-бета-2-гликопротеин И-антитела) се позитивни кај 20-40% од пациентите.

* Кај нефритис: протеинурија, микроскопска хематурија, зголемен креатинин во серум, намален креатинин клиренс.

**ДИЈАГНОЗА**

* Нема единечен симптом или знак кој е доволен за поставување на дијагнозата.
* Кога се сомневаме за СЛЕ , потребно е да се направат следниве базични анализи: СЕ, ЦРП, крвна слика, АНА (имунофлуоресценција), урина со тест трака/ седимент на урина.
* Дијагнозата се поставува врз основа на клиничките симптоми и лабораториските наоди, како и врз основа на каласификационите критериуми на АЦР (Америцан Цоллеге оф Рхеуматологѕ) од 1982
* Пациентот за кој се сомневаме дека има СЛЕ, треба да се упати на соодветен специјалист за потврдување на дијагнозата.

**ТЕРАПИЈА**

* Терапијата има за цел да ги елиминира симптомите, да ја контролира активноста на болеста, да превенира егзацербации, да минимизира несакани ефекти од лековите и да го подобри квалитетот на животот а со тоа и прогнозата.
* Терапијата е секогаш индивидуална и зависи од манифестациите и активноста на болеста.
* Надворешни фактори кои доведуваат до егзацербации, како што се: експозиција на сончеви зраци, истоштување, употреба на сулфонамиди, треба да се избегнуваат.
* Умерен СЛЕ:
* Аналгетици и НСАИЛ
* Хѕдроцхлорољуине[[71]](#footnote-71)
* кортикостероиди
* Минорен раш и зглобните тегоби се лекуваат со Хѕдроцхлорољуине и НСАИЛ. Доколку тоа не е доволно или пациентот има општи симптоми, може да се користат мали дози на КС (5-7.5мг/дневно преднисоне).
* Во третманот на плевритис и перикардитис, се употребуваат умерено високи дози глукокортикоди. (20-40 мг/дневнопреднисоне).
* Во третманот на тежок СЛЕ со засегање на ЦНС, гломерулонефритис, пнеумонитис, кардитис и промени на крвната слика:
* високи дози глукокортикоиди
* имуносупресивни лекови **Б** (азатхиоприне, цѕцлопхоспхамиде, цицлоспорин, метхотреџате, мѕцопхенолате[[72]](#footnote-72))
* Антифосфолипидни антитела: види подолу Примарен антифосфолипиден синдром
* Диференцијалната дијагноза меѓу инфекција и егзацербација на СЛЕ е од најголемо значење.
* Терапија :за кардиоваскуларните ризици: крвен притисок, дијабет, вредности на липидите, пушење.
* Превенција и терапија на остеопороза, особено кај тешката форма на СЛЕ и кога се употребуваат кортикостероиди.

**СЛЕДЕЊЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ**

* Поблага форма на СЛЕ може да се следи и лекува од страна на докторите во примарна здравствена заштита[[73]](#footnote-73).
* При следење на пациентите, визитите треба да бидат на 3-12 месеци.
* Земање на анамнестички податоци кои ја отсликуваат клиничката слика на СЛЕ, физикален преглед, крвен притисок.
* СЕ, ЦРП, крвна слика, урина со седимент.
* Кај пациентите за кои се знае дека имаат нефритис, треба да се направат и следниве тестови: креатинин, процена на гломеруларната филтрациона рата (еГРФ), протеинурија во 24 часа[[74]](#footnote-74) и доколку е потребно анти-ДНА (нативна) антитела и вредностите на комплементот- Ц3.
* Лабораториските тестови кај оние пациенти кои примаат имуносупресивна терапија треба да се прават почесто (види 1 лабораториски тестови при лекување на реуматоид артритис).
* Кај високо-ризичните пациенти, повремено треба да се врши: одредување на вредности на гликемија по гладување, вкупен холестерин, ХДЛ-холестерин[[75]](#footnote-75), ЛДЛ-холестерин, триглицериди и мерење на коскен дензитет.

##### ПРИМАРЕН АНТИФОСФОЛИПИДЕН СИНДРОМ

* Синдром кој се манифестира со повторувани (рекурентни) венски и артериски тромбози, повторувани абортуси, тромбоцитопенија иприсуство на антифосфолипидни антитела, но без други карактеристики на СЛЕ.
* Индикации за антитромботична терапија:
* Прва венска тромбоза: антикоагулантна терапија во тек на 12 месеци (ИНР 2.0-3.0) или подолго, особено ако вредностите на антитела се покачени во повеќе наврати и тромбозата се развила без присутен ризик фацтор.
* Прва мозочна артериска оклузија: антикоагулантна терапија или алтернативно аспирин (250 мг/дневно)
* Прва периферна артериска тромбоза: антикоагулантна терапија.
* Рекурентна васкуларна тромбоза: антикоагулантна терапија.
* Повеќекратен абортус: аспирин (100 мг/дневно) кога сака да остане трудна, а во спротивно нискомолекуларен хепарин.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

**Цоцхранпрегледи**

* Комбинацијата на нефракциониран хепарин и аспирин ја намалува инциденцата на абортуси кај жените со антифосфолипидни антитела или лупус антикоагулант ннд[**Б**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd04887).
* Дехѕдроепиандростероне споредуван со плацебо, има слаби или воопшто нема ефекти врз активноста на болеста кај умерен до средно тежок СЛЕ, но може благо да го подобри квалитетот на животот ннд[**Д**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd05794).
* Крема од Флуоцинониде е поефикасна одхѕдроцортисонеза дискоиден СЛЕ, иако доказите се недоволни.
* Хѕдроџѕцхлорољуине и ацитретин може да се ефикасни ннд[**Д**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd00740).

**Други докази од резимеа**

Кај стабилен СЛЕ, орални контрацептиви не го зголемуваат ризикот за егзацербација, активност на заболувањето или тромботични случувања ннд[**Б**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd04974).

Кај стабилен СЛЕ, прекин на терапија со хѕдроџѕцхлорољуине може да го зголеми ризикот за релапс ннд[**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd01192).

**РЕФЕРЕНЦИ**

1. Цутанеоус лупус ерѕтхематосус. Орпханет ОРПХА535
2. Д'Цруз ДП, Кхамасхта МА, Хугхес ГР. Сѕстемиц лупус ерѕтхематосус. Ланцет 2007 Феб 17;369(9561):587-96.
3. Цервера Р, Кхамасхта МА, Фонт Ј, Себастиани ГД, Гил А, Лавилла П, Домéнецх И, Аѕдинтуг АО, Једрѕка-Гóрал А, де Рамóн Е. Сѕстемиц лупус ерѕтхематосус: цлиницал анд иммунологиц паттернс оф дисеасе еџпрессион ин а цохорт оф 1,000 патиентс. Тхе Еуропеан Њоркинг Партѕ он Сѕстемиц Лупус Ерѕтхематосус. Медицине (Балтиморе) 1993 Мар;72(2):113-24.[**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8479324)
4. Тан ЕМ, Цохен АС, Фриес ЈФ, Маси АТ, МцСхане ДЈ, Ротхфиелд НФ, Сцхаллер ЈГ, Талал Н, Њинцхестер РЈ. Тхе 1982 ревисед цритериа фор тхе цлассифицатион оф сѕстемиц лупус ерѕтхематосус. Артхритис Рхеум 1982 Нов;25(11):1271-7. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7138600)
5. Гуиделинес фор реферрал анд манагемент оф сѕстемиц лупус ерѕтхематосус ин адултс. Америцан Цоллеге оф Рхеуматологѕ Ад Хоц Цоммиттее он Сѕстемиц Лупус Ерѕтхематосус Гуиделинес. Артхритис Рхеум 1999 Сеп;42(9):1785-96. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10513791)
6. Лим Њ, Цроњтхер МА, Еикелбоом ЈЊ. Манагемент оф антипхоспхолипид антибодѕ сѕндроме: а сѕстематиц ревиењ. ЈАМА 2006 Мар 1;295(9):1050-7. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10513791)
7. Аутхорс:Хеикки Јулкунен, Артицле ИД: ебм00446 (021.041)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

**ЕБМ Гуиделинес, 08.06.2010,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)

1. **Упатството треба да се ажурира на 4 години.**
2. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

**СИСТЕМСКА СКЛЕРОЗА**

**МБД Упатство**

**15.12.2010**

* Основни податоци
* Епидемиологија
* Клиничка слика
* Лабораториски наоди
* Дијагноза
* Терапија
* Прогноза
* Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

* Системска склероза се карактеризира со оштетување на малите крвни садови, имунолошки нарушувања, разраснување на сврзното ткиво и олузнување.
* Склеродерма е термин за кожните манифестации на системска склероза.
* Системска склероза и склеродерма честопати се користат како синоними.
* Системската склероза се дели на системска и локална форма

**ЕПИДЕМИЛОГИЈА**

* Преваленцата на склеродермата е 100-200/милион
* Инциденцата е поголема кај жени на 30-50 годишна возраст.

**КЛИНИЧКА СЛИКА**

* Раѕнауд-ов феномен се забележува скоро кај секој пациенти најчесто претходи на другите симптоми.Оваа појава може да предизвика улцераци и лузни на прстите.
* Кожните промени се јавуваат специјално на лицето, рацете и нозете. Најпрво се јавува оток на кожата, потоа задебелување и на крајот атрофија. Кај лимитираната форма на заболувањето, кожните промени се јавуваат на лицето и на екстремитетите – дистално од колената и лактите, додека кај дифузната форма кожните промени се проширени.
* Може да има телеангиектазии.
* 20-30% од пациентите имаат артралгија и миалгија.
* Може да има гастроинтестинални симптоми, особено дисфагија и рефлуксен езофагитис како и езофагеални стриктури. Можат да се јават малабсорбција, опстипација и фекална инконтиненција.
* Белодробна фиброза, белодробна хипертензија
* Срцева инсуфициенција, аритмии
* Бубрежни симптоми: протеинурија, хипертензија, склеродермална бубрежна криза која се одликува со екстремно висок крвен притисок, рапидно прогресивна бубрежна слабост и микроангиопатска хемолитична анемија.

**ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ**

* СЕ е обично средно покачена. Нивото на ЦРП е нормално или средно покачено.
* Крвната слика обично е нормална.
* Кај системската форма на болеста, антинуклеарните антитела (АНА)[[76]](#footnote-76) се забележуваат кај 90% од пациентите, ревматскиот фактор (РФ)[[77]](#footnote-77) кај 30%.
* Антицентромерните[[78]](#footnote-78) антитела се јавуват лимитираната форма односно кај ЦРЕСТ синдромот (калциноза, Раѕнауд-феномен, езофагијален хипомотилитет, склеродактилија и телеангиектазии)**Б**
* Анти-Сцл-70[[79]](#footnote-79) антителата се асоцирани со дифузната форма.

**ДИЈАГНОЗА**

* Клиничка слика ( промени на кожата, Раѕнауд-феномен)
* Инволвирање на внатрешните органи
* Серолошките наоди
* Кожна биопсија, ако е потребна
* Типични капиларни промени под ноктите демонстрирани со капилароскопија[[80]](#footnote-80).

**ТЕРАПИЈА**

* Пациентот треба да внимава да не ја оштетува кожата, да избегнува експозиција на студено и да прекине со пушењето
* Блокатори на калциеви канали се лекови од прв избор за периферните циркулаторни нарушувања. **А** Простаноидите може да се користат затешки васкулопатии на прстите (ннд-**А).**
* Метхотреџате се користи за терапија на кожните промени во раната дифузна системска склероза (ннд-**Б).**
* НСАИЛ при артралгии и миалгии.
* Корикостероиди и Метхотреџатесе употребуваат за артритите и миозитисот. Кај тие пациенти потребна е редовна контрола на крвниот притисок и бубрежната функција.
* Инхибитори на протонската пумпа се користат за гастроезофагеалниот рефлукс **А**.
* Цѕцлопхоспхамиде се употребува во инфламаторната фаза на белодробната болест **А**; подоцна се заменува со азатхиоприне.
* Инхибиторите на ангиотензин-конвертирачкиот ензим се лекови од прв избор за терапија на хипертензија и бубрежна криза **Ц**.
* Ендотелин-рецептор-блокери[[81]](#footnote-81)**А**, фосфодиестераза- инхибитори[[82]](#footnote-82)**А**и простаноиди **А** може да се користат за терапија на белодробна хипертензија.

**ПРОГНОЗА**

* Добра, кога болеста е ограничена во кожата.
* Белодробната хипертензија, респираторна или бубрежна инсуфициенција се знаци за лоша прогноза.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

**Цоцхран прегледи**

* Лекот празосин може да е умерено ефикасен за третман наРаѕнауд-феноменот, кој ја придружува

склеродермата ннд-[**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd02441).

**РЕФЕРЕНЦИ**

* Сцлеродерма. Орпханет ОРПХА801
* Сѕстемиц сцлеросис. Орпханет ОРПХА90291
* Коњал-Биелецка О, Ландењé Р, Авоуац Ј, Цхњиеско С, Миниати И, Цзирјак Л, Цлементс П, Дентон Ц, Фарге Д,

Флигелстоне К, Фöлдвари И, Фурст ДЕ, Мüллер-Ладнер У, Сеиболд Ј, Силвер РМ, Такехара К, Тотх БГ, Тѕндалл А, Валентини Г, ван ден Хооген Ф, Њиглеѕ Ф, Зулиан Ф, Матуцци-Цериниц М, ЕУСТАР Цо-Аутхорс. ЕУЛАР рецоммендатионс фор тхе треатмент оф сѕстемиц сцлеросис: а репорт фром тхе ЕУЛАР Сцлеродерма Триалс анд Ресеарцх гроуп (ЕУСТАР). Анн Рхеум Дис 2009 Маѕ;68(5):620-8. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19147617)

* Љуиллинан НП, Дентон ЦП. Дисеасе-модифѕинг треатмент ин сѕстемиц сцлеросис: цуррент статус. Цурр Опин Рхеуматол

2009 Нов;21(6):636-41. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19726995)

* Аутхорс: Петтерссон, Артицле ИД: ебм00445 (021.040)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)**, 15.12.2010**
2. **Упатството треба да се ажурира на 4 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

**РАЅНАУД-ФЕНОМЕН И АКРОЦИЈАНОЗА**

МБД Упатство

06.04.2009

* Основни податоци
* Клиничка слика
* Диференцијална дијагноза
* Симптоми и знаци на системска болест
* Лабораториски испитувања
* Терапија
* Индикации за испраќање кај специјалист
* Поврзани сознанија

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

* Раѕнауд феномен се разликува од акроцијаноза.
* Да се идентифицират пациенти со системска болест на сврзното ткиво кои покажуват знаци на Раѕнауд феномен
* Да се идентифицират случаи предизвикани од “вибрациона болест” (денес е ретка: бравари, шумски работници)

# КЛИНИЧКА СЛИКА

**Раѕнауд феномен**

* Феноменот се карактеризира со подложност кон рекурентни епизоди на констрикција на крвните садови на прстите кои типично настануваат при експозиција на студено.
* При класичниот трифазенРаѕнауд феномен кожата најпрво побледува, потоа помодрува и на крајот поцрвенува. Таканаречената бела фаза може да е асоцирана со трнење, боцкање на терминалните сегменти на прстите. Еритематозната фаза може да е асоцирана со силна болка.
* Кај повеќето случаи, дијагнозата се базира на анамнезата на пациентот. Предуслови за поставување на дијагнозата се осетливост на студено и пароксизми на бледило или помодрување или и двете при експозиција на студено. Феноменот може да биде предизвикан и од емоционален стрес.

**Акроцијаноза**

* Перманентен (не пароксизмален), дисколоритет на апикалните делови на телото, особено на прстите, предизвикан од забавена циркулација.
* Често потење и трнењена шаките.
* При притискање со прст се предизвикува бледа зона, која бавно се губи, почнувајки од рабовите.

**ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА**

* Состојби кои можат да предизвикаат студени, цијанотични или бледи прсти или акрални делови.
* Облитеративна артериосклероза
* Вибрациона болест (вибрациски синдром на раме-шака) 1
* Васкулити
* Холестеролска емболизација
* Ендокардитис
* Полицитемија вера
* Криоглобулинемија и Хипервискозен синдром
* Миксом
* Одредени лекови како нпр. симпатомиметици, бета блокери, ерготамин, цитотоксични агенси како што се блеомѕцин или винбластине.

**СИМПТОМИ И ЗНАЦИ НА СИСТЕМСКА БОЛЕСТ**

* Раѕнауд феноменот може да биде асоциран со болест на сврзното ткиво, во тој правец може да се определи прогнозата на пациентот.
* Ако не може да се најде системска болест, Раѕнауд феноменот може да се гледа како бенингна состојба.
* **СЛЕ** може да е суспектен ако има:
* Пеперуговиден исип по лицето
* Фотосензитивност
* Артритис или артралгија
* Нефритис, плеуритис или перикардитис
* **Склеродерма** може да биде суспектна ако има
* Отоци на прстите (колбасести прсти) пропратени со задебелување на кожата, а после со сјајна, атрофична кожа и вкочанетост на зглобовите
* Затегнатост на кожата на лицето
* Дисфагија
* Диспнеа и белодробна фиброза на радиографија на градниот кош
* Артритис
* **Полимиозитис или дерматомиозитис** може да биде суспектен ако има
* Проксимална мускулна слабост
* Виолетова дисколорација околу очите, црвенило (исип) на вратот или на горниот дел на градниот кош или на екстензорните површини на екстремитетите.
* Артритис
* **Мешана сврзно ткивна болест** може да биде суспектна ако има
* Белези на склеродерма, полимиозитис и на ревматоиден артритис.
* Отоци на прстите (колбасести прсти).

**ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА**

* Ако пациентот има умерено изразен Раѕнауд феномен и нема симптоми што упатуват на некоја системска болест на сврзното ткиво, не се потребни лабараториски тестови
* Ако пациентот има тежок Раѕнауд феномен или ако се присутни други клинички знаци за болест на сврзното ткиво, се препорачуваат следните лабораториски тестови
* Хемоглобин, хематоцрит, број на еритроцити, леукоцити и тромбоцити
* Седиментација на еритроцитите (СЕ ).
* Тест за анти-нуклеарни антитела (АНА[[83]](#footnote-83)).
* Тест за ревматоидниот фактор (РФ[[84]](#footnote-84)).
* Серумска креатинин-киназа
* Уринарен статус

**ТЕРАПИЈА**

* Нифедипин со долго делување - како препарат што бавно се ресорбира е докажан како најефикасна терапија (ннд-**А)**.
* Некои пациенти имаат корист од нитроглицерински локални препарати, аплицирани на прстите. Главоболката е можен спореден ефект и може да се намали со мешање на нитроглицеринската маст со вазелин.(препаратот може да се направи по рецепт).
* Кај пациенти со Раѕнауд феномен и склеродерма, инфузии со илопрост[[85]](#footnote-85)(ннд-**А)** се користат за превенција на улцерации на прстите и кожна некроза (карактеристични за потешки случаи) како и за вазоспастичните епизоди.

**ИНДИКАЦИИ ЗА ИСПРАЌАЊЕ КАЈ СПЕЦИЈАЛИСТ**

* Симптоми, знаци или лабораториски резултати за болест на сврзното ткиво.
* Неефективност на терапијата.
* Претечка (неизбежна) гангрена

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

**Цоцхран прегледи**

* Лекот празосин може да е умерено ефикасен за третман наРаѕнауд-феноменот, кој ја придружува

склеродермата (ннд-[**Ц**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd02441)).

* Нема докази за позитивни ефекти на било која група вазодилататори (блокаторите на

калциумови канали не се предмет на ова упатство) врз примарен Раѕнауд феномен (ннд-[**Д**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd06002)).

**РЕФЕРЕНЦИ**

* Аутхорс:Том Петтерссон, Артицле ИД:ебм00445 (021.040) © 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 06.04.2009,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурирана 5 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

**МЕШАНА СВРЗНО ТКИВНА БОЛЕСТ(МЦТД)**

**МБД Упатство**

**06.04.2009**

* Дефиниција и епидемиологија
* Клиничка слика
* Лабораториски наоди
* Третман
* Поврзани извори

**ДЕФИНИЦИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

* Мешана сврзно ткивна болест (МЦТД) е ретко заболувањекое се карактеризира со знаци на ревматоиден артритис, СЛЕ, полимиоситис и склеродерма и со присуство на анти-рибонуклеопротеински антитела во висок титар.
* Клиничката слика е варијабилна. После неколку години прогредираат манифестациите на склеродермата.
* Повеќето од пациентите се жени на возраст 30-40 години.

**КЛИНИЧКА СЛИКА**

* Скоро секој пациент има артритис или артралгија
* Отоци на прстите и Раѕнауд феномен
* Промени на кожата, кои прилегаат на тие кои се јавуваат кај СЛЕ
* Мускулни симптоми кои прилегаат на тие кои се јавуваат кај полимиозит
* Плеуритис, кардитис и нефритис се јавуваат, но почести се кај СЛЕ

## ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

* Покачена седиментација на еритроцитите
* Анемија и леукопенија
* Точкаста имунифлоуресцентна слика на антинуклеарни антитела во висок титар[[86]](#footnote-86)
* Ревматоиден фактор[[87]](#footnote-87) позитивен кај 50% од пациентите
* Антитела против екстрактибилниот нуклеарен антиген кој реагира со нуклеарниот рибонуклеопротеин[[88]](#footnote-88).

## ТЕРАПИЈА

* Нестероидни антиревматици во терапија на артритот (не сулпхасалазине)
* Мали дози на кортикостероиди за општите симптоми
* Висока доза на кортикостероиди за поедини органскиманифестации
* Исто како и кај СЛЕ, терапијата треба да е условена од клиничката слика.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

**Интернет извори**

* Хоффман РЊ. Миџед Цоннецтиве-Тиссуе Дисеасе. еМедицине
* Миџед Цоннецтиве Тиссуе Дисеасе (МЦТД). Мерцк Мануал Онлине
* Аутхорс:Том Петтерссон, Артицле ИД: ебм00447 (021.042)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес,** [хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)**, 06.04.2009**
2. **Упатството треба да се ажурира на 5 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

**СЈОГРЕН-ОВ СИНДРОМ**

**МБД Упатство**

**25.11.2009**

* Основни податоци
* Клиничка слика
* Дијагностички критериуми
* Терапија

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

* Редуцираната функција на егзокрините жлезди се манифестира со сувост на очите (кератоцонјуцтивитис сицца) и устата (џеростомиа).
* Сјöгрен-овиот синдром може да се јави како примарно заболување или секундарно на ревматоидниот артритис и поретко кај системскиот еритемски лупус или склеродерма.
* 10-15 % од пациентите со ревматоид артрит страдаат од т.н. сицца синдром.

### Присуството на автоантитела е карактеристично за Сјöгрен-овиот синдром. Нивното отсуство кај пациентите кои страдаат од сувост на устата и очите, зборува противоваа дијагноза.

**КЛИНИЧКА СЛИКА**

* Чуство на гребење во очите, пречуствителност на светлина и заморување на очите
* Сушење на слузницата на усната шуплина што предизвикува отежнато голтање (дисфагија)
* Намален ост на осетот за вкус и мирис
* Фисури на јазикот и устата
* Повторувано отекување на паротидните жлезди
* Крусти на носната слузница, сува кашлица, повторувани инфекции на дишните патишта
* Сува кожа
* Други автоимуни заболувања како тироидитис, пернициозна анемија, целијакија
* Сувост на вулвата и вагината со диспареунија
* Изнемоштеност, зглобни болки и Раѕнауд-ов феномен се чест наод
* Ретко се јавува акутен панкреатитис, хепатомегалија
* Истовремено: атрофичен гастритис, целијакија, примарна билијарна цироза може да се јават, но се ретки
* Забрзана седиментација на еритроцитите
* Зголемен ризик од лимфоми. На лимфом треба да се помисли при солидни (тврди) отоци на паротидните жлезди или пак при појава на зголемен лимфен јазол: треба да се докаже со биопсија. И покрај зголемениот ризик на пациентите (повеќе од 40 пати), лимфомот кај Сјöгрен -ов синдром е редок бидејќи инциденцата на лимфомите во општата популација е ретка.

**ДИЈАГНОСТИЧКИ КРИТЕРИУМИ**

* За да се постави дијагнозанаСјöгрен-ов синдром, треба да бидат исполнети 4 од долу наведените критериуми. Потребно е да се исклучат пациентите со лимфоми, ХИВ инфекција, саркоидоза и

ГВХД.

* **Симтоми од страна на окото**: чувство на суво око повеќе од три месеци или чуство на туѓо тело во окото
* **Симптоми од страна на устата**: чувство на сува уста повеќе од три месеци или перманентно отечени паротидни жлезди
* **Офталмолошки наоди**: позитивен Сцхирмер-ов тест, филтер хартијата се навлажнува помалку од 5 мм за 5 минути
* **Биопсија на плунковите жлезди на долната усна**: фокален сијалоаденитис
* **Промени во плунковите жлезди**: намалена секреција на плунка и промени кои се видливи со сијалографија или со сцинтиграфија[[89]](#footnote-89).
* **Автоантитела**: Анти-ССА/Ро или Анти- ССБ/Ла,[[90]](#footnote-90)АНА[[91]](#footnote-91) или РФ[[92]](#footnote-92) позитивен наод.
* За дефинитивна дијагноза потребно е: патолошки наод на биопсијата или позитивни анти-СС антитела. Кај возрасните луѓе мукозните мембране се честопати суви и тоа може да заведе за грешна дијагноза.

**ТЕРАПИЈА**

## Вештачки солзи

* Третман на сува уста
* Хѕдроџицхлорољуине[[93]](#footnote-93) – се препорачува кај активна болест.
* Преднисолоне и/или некои имуносупресивни лекови доколку се јават манифестации вон егзокрините жлезди (нпр.васкулитис).

Автори:Макку Хакала, Артицле ИД: ебм00448 (021.043)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 25.11.2009,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурира на 5 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

## СИНДРОМ НА СУВИ ОЧИ

**МБД Упатство**

**23.10.2009**

* Основни податоци
* Епидемиологија
* Симптоми и знаци
* Дијагноза
* Ширмеров тест
* Лекување

## ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

* Чувството на суви очи е чест симптом и се должи на намалена продукција на солзи предизвикана нпр. од хормонални промени или при стареење.
* Синдромот на суви очи е честопати асоциран со системски заболувања или примена на некои лекови.
* Терапијата е симптоматска: факторите кои ја влошуваат состојбата треба да се избегнуваат и да се користат веќтажки солзи.

## ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

* Чувството на суви очи е чест симптом.
* Секрецијата на солзи се намалува со возраста.
* Хормонски фактори (во климактериум состојбата е 2-3 пати почеста кај жени отколку кај мажи).
* Синдромот на суви очи може да биде последица на други заболувања:
* Сврзно-ткивни заболувања како ревматоидниот артритис, ги оштетуваат солзните и плунковите жлезди.
* Кожни болести како прпсоријаза, атопичен дерматитис, себороичен дерматитис, акни,
* мултиформен еритем, очен пемфигоид, Лѕелл-ов синдром.
* Ендокринолошки заболувања (болест на Граве)
* Амилоидоза
* Некои лекови:
  + Бета-блокери
  + Провери ги можните споредни ефекти на лековите на твојот пациент.

## СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

* Печење и чувство на песок во очите придружено со интермитентно солзење (рефлексно солзење како резултат на иритација).
* Симптомите се најизразени:
* Наутро
* на ветровито време
* во прашнива и зачадена атмосфера
* многу асимптоматски пациенти во услови на климатизација (аир-цондитионер) имаат симптоми на работно место таканаречен “оффице еѕе сѕндроме”
* Конјуктивата лесно се иритира и зацрвенува.

## ДИЈАГНОЗА

* Типична анамнеза.
* Преглед со студено светло (пенлигхт).
* Колектираното количество солзи на римата од долниот очен капак е минимално или изостанува и окото е суво.
* Корнеалниот рефлекс на светлина е нерегуларен, а филаменти од исушени епителиални клетки може да се најдат на корнеалната површина кај потешките случаи.
* Тестот на Сцхирмер е помалку од 5-10мм во 5 минути.[[94]](#footnote-94)

# ШИРМЕРОВ ТЕСТ

* Се користи специјално пакувана филтер хартија во вид на ленти (готов производ).
* Ако го испитуваш присуството на синдромот на суви очи, мери ја базалната секреција на солзи со изведување на тестов неколку минути по употреба на локален анестетик во очите за превенција на рефлексната лакримација.
* Хартијата е вметната во долната конјуктива на границата на средната и надворешната третина на окото и виси надолу. Пациентот слободно може да гледа или да ги затвори очите.
* По 5 минути се вади филтер хартијата и се мери растојанието од ивицата до влажната линија во милиметри.

## ЛЕКУВАЊЕ

* Целта е да се минимизираат симптомите.
* Да се отстранат предиспонирачките фактори.
* Совет за избегнување на ветар, прашина и климатизирани простории.
* Совет: наутро да не се мијат очите со вода, затоа што ова го влошува овој синдром иако пациентите имаат чувство на олеснување.
* Влажнење на воздухот може да е од помош.
* Вештачки солзи или гел:
* Достапни се повеќе видови вештачки солзи. Пациентот се советува индивидуално да си избере кои најмногу му одговараат. Тие никогаш не се еквивалент на нормалните солзи.
* Кај потешки случаи може да се користат пипети кои не содржат презервативи и се за еднократна употреба.
* Се започнува со еден вискозен и еден течен препарат, алтернативно.
* Ако вештачките солзи не се доволни, да се консултира офталмолог.

**РЕФЕРЕНЦИ**

**Автор:**

Теро Кивелä, Артицле ИД: ебм00809 (037.030)

© 20122 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

* **ЕБМ Гуиделинес, 03.03.2010,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)
* **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**

**Предвидено следно ажурирање во 2015 г.**

**ВАСКУЛИТИ ( ВАСКУЛИТИСНИ СИНДРОМИ )**

**МБД Упатство**

**06.04.2009**

* Основни правила
* Општо
* Симптоми и знаци на васкулитис
* Класификација
* Такаѕасу артеритис
* Полѕартеритис нодоса
* Микроскопски полиангиитис
* Његенер-ова грануломатоза
* Цхург-Страусс синдром ( алергичен грануломатозен ангиитис)
* Хеноцх-Сцхöенлеин пурпура
* Мешана криоглобулинемија
* Диференцијална дијагноза
* Основни принципи во третманот на васкулити
* Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

* Секогаш кога пациентите имаат системска презентација на симптомите треба да се мисли на васкулитис.

**ОПШТО**

* Васкулитите се ретка и хетерогена група на клинички синдроми кои се карактеризираат со инфламација и оштетување на зидот на крвните садови.Оштетувањето може да до стеснување на васкуларниот лумен, тромбоза, исхемија, анеуризма или хеморагија.
* Тие се често сериозни заболувања, кои сепак можат успешно да се третираат
* Заради варијабилната клиничка слика дијагнозата може да задоцни
* Клиничката слика зависи од големината и локализацијата на засегнатите крвни садови

**СИМПТОМИ И ЗНАЦИ НА ВАСКУЛИТИС**

* Зголемена температура и слабеење
* Палпабилна пурпура, ливедо ретикуларис
* Мијалгија, миозитис, артралгии, артритис
* Мононеуритис мултиплекс, мозочен удар
* Епистакса, синуситис, хемоптиза, пнеумонитис, астма
* Миокарден инфаркт, хипертензија, интермитентни клаудикации, слаб периферен пулс
* Стомачни болки, мелена
* Гломерулонефритис
* Зголемена седиментација, ЦРП, анемија, леукоцитоза, тромбоцитоза, протеинурија, хематурија, анти-нуклеарни цитоплазматични антитела (АНЦА)[[95]](#footnote-95)

**КЛАСИФИКАЦИЈА НА ВАСКУЛИТИ**

**Васкулити на големи крвни садови**

* Темпорален артеритис
* Такаѕасу артеритис

**Васкулити на мали и средни крвни садови**

* Полѕартеритис нодоса
* Микроскопски полиангиитис
* Његенер- ова грануломатоза
* Цхург-Страусс синдром
* Болест на Кањасаки

**Васкулити на мали крвни садови**

* Хеноцх-Сцхöенлеин пурпура
* Васкулити асоцирани со системски сврзно-ткивни заболувања
* Мешана криоглобулинемија (Цриоглобулинемиа ессентиалис миџта)
* Васкулити асоцирани со инфекции
* Васкулити асоцирани со алергии на медикаменти
* Васкулити асоцирани со малигни тумори

###### Темпорален артеритис

Види на друго место

**ТАКАЅАСУ АРТЕРИТИС**

* Најчесто се јавува кај млади жени од Азиско потекло. Зафатена е аортата и нејзините главни гранки.
* Во раната фаза,неспецифичните симптоми како изнемоштеност, артралгии, мијалгии се чести . Зголемени се седиментацијата и концентрацијата на ЦРП.
* Знаците за стеснување на артериите се развиваат постепено.
* Има ослабен пулс на горните екстермитети како и отежнато мерење на крвниот притисок.
* Се јавуваат и манифестации од ЦНС.
* Дијагнозата се потврдува со артериографија.[[96]](#footnote-96)

###### ПОЛЅАРТЕРИТИС НОДОСА

* Сериозно заболување кое најчесто се јавува кај средовечни мажи.
* Општи симптоми: зголемена температура, слабеење, изнемоштеност.
* Артралгии и мијалгии се јавуваат често.
* Гастроинтестинални симптоми, како повраќање, дијареја и абдоминални болки се среќаваат кај половината од пациентите. Хематемеза, мелена и интестинална перфорација може да се јават.
* Артеритис на коронарните артерии се јавува кај повеќе од 70 % пациенти.
* Бубрежната болест, артеритис на реналните артерии, се манифестира со хематурија, протеинурија, бубрежна слабост и хипертензија.
* Мононевритис мултиплекс е најтипична невролошка манифестација и се јавува кај скоро половина од случаите.
* Церебрално крварење се јавува кај 10 % пациенти.
* Повремено се присутни очни манифестации, како еписклеритис, увеитис, и ретинални хеморагии.
* Кожни манифестации како егзантем и пурпура се гледаат кај 30 % од сите случаи.
* Седиментацијата и нивото на ЦРП во серумот се зголемени. Анемија,леукоцитоза-неутрофилија, тромбоцитоза, протеинурија, хематурија и зголемен серумски креатитнин се чести наоди.
* Кај класичната форма на заболувањето анти-нуклеарни-цитоплазматски антитела не се среќаваат.
* ХбС (Хепатитис Б сурфаце антиген) антиген и анти ХбС антитела се откриваат кај повеќе од 15% пациенти
* Дијагнозата се поставува врз основа на клиничката слика и врз основа на наодите добиени со биопсија[[97]](#footnote-97) или артериографија.

**МИКРОСКОПСКИ ПОЛИАНГИИТИС**

* Васкулитис кој преференцијално ги засега малите артерии и артериоли
* Во повеќе од 90% случаи се јавува фокално сегментален гломерулонефритис кој може да биде единствена манифестација на болеста
* Другите манифестации вклучуваат белодробни инфилтрати, хемоптизии, артралгии, мијалгии, пурпура и зголемена температура
* АНЦА антителата (вообичаено п-АНЦА/МПО антителата, насочени кон миело-пероксидазата) се среќаваат кај најголем број пациенти
* Дијагнозата се поставува врз основа на клиничката слика, наодот од биопсијата и позитивниот АНЦА тест.

**ЊЕГЕНЕР-ОВА ГРАНУЛОМАТОЗА**

* Карактеристично се презентира со зголемена температура, слабеење и симтоми на горнореспираторна инфекција, како синузитис и крвав секрет од носот.
* Може да се јави еписклеритис, конјуктивитис и артритис или артралгии
* Во тек на болеста се јавува продуктивна кашлица со крвав или гноен исплувок. На рентгенграфијата на белите дробови се забележуваат единечни или мултипни нодуларни инфилтрати.
* Бубрежното засегање е често и варира од благ фокалносегментален гломерулонефритис до рапидно прогресивен гломерулонефритиссо полумесечести формации.
* Можат да се јават кожни манифестации од типот на палпабилна пурпура, субкутани нодули, кожни улцерации.
* Најчест симптом при засегање на периферниот нервен систем е мононеуритис мултиплекс.
* Типичен но редок симптом е проптоза односно протрузија на очното јаболко вон орбитата.
* Деструктивни лезии како септална перфорација, наречена деформација во вид на седло, може да се развие во носот.
* Во трахеата и бронхите може да се јави опструктивна инфламација.
* Седиментацијата на еритроции е забзана, аЦРП е покачен.
* Анемија, леукоцитоза и тромбоцитоза се чести наоди
* Пациентите со бубрежно засегање имаат протеинурија,а во урината има еритроцити и еритроцитни цилиндри.
* ц-АНЦА/ПР 3 антителата се специфични за Његенер-овата грануломатоза **Ц** и нивниот титар се употребува како маркер за активноста на болеста.Определувањето на овие антитела ја овозможи дијагнозата и раната терапија, пред да се развие фулминантна бубрежна болест.
* Дијагнозата се поставува врз основа на клиничката слика, АНЦА тестот и биопсичниот наод
* Биопсијата на носната слузница[[98]](#footnote-98) или на белите дробови може да покаже грануломатозна инфламација
* Хистолошкото испитување на бубрежната биопсија[[99]](#footnote-99) типично покажува фокален некротизирачки или дифузен кресцентен гломерулонефритис
* АНЦА тестот не треба да се употребува како скрининг тест за Његенер-ова грануломатоза во случаи кога е мала веројатноста за ова заболување.

**ЦХУРГ-СТРАУСС СИНДРОМ (АЛЕРГИЧНА ГРАНУЛОМАТОЗА И АНГИИТИС)**

* Ретко заболување, кое се јавува кај пациенти со астма или алергична конституција
* Општи симптоми: температура, слабеење
* Гломерулонефритисот и зглобните симптоми се поретки отколку кај микроскопскиот полиангиитис иЊегенер-овата грануломатоза.
* Моно и полиневропатии, кардијално засегање
* Значајна еозинофилија и забрзана СЕ и покачен ЦРП, како и позитивни п- АНЦА/МПО тип
* Белодробни инфилтрати на радиографија на белите дробови
* Дијагнозата се базира на клиничката слика, историјата за астма и алергија, еозинофилијата, белодробните инфилтрати и биоптичниот наод.

**ХЕНОЦХ-СЦХÖЕНЛЕИН ПУРПУРА**

* Хеноцх-Сцхöенлеин пурпурата или анафилактоидната пурпура најчесто се јавува кај деца, но може да се јави и кај возрасни
* Кај 90 % од сите пациенти,1-3 седмици пред васкулитисните симптоми, се случува горно респираторна инфекција
* Можат да се јават и зглобни, интестинални и бубрежни симптоми
* Вообичаено болеста завршува со спонтана ремисија за неколку седмици, но можат да се јават и релапси
* Хроничен гломерулонефритис ретко се јавува
* Дијагнозата се поставува врз основа на клиничката слика. Кожната биопсија укажува на леукоцитокластичен васкулитис со ИгА и Ц3 преципитати во зидовите на крвните садови. Зголемена е и концентрацијата на ИгА во серумот.

**МЕШАНА КРИОГЛОБУЛИНЕМИЈА**

* Може да се јави во склоп на инфекција, системска сврзно ткивна болест , лимфопролиферативни болести, или хепатална болест
* Есенцијалната форма најчесто е предизвикана од вирусот на хепатитис Ц.Кај мал број случаи причинител може да биде и вирусот на хепатитис Б.
* Мешаната криоглобулинемија има карактеристики на болест на имуни комплекси
* Општи симптоми: заморливост, слабост
* Кожни манифестации има кај скоро сите пациенти: пурпура, Раѕнауд-ов феномен, некроза на кожата, улцерации на долните екстремитети
* Други манифестации се: артралгии, протеинурија, хематурија, бубрежна слабост, хипертензија, хепатомегалија, моно и полиневропатија и абдоминални болки
* Елевирана седиментација, висок титар на ревматоидниот фактор и ниска концентрација на комплементот (особено наЦ4)

**ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА**

* Инфекции како септикемија и ендокардитис, Лајмска болест, милијарна туберкулоза
* Системски заболувања на сврзното ткиво
* Малигни тумори
* Артериосклероза
* Емболизација со атероматозни холестеролски емболуси, микотични аневризми, атријален миксом
* Тромботични состојби како ДИК, ТТП (тромботична тромбоцитопенична пурпура) и антифосфолипиден синдром.
* Вазоспастични состојби
* Хипереозинофиличен синдром, хипервискозен синдром

**ПРИНЦИПИ ВО ТРЕТМАНОТ НА ВАСКУЛИТИ**

* Ако се сомневате на васкулитис – упатете го пациентот во специјализирани одделенија во болниците за понатамошно испитување и лекување како итен случај доколку е потребно.
* Во однос на терапијата- важно е да ја имате на ум можноста од секундарен васкулитис или псеудоваскулитис. Овие состојби треба да се исклучат пред да се постави дијагноза на примарен васкулитис. Постојат специфични тераписки пристапи за овие состојби според етиологијата, како нпр. антимикробна терапија за инфекции.
* Васкулитисите се лекуваат со имуносупресивни лекови, итоа или глукокортикоидите како монотерапија или во комбинација со цитотоксичните лекови. Кај тешките случаи се даваат високи интравенски дози на метхѕлпреднисолоне и плазмафереза[[100]](#footnote-100).
* Васкулитисите се лекуваат во болница, во специјализирани одделенија.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

1. **Цоцхран прегледи**

* Нема доволно докази кои би укажале на предност од лекување со интравенозни имуноглобулини во споредба со комбинација од кортикостероиди и имуносупресиви, за пациенти со Његенер ова грануломатоза (ннд-[**Д**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd06578)).
* Плазмаферезата го намалува ризикот од ендстаге- бубрежна болест, кај пациенти со тешка акутна бубрежна слабост во склоп на васкулитис (ннд-[**Б**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd06140)).
* Нема докази за ефектите на преднизон врз превенција-спречување на сериозна бубрежна слабост споредено со плацебо кај Хеноцх-Сцхöнлеин Пурпура, ниту пак постои специфична терапија (ннд-[**Д**](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd06569)).

1. **Интернет извори**
2. **Литература**

* Васцулитис. Орпханет ОРПХА52759
* Полѕартеритис нодоса. Орпханет ОРПХА767
* Мицросцопиц полѕангиитис. Орпханет ОРПХА727
* Његенер грануломатосис. Орпханет ОРПХА900
* Цхург-Страусс сѕндроме. Орпханет ОРПХА183
* Такаѕасу артеритис. Орпханет ОРПХА3287
* Босцх Џ, Гуилаберт А, Еспиноса Г, Мирапеиџ Е. Треатмент оф антинеутропхил цѕтопласмиц антибодѕ ассоциатед васцулитис: а сѕстематиц ревиењ. ЈАМА 2007 Ауг 8;298(6):655-69.
* Аутхорс: Том Петтерссон, Артицле ИД: ебм00449 (021.044)© 20122 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 06.04.2009,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурирана 5 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

**ХЕНОЦХ-СЦХÖНЛЕИН ПУРПУРА**

**МЗД Упатство**

**22.03.2010**

* Основни податоци
* Епидемиологија, симптоми и знаци
* Диференциална дијагноза
* Компликации
* Третман и прогноза
* Поврзани извори
* Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

* Заболувањето е најчесто кај децата на возраст од 2-10 години. Типичните симптоми вклучуваат кожни и зглобни симптоми, стомачна болка и хематурија или протеинурија.
* Пациентите со благи абдоминални и/или зглобни симптоми кои немаат хематурија или протеинурија можат да се лекуваат од избран лекар (матичен лекар).

**ЕПИДЕМИОЛОГИЈА, СИМПТОМИ И ЗНАЦИ**

* Болеста најчесто е васкулитис во детска возраст.
* Папулите кои се рзвиваат во петехии најчесто се јавуваат на долните екстремитети и бутот.
* На глуждовите, колената и понекогаш на рачните зглобови и лактите се јавува големпериартикуларен оток и осетливост.
* Честа е абдоминална болка.7-14% од пациентите имаат силни колики.
* Приближно 44% од пациентите имаат хематурија и/или протеинурија за време на болеста.Нефритисот е редок, се јавува во подоцнежните стадиум.
* Базичните испитувања вклучуваат комплетна крвна слика, ЦРП[[101]](#footnote-101), култура од грлото, антистрептолизински титар, урина со седимент.

## ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

* Да се земе во предвид друга болест ако:
* Пациентот има температура >38.5оЦ
* Концентрацијата на ЦРП во серумот преку 20 мг/Л или СЕ околу 35 мм/час.
* Намален број на тромбоцити или анемија или леукопенија
* Да се запамети дека менингококна сепса предизвикува петехии и понекогаш зглобни симптоми. Ако бројот на тромбоцитите е низок (<100) пациентот може да има идиопатска тромбоцитопенија или хематолошки малигнитет.

**КОМПЛИКАЦИИ**

* Акутни компликации на болеста се илеус, мелена, и поретко крварење во други делови на телото.

**ТРЕТМАН И ПРОГНОЗА**

* Благи стомачни и зглобни тегоби, без хематурија или протеинурија: парацетамол 15 мг/кг х 3, по потреба. Треба да се дијагностицира тонзилитисот или синузитот кој треба да се лекува. При секоја фебрилна состојба во наредните 6 месеци, треба да се одредува урина со седимент.
* Промени на тестот на урината или силни абдоминални или артикуларни симптоми: Да се консултира специјалист. Во тој случај, преднисолоне (ннд-**Д)** се ординира по одлука на специјалистот итоа 1 мг/кг во тек на 2 седмици, потоа 0.5 мг/кг секое второ утро во тек на 1 седмица.
* Терапијата на тешкиот гломерулонефритис е во надлежност на педијатар-нефролог.
* Ако иницијално има бубрежно засегање и ако бубрежните симптомите се тешки и траат повеќе од еден месец, бубрежната функција кај пациентот мора да се следи во текот на целиот живот, бидејќи постои значаен ризик за ренална слабост. За време и по бременоста сите жени кои имале дури и слаби ренални симптоми изразени во тек на пурпурата Хеноцх-Сцхöнлеин, треба внимателно да се следат.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

**Итернет извори**

**РЕФЕРЕНЦИ**

* Хеноцх-Сцхоенлеин пурпура. Орпханет ОРПХА761
* Аутхорс:Виса Хонканен, Артицле ИД: ебм00653 (029.083© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 22.03.2010,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурирана 4 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

**ТЕМПОРАЛЕН (ГИГАНТОКЛЕТОЧЕН) АРТЕРИТИС И ПОЛИМИЈАЛГИЈА РЕУМАТИКА**

**МБД Упатство**

**27.08.2009**

* Основни податоци
* Општо
* Епидемиологија
* Симптоми
* Клинички знаци
* Лабараториски карактеристики
* Дијагноза на ревматска полимијалгија
* Потврда на гигантоклеточен артеритис со биопсија
* Третман
* Прогноза
* Пвоврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

* Да се има пред вид можноста темпоралниот артеритис како причина за главоболка, визуелни пореметувања и пореметувања во мозочната циркулација.
* Треба да се превенираат сериозни компликации, како што е губиток на видот.
* Помеѓу големиот број на болни кои имаат болка, треба да се идентификуваат оние пациенти кај кои терапија со мали дози на кортикостериди ѓе доведе до повлекување на симптомите

**ОПШТО**

* Гигантоклеточниот артеритис претставува воспаление на зидот на големи и средно големи артерии; најчесто ја зафаќа каротидната артерија и екстракранијалните гранки на внатрешната каротидна артерија.
* Ревматска полимијалгија се карактеризира со мускулна болка и вкочанетост.
* Барем 50% од пациентите со темпорален артеритис, за време на некоја фаза од заболувањето имаат ревматска полимијалгија. Кај 15-30% од пациентите со ревматска полимијалгија се манифестира и темпорален артеритис.
* Болеста може да започне наеднаш но најчесто симптомите се развиваат постепено за време на неколку седмици.
* Болеста мора да се дијагностицира и третира брзо поради пореметувањата во видот. Најчесто пореметувањата во видот се предизвикани од воспаление и последователна исхемиа во артерија офталмика и нејзините гранки. Исто така,може да бидатзафатени и аортата и големите крвни садови кои излегуваат од аортата. Како резултат на мозочен инфаркт може да се развијат симптоми на невролошки дефицит.
* Етиологија е непозната.Пациентите со напредната возраст имаат поголем ризик.

**ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

* Инциденцата на темпоралниот артеритис е 170-240 случаи на милион луѓе.
* Инциденцата на ревматската полимијалгија е приближно 500 случаи на миллион луѓе.
* Болеста се јавува најчесто кај жени. Таа е речиси ексклузивно застапена кај пациенти на возраст повеѓе од 50 години. Пикот на инциденцата е околу 70 година.

**СИМПТОМИ**

* **Главни**
* Замор
* Губиток на тежина, намален апетит
* Температура
* Депресија
* **Симптоми на темпорален артеритис**
* Силна главоболка, локализирана во една или двете слепоочници, удирање или понекогаш пулсирање, темпорална осетливост на скалпот.
* Масетерна клаудикација (болка во вилицата провоцирана при џвакање, вкочанетост на масетерните мускули), болка во мускулите на јазикот и фаринксот.Може да се развие гангрена на јазикот.
* Пореметувања во видот: парцијални или тотални, повремени или перманентни, губиток на видот на едото или двете очи, дупло гледање, скотоми, кортикално слепило (повремени нарушувања кои личат на амауроза, фуга и мигрена).
* Губиток на слухот, вертиго и тинитус.
* Воспалението на вертебралните артерии може да доведе до транзиторен мозочен синдром и вертиго.
* Воспалението на субклавија, каротидните и брахијалните артерии може да доведе до синдром на лакот на аортата кој се презентира со пореметување на мозочната циркулација или клаудикација на горните екстремитети.
* Клаудикација на долните екстремитети, стомачна болка (интестинална исхемија), ангина пекторис и миокарден инфаркт.
* **Симптоми на полимиалгија ревматика**:
* Симетрична болка и вкочанетост во вратот, рамената, рацете, лумбална регија и пелвичниот појас во траење повеќе од 1 месец. Болката се засилува во текот на ноќта и наутро, асоцирана е со утринска вкочанетост.
* Појавата е обично акутна: пациентот може со сигурност да каже точно кој ден почнале симптомите.

**КЛИНИЧКИ ЗНАЦИ**

**Темпорален артеритис**

* Оток, болка и појава на чворчиња, слаб или отсутен пулс на темпорална артерија или друга суперфицијална артерија на главата (фацијална или окципитална артерија).
* Знаци од страна на видот:
* Заматен вид, скотоми
* Окуларна пареза, интернуклеарна офталмоплегија
* При офталмоскопија, оток и бледило на оптичкиот нерв може да се забележат ако лезијата е во антериорниот дел на нервот.
* Крварење и бледило на ретината во случај на оклузија.

**Полимијалгија реуматика**

* Рестрикција на движењата во раменски појас: абдукција, не е можна во хоризонтална рамнина.
* Нема болни точки како кај фибромијалгија но може да има болна осетливост при палпација на надлактиците.
* Кај некои случаи има артритиси кои личат на ревматоиден артритис.Кај постари пациенти, ревматоидниот артритис може да има полимијалгичен почеток.

**ЛАБАРАТОРИСКИ НАОДИ**

* СЕ е забрзана најмалку 40 мм/час, често >100 мм/час (останува со нормални вредности кај 1-2 % од пациентите)
* СЕ е добар скрининг тест кога се сомневаме на полимијалгија реуматика како причина за мускулоскелетна болка или на темпорален артеритис како причина на главоболка.
* Серумскиот ЦРП[[102]](#footnote-102) е значајно покачен.
* Умерена или лесна нормоцитна анемија и тромбоцитоза се чести.
* Серумската алкална фосфатаза може да е покачена.
* Реуматоидниот фактор[[103]](#footnote-103) обично е негативен. Креатинин киназа вредностите се нормални.

**ДИЈАГНОЗА НА ПОЛИМИЈАЛГИЈА РЕУМАТИКА**

* Дијагнозата се базира на клиничките знаци: типична клиничка слика, зголемена СЕ (>40 мм/т), брз субјективен одговор на преднисолоне (10-20 мг/дневно) во рок од три дена.
* Диференцијална дијагноза: фибромијалгија, вирусна мијалгија, ревматоиден артритис, полимиозитис, остеоартритис, мултипен миелом, депресија, хипотиреоза, инфективни заболувања, малигни тумори.

**ПОТВРДУВАЊЕ НА ДИЈАГНОЗАТА СО БИОПСИЈА**

* Биопсијата е амбулантска процедура која бара претходна обука[[104]](#footnote-104). Биопсијата треба да биде земена од делот од артеријата со најмногу патолошки промени. Артеритисот е сегментен и е можно да нема промени во артеријата од каде е земена биопсијата. Затоа се препорачува да се земе должина од 2-3 цм артерија за испитување. Биопсијата може да покаже промени на крвните садови дури и кај пациенти кои немаат главоболки и кај кои темпоралната артерија не е осетлива на палпација.Ако клиничките знаци силно сугерираат на дијагнозата, негативната биопсија не ја исклучува дијагнозата.
* Колор доплер ултрасонографија[[105]](#footnote-105) може да ги открие инфламираните регии во артерискиот зид. Ова испитување може да е корисно за локализирање на погодно место за биопсија, но бара големо искуство.
* Во случај на тешки симптоми како визуелни нарушувања, терапијата се почнува пред биопсијата, иако таа треба да се насправи преферабилно во првите неколку дена. Терапија во траење од 2 седмици со кортикостероиди нема значајно да ја загрози интерпретацијата на биопсијата.

**ТЕРАПИЈА**

**Темпорален артеритис**

* Кортикостериди, обично преднизон. Иницијална доза е 40-80 мг/дневно. Ако пациентот има пореметувања во видот треба да се применат високи дози на метилпреднизолон - 1 грам и.в во три последователни дена.Високите дози на КС се комбинираат со аспирин за превенција на тромбоза.
* Симптомите се ублажуваат и лабараториските наоди се нормализираат во тек на неколку седмици и дозата на преднизонот постепено се намалува. Главоболката се намалува во тек на денови. Повремените и парциајлните нарушувања во видот често исчезнуваат, тоталниот губиток на видот е иреверзибилен. Воспалителните промени во артерискиот зид побавно се повлекуваат.
* Дозата на одржување на преднизолонот зависи од клиничкиот одговор и лабораториските наоди. Обично се движи мегу 5-10 мг/дневно. Секоја дневна доза > 10 мг се применува најмалку 3 месеци. Вкупното траење на лекувањето е околу 1 ½ година.
* Ако одговорот на КС-ната терапија е слаб или пак лекот му штети на пациентот (остеопороза, дијабет), може да се додаде метхотрексате или азатхиоприне. Метхотреџатеја намалува потребата од голема доза на преднизон(ннд-**Ц)**.

**Полимијалгија реуматика**

* Болеста може да е само-лимитирачка па затоа многу благи случаи минуваат недијагностицирани.
* Симптомите се повлекуваат со кортикостероди во тек на неколку дена.
* Неопходно е да се дадат кај тие пациенти кои имаат артеритис и им се закануваат тешки компликации (губиток на видот и др).
* Преднисолоне се дава во период од еден месец во доза од 10-20 мг. дневно, во зависност од тежината на заболувањето. Симптомите треба да исчезнат за 3-5 дена. Ако симптомите перзистираат дијагнозата треба да се ревидира.
* После еден месец, дозата на преднизонот треба да се намалува постепено во зависност од симптомите и седиментацијата.
* Дозата на преднизонот се намалува за 2,5 мг. месечно. Дозата на одржување изнесува 5-7,5 мг. дневно.
* Кај темпоралниот артеритис се дава многу повисока доза на кортикостероиди и третманот трае подолго време.
* Третманот најчесто трае (6)-12-24 месеци. Кај некои пациенти кортикостероидната терапија е потребно да се дава и неколку години. Кортикостероидите ги отстрануваат симптомите брзо, но не го скратуваат времетраењето на болеста.
* Ако со третманот се прекине прерано и настане повторно реактивација на болеста, реинституција на кортикостероидите ќе има поволен ефект.

**ПРЕВЕНЦИЈА НА ГЛУКОКОРТИКОИДНО-ИНДУЦИРАНИ СПОРЕДНИ ЕФЕКТИ**

* Повозрасните пациенти на долготрајна КС-на терапија се изложени на компликации предизвикани од терапијата. Затоа дијагнозата на темпорален артеритис внимателно треба да се поставува вклучувајќи и потврда со биопсија.
* Профилаксата на остеопороза започнува со одлуката за започнување на лекувањето со кортикостероиди: доволен внес на калциум и витамин Д, отпочнување на терапија со бисфосфонати или ралоџифен[[106]](#footnote-106).

**ПРОГНОЗА**

* Инфламаторниот процес на артериите често се стишува во текот на месеци или години, но релапсите се јавуваат, исто така, по многу години. Терапијата се спроведува во долг период, од 1до 2 години.
* Двете заболувања имаат тенденција кон релапси. Пациентите се способни самите да ги идентификуваат симптомите и да побараат помош.
* При намалување или прекинување на кортикостероидната терапија може да се јави нагло влошување на клиничката слика.
* Важно е лекарот кој го третира пациентот да ја познава болеста, инаку симптомите може да се препишат на артериосклероза.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

* **Клинички упатства**
* **Други интернет извори**
* **Литература**

**РЕФЕРЕНЦИ**

* БСР анд БХПР гуиделинес фор тхе манагемент оф полѕмѕалгиа рхеуматица[**1**](http://rheumatology.oxfordjournals.org/cgi/reprint/49/1/186)
* Гиант целл артеритис. Орпханет ОРПХА397[**2**](http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=EN&data_id=876&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Giant-cell-arteritis&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Disease(s)%20concerned=Giant-cell-arteritis&title=Giant-cell-arteritis&search=Disease_S)
* Салварани Ц, Цантини Ф, Хундер ГГ. Полѕмѕалгиа рхеуматица анд гиант-целл артеритис. Ланцет 2008 Јул 19;372(9634):234-45. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18640460)
* Салварани Ц, Цантини Ф, Боиарди Л, Хундер ГГ. Полѕмѕалгиа рхеуматица анд гиант-целл артеритис. Н Енгл Ј Мед 2002 Јул 25;347(4):261-71. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12140303)
* Салварани Ц, Цантини Ф, Боиарди Л, Хундер ГГ. Полѕмѕалгиа рхеуматица. Бест Працт Рес Цлин Рхеуматол 2004 Оцт;18(5):705-22. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15454128)
* Дасгупта Б, Циммино МА, Марадит-Кремерс Х ет ал. 2012 провисионал цлассифицатион цритериа фор полѕмѕалгиа рхеуматица: а Еуропеан Леагуе Агаинст Рхеуматисм/Америцан Цоллеге оф Рхеуматологѕ цоллаборативе инитиативе. Анн Рхеум Дис 2012;71(4):484-92. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22388996)
* Дасгупта Б, Борг ФА, Хассан Н, Баррацлоугх К, Боурке Б, Фулцхер Ј, Холлѕњоод Ј, Хутцхингс А, Кѕле В, Нотт Ј, Поњер М, Саманта А, БСР анд БХПР Стандардс, Гуиделинес анд Аудит Њоркинг Гроуп. БСР анд БХПР гуиделинес фор тхе манагемент оф полѕмѕалгиа рхеуматица. Рхеуматологѕ (Оџфорд) 2010 Јан;49(1):186-90. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19910443)
* Јовер ЈА, Хернáндез-Гарцíа Ц, Морадо ИЦ, Варгас Е, Баñарес А, Фернáндез-Гутиéррез Б. Цомбинед треатмент оф гиант-целл артеритис њитх метхотреџате анд преднисоне. а рандомизед, доубле-блинд, плацебо-цонтроллед триал. Анн Интерн Мед 2001 Јан 16;134(2):106-14. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11177313)
* Њеѕанд МЦ, Горонзѕ ЈЈ. Медиум- анд ларге-вессел васцулитис. Њеѕанд ЦМ, Горонзѕ ЈЈ. Медиум- анд ларге-вессел васцулитис. Н Енгл Ј Мед 2003 Јул 10;349(2):160-9.[**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12853590)

1. **ЕБМ Гуиделинес, 27.08.2009,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурира на 5 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

# ХОЛЕСТЕРОЛНА ЕМБОЛИЗАЦИЈА

**МБД Упатство**

**06.04.2009**

* Цел
* Општо
* Застапеност
* Клиничка слика
* Лабораториски наоди
* Дијагноза
* Диференцијална дијагноза
* Терапија

# ЦЕЛ

* Холестеролната емболизација треба да се земе како можна причина за манифестирана васкуларна оклузивна или системска симптоматологија, особено ако се работи за пациент со атеросклероза кој бил подвргнат на ангиографија или аортна хирургија.

# ОПШТО

* Во холестеролскиот емболизациски синдром,холестеролните кристали се ослободуваат од артериските зидови и се дисперзираат во циркулацијата. Кристалите можат да ги блокираат малите крвни садови и да предизвикаат локална исхемија или синдром кој имитира (наликува на ) системски васкулитис.

# ЗАСТАПЕНОСТ

* Повекето пациенти се мажи на 60-70 годишна возраст со ризик фактори на кардиоваскуларно заболување.
* Често претходат интервентни дијагностички или терапевски процедури, како нпр.ангиографија или аортна хирургија.
* Антикоагулантна терапија се смета како ризик фактор за холестеролна енболизација

# КЛИНИЧКА СЛИКА

* Клиничката слика е вариабилна и зависи од раширеноста на дисеминацијата на холестеролниот емболус.
* Кожни симптоми
* Модри прсти, дистални улцерациии и гангрени
* Периферните пулсации вообичаено можат да се почувствуваат
* Пурпура, ливедо ретикуларис
* Ренални симптоми
* Хипертензија, протеинурија, хематурија, бубрежна инсуфициенција
* Амауросис фугаџ и други транзиторни невролошки симптоми
* Миокардна инфаркција
* Интестинална хеморагија
* Панкреатитис
* Мијалгија
* Кај хоспитализирани пациенти, морталитетот е приближно 80%;

# ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

* Зголемени вредности на СЕ и ЦРП[[107]](#footnote-107) кај повеке од 80 % од пациентите
* Леукоцитоза кај 40%
* Еозинофилија кај 80%
* Тромбоцитопенија
* Хипокомплементемија[[108]](#footnote-108)

**ДИЈАГНОЗА**

* Хистолошка потврда за холестеролни кристали во биопсираниот примерок.
* Во ретинални крвни садови офталмоскопски може да се открие холестеролен емболус.
* Многу умерени случаи веројатно остануваат недијагностицирани.

# ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

* Синдромот на холестеринска емболизација е наречен “голем имитатор” и може да имитира (наликува на) голем број други клинички синдроми, вклучувајки и системски васкулитис.
* Препознавањето на овој синдром е важно со цел да се одбегне непотребната терапија со имуносупресиви.

**ТЕРАПИЈА**

1. Нема специфична терапија.
2. Хипертензијата треба да се третира активно.
3. Антикоагуланти треба да се избегнуваатили да се прекинат.

Автор:

Том Петтерссон

Артицле ИД: ебм00103 (005.061)

© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 06.04.2009,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

**ГИХТ**

**МБД Упатство**

**28.03.2011**

* Основни податоци
* Причини и епидемиологија
* Симптоми и знаци
* Испитувања
* Третман
* Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

* Гихтот е една од важните причини за зглобна инфламација и за него постои специфичен третман: при поставување на дијагнозата на секој (моно)артритис треба да се направи анализа на синовијалната течност со цел да се одредат кристали на мононатриум урат или калциум пирофосфат.
* Доколку постои сомнение за гихт и може да се аспирира синовијална течност, треба секогаш да се испита присуството на кристали во течноста[[109]](#footnote-109).
* Треба да се мери концентрацијата на серумските урати, но дијагнозата на гихт не треба да се постави или исклучи врз основа на резултатите.
* За резултатите не е битно дали се добиени од примерок на зглобна течност или пак од плазмата.
* Ако гихт се јави кај пациенти на диуретични лекови, најпрво треба да се исклучат од терапијата тие лекови.
* На сите пациенти кои страдаат од гихт треба да се дадат диетални инструкции.
* Целта на терапијата е да се намалат симптомите и да се намали концентрацијата на серумските урати во референтни граници (под 360 мол/Л).

**ЕТИОЛОГИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

* Кај постари и кај жени, диуретичната терапија е најчесто причина за гихт.
* Кај лица кои употребуваат алкохол, неколку механизми се вклучени во зголемувањето на серумската уратна концентрација.
* Кај млади жени и деца, гихтот е екстремно редок.
* Симптомите започнуваат во средните години.
* Во секундарни причини за гихт се вклучени дехидратацијата, бубрежна слабост, миелопролиферативни болести.

**СИМПТОМИ И ЗНАЦИ**

* Најкарактеристичен симптом е воспаление со болка и црвенило на првиот метатарсофалангеален зглобшто се јавуваат наеднаш, во текот на ноќта. Симптомите може да се јават после експозиција на ладно, физичка активност или оброк богат со протеини.
* Големите зглобови на горните и долните екстремитети се поретко инволвирани и затоа кога ќе се случи тоа настануваат проблеми во диференцијалната дијагноза.
* За време на акутната атака пациентот може да биде лесно фебрилен.
* Често пати има течност во зглобот.
* За време на атаката на гихтот, може да има значајно забрзување на СЕ и пораст на серумскиотЦРП.
* Бројот на леукоцити во синовијалната течност обично е зголемен (до 50.000/мм3) со доминација на гранулоцити.
* Користејќи микроскоп со поларизационен филтер, може да се детектираат анизотропни уратни кристали. Присуството на фагоцитоза на кристали во леукоцитите ја потврдува дијагнозата. За земање на примерок на синовијална течност и понатамошни анализи, види подолу.
* Концентрацијата на серумските урати обично е околу 300 μмол/Л.(Теоретски лимит за растворливост на урати е 450 (μмол/Л).
* Кога ќе се јават првите симптоми радиографските испитувања обично се нормални (спротивно на хондрокалциноза, каде се гледа интра-артикуларна калцификација). Во напреднат гихт, близу зглобот се гледаат ерозиите и сенките кои претставуваат акумулација на урати(тофи).
* На почетокот, артиритисот исчезнува по неколку дена или седмици.
* Кај некои пациенти атаката се повторува. Интервалот помеѓу атаките станува се покус, така што хроничниот гихт може лесно да се превиди како ревматоиден артритис.

## ИСПИТУВАЊА

* Серумски урати: ретко се нормални за време на акутна атака на гихт.
* Серумскиот креатинин (бубрежна слабост може да биде причина за гихт и може да влијае во изборот на терапијата)
* Хемоглобин, леукоцити, тромбоцити, СЕ (хематолошки нарушувања може да бидат причина за гихт)
* Липиди, глукоза во крвта.

**ТЕРАПИЈА**

**Акутна атака**

* Аспирација на зглобот и локална инстилација на метхѕлпреднисолонепр. на 0,2 мл во првиот метатарсофалангеален зглоб.
* Ако веројатноста за инфекција е мала, инстилацијата за кортикостероиди може да се изведе со истата игла која се користи за земање на дијагностички примерок.
* Одмор, ладна облога.
* Болката успешно се намалува со максимална доза на НСАИЛ. Индометацинот традиционално е најчесто употребуван лек. Други НСАИЛ може да бидат напроџен или еторицоџиб. Терапија во траење од неколку дена е доволна.
* Заедно со НСАИЛ треба да се даваат лекови за заштита на желудникот, особено ако пациентот има зголемен ризик за пептичен улкус.
* Аспиринот треба да се избегнува.
* Да се мисли на можна бубрежна слабост предизвикана од НСАИЛ кај пациенти со гихт, особено ако се на терапија со АЦЕ инхибитори.
* Доколку НСАИЛ се контраиндицирани, може да се дадат орални кортикостероиди (преднисолоне во доза 30-40 мг/дневно) со постепено намалување и завршување на терапијата после 1 до 2 седмици.

**Редукција на концентрацијата на уричната киселина во серумот**

* Треба да се земе во обзир исклучување на диуретичната терапијаи нејзина замена со АЦЕ инхибитори или АТР блокери (лосартан е урикозурик, ја зголемува екскрецијата на мочната киселина во урината).
* Диетална терапија е од есенцијално значење и пациентот треба да добие совет за исхраната. Треба да му се дадат пишани инструкции.
* Ако пациентот има рекурентни епизоди на артритис или хроничен гихт, треба да се отпочне лекување со алопуринол. Алопуринол е индициран и кај пациентите со бубрежни камења. Алопуринолот инхибира создавање и на уратни и на оксалатни бубрежни камења.
* За да се избегне егзацербацијата на симптомите, алопуринол не треба да се отпочне додека атаката не помине. Иницијалните дози се мали ( 100-150 мг. дневно) и дозата треба да се зголеми до тераписко ниво (300 мг) за две недели.
* Ако серумската концентрација на уратите не се намали во тек на две недели, дозата може да се зголми на 600 мг дневно.
* Ако пациентот има бубрежна слабост (серумски креатин 160-560 μмол/Л) дозата се преполовува. При потешките бубрежни засегања, максималната доза е 50-100 мг. дневно.
* Најчести несакани ефекти се: исип, хепатална дисфункција. Депресија на коскената срцевина поретко се гледа. Алопуринол не треба да се употребува во комбинација со азатиоприн.
* Пред да се почне лекување со алопуринол, треба да се одреди комплетна крвна слика и плазматските вредности на АСТ и АЛТ. За време на терапијата, основна крвна слика, вклучувајќи број на тромбоцити и вредности на АСТ и АЛТ во плазмата, креатинин и урати се одредуваат на секои 3 месеци а подоцна поретко.
* Иницијалната фаза од лекувањето е асоцирана со ризик од агранулоцитоза (ретко):

затоа пациентот треба да се инструира дека доколку добие температура, веднаш треба да побара итна медицинска помош со одредување на крвните анализи.

* Атаките на гихтот може сеуште да се појавуваат 2-3 месеци по започнувањето на терапија со алопуринол.
* Ако пациентот не го поднесува алопуринолот, како алтернатива може да се даде пробенецид[[110]](#footnote-110) 500мг два пати дневно(иницијална доза 250 мг два пати дневно). Пробеницид предиспонира кон формирање на бубрежни камења. Предуслов за терапија со пробеницид е нормална бубрежна функција. Кога се започнува со пробенецид, потребно е да се дава натриум бикарбонат за превенција на реналните камења во доза од3 гр. дневно најмалку еден месец.НСАИЛ може, исто така, да бидат од профилактичка важност.
* Другите лекови (специјално регулиран начин на прескрипција) се инхибиторот на ксантинската оксидаза – фебуџостат ( 80-120 мг еднаш дневно) и бензобромароне (100 мг еденаш дневно).[[111]](#footnote-111)
* Аскорбинска киселина (витамин Ц, 500 мг/дневно) ја намалува плазматската концентрација на уричната киселина.
* Обезбедувајќи серумски урати во нормални граници, може да се обидеме да го прекинеме алопуринолот по една година. Ако серумските урати повторно се зголемат до ниво кога симптомите се појавуваат, лекувањето со алопуринол треба да се обнови.Кај хроничниот гихт, лекот се употребува со години, следењето кај лекар треба да се одвива на секои 6-12 месеци.
* Хиперурикемијата се смета за еден од ризик-факторите за кардиоваскуларни заболувања но нема препораки за примена на терапија кај асимптоматска хиперурикемија.
* Пациентите со гихт честопати имаат метаболен синдром. Се препорачува проценка на кардиоваскуларниот ризик и одредување на плазматската концентрација на гликоза.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

* **Цоцхран прегледи**
* **Клинички упатства**
* **Литература**

**РЕФЕРЕНЦИ**

* Зханг Њ, Дохертѕ М, Пасцуал Е, Бардин Т ет ал., ЕУЛАР Стандинг Цоммиттее фор Интернатионал Цлиницал Студиес Инцлудинг Тхерапеутицс. ЕУЛАР евиденце басед рецоммендатионс фор гоут. Парт И: Диагносис. Репорт оф а таск форце оф тхе Стандинг Цоммиттее фор Интернатионал Цлиницал Студиес Инцлудинг Тхерапеутицс (ЕСЦИСИТ). Анн Рхеум Дис 2006 Оцт;65(10):1301-11.
* Зханг Њ, Дохертѕ М, Бардин Т, Пасцуал Е ет ал., ЕУЛАР Стандинг Цоммиттее фор Интернатионал Цлиницал Студиес Инцлудинг Тхерапеутицс. ЕУЛАР евиденце басед рецоммендатионс фор гоут. Парт ИИ: Манагемент. Репорт оф а таск форце оф тхе ЕУЛАР Стандинг Цоммиттее фор Интернатионал Цлиницал Студиес Инцлудинг Тхерапеутицс (ЕСЦИСИТ). Анн Рхеум Дис 2006 Оцт;65(10):1312-24.
* Јордан КМ, Цамерон ЈС, Снаитх М, Зханг Њ ет ал., Бритисх Социетѕ фор Рхеуматологѕ анд Бритисх Хеалтх Профессионалс ин Рхеуматологѕ Стандардс, Гуиделинес анд Аудит Њоркинг Гроуп (СГАЊГ). Бритисх Социетѕ фор Рхеуматологѕ анд Бритисх Хеалтх Профессионалс ин Рхеуматологѕ гуиделине фор тхе манагемент оф гоут. Рхеуматологѕ (Оџфорд) 2007 Ауг;46(8):1372-4.
* Неоги Т. Гоут. Н Енгл Ј Мед 2011 Феб 3;364(5):443-52.
* Рицхетте П, Бардин Т. Гоут. Ланцет 2010 Јан 23;375(9711):318-28.
* Фоџ Р. Манагемент оф рецуррент гоут. БМЈ 2008 Феб 9;336(7639):329.
* Пасцуал Е, Јованí В. Сѕновиал флуид аналѕсис. Бест Працт Рес Цлин Рхеуматол 2005 Јун;19(3):371-86.
* Аутхорс: Макку Хакала, Артицле ИД: ебм00451 (021.050) © 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 28.03,2011,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2015 г.**

**ХОНДРОКАЛЦИНОЗА ( ПСЕВДОГИХТ)**

**МБД Упатство**

**20.11.2009**

* Основни податоци
* Симптоми
* Дијагноза и диференцијална дијагноза
* Третман

# ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

* Пирофосфатните кристали се акумулираат во зглобот како резултат на метаболни нарушувања.
* Клиничката слика варира од исклучително тежок остеоартритис до случајно наоѓање на кристали во рскавицата на зглобните менискуси.
* Хиперпаратиреоидизмот и хемохроматозата предиспонираат кон пирофосфатна артропатија. Некои форми на заболувањето сенаследни.

# СИМПТОМИ

* Болка, оток и излив ефузија на коленото, поретко скокалниот зглоб.
* Изливите може да се повторуваат.
* Напредна артроза на повеќе зглобови.

**ДИЈАГНОЗАИ ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА**

* Остеоартритис на големи и средно големи зглобови кај пациенти постари од 60 години.
* Понекогаш симптомите се толку тешки што наликува на пурулентен артритис (најчесто на колено).
* Калцифицирана ’рскавица или менискуси се гледа на рентгенграфијата (може да се види и кај асимптоматски пациенти; доколку пациентот има симптоми овој ртг.наод може да ја открие причината на артритисот).
* Коленото е најчестиот и најсилно зафатен зглоб.Артроза со “грешна” локација (рачен зглоб, рамо, лакт, глужд) може да биде пирофосфатна артропатија.
* Пиофосфатните кристали може да се идентификуваат во синовијалната течност(многу потешко се препознаваат отколку уратните кристали).
* Треда да се разликува од гихт и други зглобни воспаленија (ревматоиден артритис) врз база на анализа на кристали во зглобната течност[[112]](#footnote-112) и ртг. наод.
* Треба да се исклучат состојбите кои предиспонираат кон пирофосфатна артропатија (Хиперпаратиреоидизам[[113]](#footnote-113), Хемохроматоза[[114]](#footnote-114))

# ТЕРАПИЈА

* Одмор
* Конзервативна терапија на остеоартрозата.
* Аспирација на зглобот ако има излив[[115]](#footnote-115), а потоа локална стероидна инекција во зглобот[[116]](#footnote-116)**.**
* НСАИЛ

Автор:Макку Хакала, Артицле ИД: ебм00453 (021.052) © 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 20.11.2009,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

# ОСТЕОПОРОЗА: ДИЈАГНОЗА И ФАРМАКОТЕРАПИЈА

МЗД Упатства

30.11.2010

* Основни податоци
* [Дефиниција](http://www.terveysportti.fi/pls/ebmg/#s2)
* [Превенција](http://www.terveysportti.fi/pls/ebmg/#s3)
* Мерење на коскен дензитет
* [Лабораторискииспитувањапри сомнение за остеопороза](http://www.terveysportti.fi/pls/ebmg/#s5)
* Третман на остеопороза
* Следење
* Поврзани извори
* Референци

## ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

* + Цел на превенцијата и третманот на остеопорозата е да се превенираат фрактури,
  + Во превенцијата на остеопорозата на ниво на популацијата најважно е да се осигури доволен внес на калциум и витамин Д и да се советуваат соодветни навики за физичка активност, како и да се прекине пушењето
  + Дијагнозата на остеопорозата е одговорност на примарната здравствена заштита[[117]](#footnote-117).
  + Мерење на густината на коскена маса треба да се врши кај ризични групи, Види Табела 1. Општ, не-таргетиран ДЏА скрининг не е индициран (ннд-В). Мерењето на коскената густина таргетирана кај лица со зголемен ризик е кост-ефективно и треба да биде дел од јавната здравствена грижа.
  + Третманот мора да е корисен за оние пациенти кои веќе имаат историја за ниско-енергетска фрактура, вообичаено после паѓање на рамно. Пациентите кои имале ваква фрактура треба да се упатат на мерење на коскената густина или директно на третман. Тие имаат 2-4 пати поголем ризик од фрактура.
* Причините за секундарна остеопороза треба да се идентификуваат и третираат (хиперпаратироидизам, хипертироидизам, Кушингова болест, хипогонадизам, уремија, целијачна болест, иелома, глукокортикоидна терапија, ревматоиден артритис).
* Бисфосфонатите се лекови од прва линија во превенцијата и третманотна остеопорозата кај жени кои имаат постменопаузални симптоми кои бараат третман и кои немаат артериска болест.
* Успехот на фармаколошката терапија се проценува со мерење на коскената густина и, на ниво на популацијата, со намалување на компликациите.

**Табела 1.** Состојби за мерење на коскена маса (густина)

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | Анамнеза за ниско-енергетска фрактура (добиена со пад од исто ниво или надолу од мала висина). |
| **2** | Пациентот е жена со возраст над 65 години, и која има ризик фактори   * Фрактура на колк кај мајката * Седентарен начин на живот, продолжена имобилизација (како после мозочен удар) * Тешко пушење * Низок внес на калциум * Слаби пациенти |
| **3** | Пациентот има други заболувања и фактори кои доведуваат до зголемен ризик за остеопороза, како:   * Менопауза пред 45 годишна возраст без естрогенска терапија * Продолжена аменореја * Долготрајна (> 3 месеци) глукокортикоидна терапија * Примарен хиперпаратироидизам * Недостаток на витамин Д * Трансплантација на органи * Хронична бубрежна инсуфициенција * Кушингова болест * Гастроинтестинални болести; целијакија, улцеративен колитис, Кронова болест, состојба по гастректомија, тешка интолеранција на лактоза кај пациенти кои не користат додатоци на калциум * Хронично заболување на црниот дроб * Ревмаоиден артритис и други поврзани болести * Мозочен удар * Лекови: фентоин, карбамазепин, тироксин во високи дози кај карцином на тироидеа, долготрајна терапија со хепарин, ароматаза инхибитори кај карцином на дојка * Хируршка или медикаментозна кастрација кај пациенти со канцер на простата |
| **4** | Сомневање за остеопороза на база на Ртг снимки (промени на пршлени или впечаток за намалена концентрација на калциум). |
| **5** | Губење на висина повеќе од 5 цм, торакална кифоза |

ДЕФИНИЦИЈА

* **Остеопорозата** е дефинирана како состојба каде намалената јачина на коската ја предиспонира за фрактура. Јачината на коската зависи и од количината на коска (густина) и од нејзиниот квалитет. Историја за фрактури сугерира лош квалитет на коската.
  + Најчести се фрактурите на горен фемур (врат и трохантери), зглобови и торакални пршлени.
  + Остеопорозата е тешка кога остеопоротичната коскена густина е асоцирана со една или неколку остеопоротични фрактури.
* **Остеомалација** е нарушување на минерализацијата на коскениот матрикс. Повремено овие две нарушувања, остеомалација и остеопороза заедно се појавуваат.
* **Кај остеопенијата,** коскената густина е само лесно намалена (-2.5 <Тсцоре≤ -1).

ПРЕВЕНЦИЈА

* **Калциумот** треба да се користи во исхраната во доволни количини (Види Табела 2 ), а кај ризичните групи од 1–1.5 г/ден (ннд-**А**).
  + Четири чаши на обесмастено млеко содржи 1 г на калциум; истата количина ја има во 100 г сирење.
  + Доволна количина на калциум треба да се прима во тек на растот и развојот на коските.
  + Количината на калциум во калциумските препарати варира; поголемите дози од препорачаните не се корисни во превенција и третман.
* Најважен извор на витамин Д се рибата и додатоците во исхраната кои содржат витмин Д.
  + Луѓето со возраст над 60 год., се на ризик за неадекватен внес на витамин Д. Субституција со витамин Д (800 ИУ дневно) е корисно и докажано дека за превенција на фрактури кај мажи и жени (ннд-А).На сите индивидуи од оваа група им се препорачува да земаат витамин Д за време натемните сезони од годината (без доволно сончева светлина),а оние кои поминуваат малку време надвор од дома, треба да го земаат преку целата година.
  + Витамин Д, исто така, намалува паѓање кај постари лица (ннд-А), со подобрување на мускулната снага. Кај постари, ефектот на сончева светлина е незначителен.
  + Супституција со витамин Д и калциум се препорачува кај пациенти на долготраен кортикостероиден третман (ннд-**Б**). Кај нив често е потребен третман со бисфосфонати.
  + Серумска концентрација на 25ОН-Д[[118]](#footnote-118) витамин кој го рефлектира просечниот статус на витамин Д, варира во зависност изложувањето на сончева светлина. Концентрации помали од 40 нмол/л сугерираат дефицит, а помали од 20 нмол/л се тежок дефицит. Целна вредност е околу 50 до 80 нмол/л.
  + Трансформацијата на витамин Д во биолошки активен калцитриол се случува во бубрезите и може да биде намалена при бубрежно заболување, а исто така и кај постари.
  + Дефицит на витамин Д и калциум предизвикува секундарен хиперпаратироидизам.
* **Физичката активност** е ефикасна превентивна мерка за остеопороза (ннд-**А**)
  + Половина час пешачење или друга физичка активност која го оптеретува скелетот (аеробна) три пати неделно е едоволно.
  + Физичката активност е неопходна во детството и адолесценцијата кога коските растат, но таа е корисна и во сите возрасни групи.
  + Лежење (имобилизација) води до брз минерален губиток на коската.
* Потребно е да се размислува за превентивен треман за остеопороза кај пациенти на долготрајна гликокортикоидна терапија (ннд-А) како додаток на базичната терапија (калциум и витамин Д) (ннд-В). Кај пациенти на гликокортикоиди, се препорачува фармаколошка превенција на остеопорозата кога скоровите за густина на коската се на ниво на остеопенија, ако дозата на преднизолон надмине 5мг/дневно и планираното траење на третманот треба да биде најмалку 3 месеци.
* **Хормонска заместителна терапија кај постменопаузални жени**
  + **Оваа терапија**се користи за третман на постменопаузални симптоми и е корисен за превенција на остеопороза(ннд-В),особено за време на првите 10 години. Дури и после периодот за кој се знае дека хормонската заместителна терапија има корисен ефект, таа ја намалува стапката на вертебрални фрактури. Кај пациенти помлади од 75-80 години веројатно има намалување на појавата на фрактури на прксималниот фемур.
  + Сепак, поради ризикот за карцином на дојка и тромбоемболија, ХЗТ не е индицирана за превенција или третман на остеопороза кај жени на кои не им треба ХЗТ за постменопаузалните симптоми.
  + Ралоксифен има ефект на коските сличен на естрогените (ннд-А), но нема ефект на матката или дојките. Покажано е дека го намалува ризикот за карцином на дојка.

**Табела 2.** Препорачан внес на калциум и витамин Д (Северна температурна клима)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Возраст и услови на живот** | **Калциум, мг** | **Витамин Д, ИУ** |
| 1. 40 ИУ = 1 µг 2. Зголемување на внесот на калциум од 500–1000 мг на ден може да има некој ефект на превенција на остеопороза кај жени. | | |
| Растење | 900 | 300 |
| 21–60 години | 800 | 300 |
| > 60 години | 8002) | 400 |
| Бременост и доење | 900 | 400 |

МЕРЕЊЕ НА КОСКЕН ДЕНЗИТЕТ

* Рана дијагноза на остеопороза, пред да се појави фрактура, е можна со **мерење на коскената густина**. Препорачани методи се базираат на ниско-зрачна (џ-раѕ) радијација (Дуал Енергѕ Џ-Раѕ Абсорптиометрѕ, ДЏА), при што се мери коскениот дензитет на горниот фемурот и лумбален рбет.
  + Резултатите се споредуваат со коскениот дензитет кај здрави особи 20–40-годишна возраст (максимална вредност, Т сцоре).
  + Испитувањето се смета за сигнификантно за остеопороза доколку коскениот дензитет е помал од 2.5 СД (ца. 25%) или повеќе од максималните вредности ( Т сцоре≤ - 2.5). Намалените вредности на коскениот дензитет се независен **ризик фактор за фрактури(ннд-А).** Намалување од 1 СД (остеопоенија) мерена на вратот на фемурот го зголемува за два пати ризикот за фрактури (ннд-**Б**). Види Табела 3.
  + Остеопорозата се смета за тешка, доколку коскениот дензитет е за2.5 СДили повеќе, под максималната вредност и пациентот има компликации од фрактура предизвикана од остеопороза.
  + ДЏА скен на лумбалниот рбет е сигурен кај млади и средовечни индивидуи кои немаат промени кои би интерферирале со испитувањето. Со напредната возраст доаѓа до промени како калцификации на аортата, остеофити, дегенерација назглобните фасции, остеопоротични фрактури и губиток на интервертебралните зглобни простори што интерферира со мерењето на коскената густина на прешленските тела. Низок ДЏА скор кај постари лица е сигурен, но лица со нормален скор може да имаат тешка остеопороза како резултат на овие извори на грешка.
  + Кај нејасни случаи, нативна рентгенска слика на грбот може да ги открие изворите на грешка. СТ скен ќе ја открие анатомијата на прешлените кога има сомнение за канцер.
    - * ДЏА скен на колковите не ги повлекува значајните извори на грешка; затоа ДЏА скен на проксималниот фемур е подобар за процена на остеопорозата на колкот кај постари лица.
  + Дозата на радијација од ДЏА е мала и зависи од опремата, аодговара на природната околна радијација од највеќе две недели.Дозата е многу помала од радиографија на истата регија.
  + Мерењето на периферната коскена густина на калканеусот (П-ДЏА) предвидела фрактури во студии на популационо ниво, но тешко е да се примени резултатот на индивидуално ниво, и овие мерења не се препорачуваат.
* **Мерење со ултразвук** (ннд-**Ц**) на калканеусот (ЉУС) е брза и нерадијациона метода за скрининг. Не е мерење на дензитет и не ја заменува ДЕЏА техниката. Ултразвукот мери и други фактори кои имаат влијание врз евалуација на ризикот за фрактури.
* Квантитативен СТ скен може да ја мери актуелната волуметриска густина на коската и не само ареалната густина која се мери со ДЏА. Сепак за сега неговата употреба е лимитирана само за истражувачки цели.

**Табела 3.** Дијагностички критериуми за остеопороза по работната Група на СЗО. Резултатите се базирани на голема група на пациенти-бели жени собрани од компаниите кои произведуваат апарати за остеопороза.

|  |  |
| --- | --- |
| **Класификација** | **Критериум** |
| Нормално | Коскена маса/минерален дензитет (БМД) кореспондира со просечниот коскен дензитет кај здрави особи од 20–40 год. (врв на коскен дензитет) ±1 СД |
| Ниска коскена маса, остеопенија | * БМД е 1–2.5 СД пониска од врвот на коскениот дензитет |
| Остеопороза | * БМД е 2.5 СД или повеќе пониска од врвот на коскен дензитет |
| Тешка остеопороза | Покрај горенаведеното, пациентот има една или повеќе фрактури предизвикани од остеопороза. |

Индикации за мерење на коскен дензитет

* Мерењето на коскен дензитет треба да се прави на ризичните групи кои ќе имаат корист од третманот; види табела 1.
* Пациенти со ниско-енергетски фрактури
  + - Кај пациенти кои имаат вертебрална фрактура или фрактура на колк, фармакотерапијата за остеопороза може да започне без претходно мерење на коскената густина со исклучување на канцер и секундарни причини за остеопороза.
* [Жени](mailto:@eni) над 65 години, особено ако имаат ризик фактори за остеопороза (види табела 1)
* Пациенти на долготрајна (>3 месеци) терапија со гликокортикоиди или кои примаат повторувани терапии со орални гликокортикоиди.
* ФРАЏ индексможе да се користи за процена на остеопоротичен фрактурен ризик и потребата за лекови.

**Скрининг за коскена густина**

* Неселектирани скрининзи за коскена густина не се сметаат за научно оправдани (ннд-В).
* Мерење на коскената густина се прави со цел да се евалуира индивидуалниот ризик за фрактура кај пациенти со еден или повеќе ризик фактори кога се размислува за продолжен третман. Истиот апарат кој е користен за дијагноза, треба да се користи за следење.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА ПРИ СОМНЕНИЕ ЗА ОСТЕОПОРОЗА

* Сегашните лабораториски тестови не се доволни за дијагноза на примарна остеопороза. Тестовите се однесуваат за секундарна остеопороза, остеомалација и други причини на болка во коската. Лабараториските испитувања може да се користат за мониторирање на ефикасноста на препорачаната терапија. Остеопороза најчесто е секундарна кај мажи и пременопаузални жени и потребна е консултација со специјалист.
* Примарни лабораториски испитувања (откако ќе се постави дијагноза на остеопороза)
  + Седиментација, крвна слика, серумски калциум, 24 -часовна калциурија, серумска алкална фосфатаза, кај мажи тестостерон.
  + Во за висност од состојбата, ТСХ, 1.5 мг деџаметхасоне супресивен тест, серумска и уринарнапротеинска електрофореза, трансглутамиснки антитела, 25-ОН витамин Д.
* Кај болни и постари луѓе, ниски вредности на серумски калциум често се асоцирани со ниски серумски албумини,во кој случај се пресметуватотален серумски калциум прилагоден према албумините или се одредува јонизиран калциум.
* Ниски и нормални вредности на серумски калциум во комбинација со ниски вредности на серумската фосфатаза може да бидат предизвикани од малапсорпција и остеомалација. Серумската алкална фосфатаза од коските може да биде покачена и серумскиот паратхормон исто така.
* Ниско или нормално ниво на серумскиот калциум во комбинација со многу ниско ниво на серумски фосфти укажува на малапсорпција или остеомалација. Серумската алкална фосфатаза од коските во овие услови е покачена и паратхормонот е секундарно покачен, Вкупното ниво на серумската алкална фосфатаза не е корисна за дијагноза на примарна остеопороза.
* Лабораториските тестови за детекција на секундарна остеопороза се бираат на база на историја на болести и клинички испитувања (хипертироидизам, хиперпаратироидизам, недостаток на витамин Д, Кушингова болест, уремија, целијакија, интолеранција на лактоза, миелом, ревматоиден артритис, можна хормонска терапија за карцином на простата).
* Доколку е суспектен примарен хиперпаратироидизам
  + Серумскиот паратхормон и серумскиот калциум се зголемени, серумскиот креатинин и албумин се нормални. Секундарно покачување на серумскиот паратхормон е често кај целијакија и недостаток на витамин Д и калциум, како и кај бубрежна слабост и бубрежна хиперкалциурија.
* Доколку е суспектен недостаток на витамин Д
  + Серумскиот 25-ОХ витамин Д е низок. Серумската алкална фосфатаза е зголемена, серумскиот калциум е намален или близу нормален, 24ч калциурија е намалена, серумскиот паратхормон може да биде покачен секундарно.
  + Недостатокот на витамин Д е чест кај постари пациенти за време на зимскиот период и причина за благо покачување на серумската алкална фосфатаза.
  + Концентрациите на серумскиот 25-ОН витамин Д зависат од годишното време и изложувањето на сонце кај млади индивидуи, додека ефектот на сочевите зраци кај постари не е значаен. Концентрации под 40 нмол/л сугерираат дефицит. Целно ниво за серумски 25-ОН витамин Д е преку 40-50 нмол/л; во Америка за целното ниво се смета преку 80 нмол/л.
  + Недостатокот на витамин Д, предизвикува рахитис кај деца, и остеомалација кај возрасни.
* Биохемиски маркери на коскениот метаболизам[[119]](#footnote-119)
  + Маркерите ја мерат или ресорпцијата или формацијата на коските.
  + Во клиничката пракса, најважната индикација за користење маркери е следење на ефикасноста на третманот наменет за превенција на коскената ресорпција.
  + Најчесто користени маркери се серумски ПИНП кој мери формација на коската и уринарен ИНТП (НТџ) и серум тартрат резистентна кисела фосфатаза (ТРАП) која мери ресорпција на коски. Серумскиот ПИНП може да се користи за следење на терапија наменета за коскена формација.
  + Во клинички студии за антиостеопоротични лекови, намалувањето на концентрацијата на биохемиските маркери на коскениот метболизам предвидуваат превенција на фрактура подобро од промените во коскената минерална густина во текот на третманот.
  + Одредување на маркерите може да се користи ако решените за започнување на терапија е направено само врз основа на едно мерење на густината. Зголемена концентрација подржува започнување на терапија.
* Рендгенграфија
  + - * Интерпретацијата на умерена остеопороза е тешка и укажува само на можност за постоење на оваа состојба. Вертебралните фрактури дијагностицирани со рендгенграфија неможе да се интерпретираат дека се резултат на остеопороза додека не се исклучат останатите можни заболувања.
      * Остеопоротични вертебрални фрактури се важна индикација за антиостеопоротична медикација. Поради тоа општо е прифатено да се направи рендгенграфија на рбетот (латерална пројекција е доволна) кога се донесува клиничко решение за третман на остеопороза.

ТРЕТМАН НА ОСТЕОПОРОЗА

**Промени во стилот на живот**

* + - Основниот третман на остеопорозата е доволен внес на калциум и витамин Д, физичка активност и избегнување на пушењето.

**Фармаколошка терапоја**

**Позадина при донесување решение за третман**

* Намалување на коскената минерална густина (БМД) за една стандардна девијација го зголемува ризикот за фрактури два до три пати.
* Историја за фрактури предвидува нова фрактура независно од коскената густина.Ова е покажано кај пациенти со претходни фрактури на рбетот, рачниот зглоб или колкот. Ризикот од нови фрактури особено се зголемува брзо после првата фрактура. Една од пет пост-менопаузални жени имаат новаат вертебрална фрактура во првата година после првата ваква фрактура.
* Возраста е независен ризик фактор за скршеница на коска, кој не зависи од БМД. Ризикот за фрактура се дуплира секои десет години од возраста.
* Третманот на рбетната остеопороза е повеќе исплатлив (помал број пациенти треба да се третираат за да се превенира една нова вертебрална скршеница) кога се цели кон пациенти со историја за вертебрална скршеница споредено со иние кои имаат само ниска БМД. Ниска БМД како таква не значи дека третманот на остеопорозата ќе биде исплатлив.
* Во клинички студии, превенцијата на фрактурите на колкот била успешна кај пациенти само со ниска БМД, Исплатливоста на третманот се подобрила кога третманот ги целел оние пациенти кои биле доволно стари, имале ниска БМД и историја за фрактури. За медикаментозен третман треба да се размислува само кај индивидуи кои се движат независно.

| Табела 4. 10-годишна веројатност за фрактура на колк (%) кај Шведски мажи и жени со Т сцоре на феморалниот врат ≤ –2.5 (Канис ЈА ет ал. Остеопорос Инт 2005;16:581-9 [2](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=ebm00419#R6)) | | |
| --- | --- | --- |
| **Возраст** | **Мажи** | **Жени** |
| 50 | 5.1 | 2.9 |
| 60 | 6.0 | 7.8 |
| 70 | 14.3 | 18.3 |
| 80 | 24.3 | 27.9 |

**Индикации за медикаментозна терапија[[120]](#footnote-120)**

* Покрај основниот третман, медикаментозната терапија за остеопороза се започнува ако пациентот има остеопоротична фрактура. Види табела 5.
* Кај пациентите со вертебрална фрактура или фрактура на колк, медикаментозната терапија може да започне без коскена дензитометрија после исклучУвање на канцер и други причини за секундарна остеопороза.
* Кај пациенти со други фрактури (рачен зглоб или надлактица), остеопорозата се потврдува со коскена дензитометрија пред почетокот на терапијата.
* Кога треба да се донесе решение за медикаментозна терапија во состојба кога единствен наод е БМД вредност која индицира остеопороза (Т-сцоре≤ -2.5СД) фактори кои треба да се разгледаат се тежината на остеопорозата спрема БМД мерењето, возраста на пациентот (напредната возраст фаворизира третман), семејна историја за остеопороза, општата состојба на пациентот, коморбидитетите и лекарствата кои ги зема, специјално гликокортикоиден тратман).
* Кај пациенти кои немаат историја за фрактури и немаат ризик фактори или семејна историја за остеопороза, се препорачува да се одложи БМД мерењето до возраст од 65-70 за да се избегне ниска исплатливост. До тогаш, возраста станува ризик фактор.

**Табела 5.** Превенција и третман на остеопороза.

|  |  |
| --- | --- |
| **Интервенција** | **Имплементација** |
| Превенција и основна терапија | * Доволен внес на калциум и витамин Д * Редовна физичка активност * Избегнување на пушење |
| Фармакотерапија | |
| Бифосфонати | * Алендронате70 мгеднаш неделно наутро пола час пред појадок со доволно вода; пациентот мора да остане во исправена состојба половина час пред појадокот * Риседронате 35 мг еднаш неделно наутро исто како алендронатот * Ибандронате 150 мг еднаш месечно наутро исто со алендронатот, или 3 мг со интравенска инјекција секои 3 месеци * Золенрониц ацид 5 мг со интравенска инјекција еднаш годишно |
| Деносумаб | 60 мг со субкутана инјекција секои 6 месеци |
| Стронтиум ранелате | 2 г дневно орално 2 часа после оброк, пожелно непосредно пред спиење |
| Терипаратиде | 20 µг еднаш дневно со субкутана инјекција за максимум од 24 месеци |
| ПТХ (1-84) | 100 µг со субкутана инјекција еднаш дневно за максимум од 24 месеци |
| Калцитонин | * 200 ИУ дневно интраназално: помала доза е доволна за намалување на болка |
| Естрогени | * Орален естрадиол 1–2 мг/дневно или трансдермална лепенка која отпушта 25-50 µг на естрадиол /ден или 0.5–1.5 мг на естрадиол гел еднаш дневно на кожата. * Континуиран или цикличен прогестин се додава во зависност од менопаузалниот статус; прогестинот е неопходен ако пациентката имала хистеректомија |
| Ралоџифене | 60 мг орално еднаш на ден |
| Тиболоне | 2.5мг орално еднаш дневно |
| Тестостерон (само кај мажи) | * Зависи од подготовката, или 250 мг тестостерон естри интрамускуларно на 2–4 недели или тестостероне ундецаноате 1000 мг секои 10-14 недели интрамускуларно * 5 мг на тестостерон гел (содржи 50 мг тестостерон) на кожа еднаш дневно |

**Индикации за користење**

* Лековите за кое е покажано дека превенираат радиолошки или клинички вертебрални фрактури се погодни за третман на остеопороза на рбетот, како естрогени, тиболон, алендронат (ннд-А), ибандронат, ризедронат (ннд-В), золендронична киселина (ннд-А), деносумаб, ралоксифен (ннд-А), калцитонин (ннд-С), стронциум ранелат (ннд-В), и паратироидниот хормон терипаратид (ннд-А) и ПТХ 1-84.
* Лековите за кои е покажано дека превенрираат екстравертебрални фрактури се погодни за третман на остеопороза на проксималниот фемур, како естрогени, алендронат (ннд-А), ризедронат (ннд-В), золендронична киселина (ннд-А), деносумаб и стронциум ранелат (ннд-В).
* Тестостеронот може да се дава за третман на машки хипогонадизам.

**Бифосфонати**

* Лекови од прва линија за третман а остеопороза.
* Се препишуваат во профилактични цели за пациенти со висок ризик кои започнуваат со долготрајна гликокортикоидна терапија или терапија со гликокортикоиди во големи дози.
* Контраиндикациите се хипокалцемија, напредната бубрежна слабост (ГФР < 35мл/мин), езофагеални абнормалности или други фактори (како стриктури или ахалазија) кои го успоруваат празнењето на езофагусот, како и невозможност да се стои во исправена позиција 30 минути.
* Золендроничната киселина добро одговара за пациенти со фрактура на колкот кај кои не одговара друг третман, оралната апсорпција е несигурна или третманот не одговара поради лоша комплијанса.
  + Золенроничната киселина се дава еднаш годишно во доза од 5мг како кратка интравенска инфузија.
  + Кај пациенти со фрактура на колк, золенроничната киселина се покажало дека превенрира нови фрактури и редуцира морталитет.

**Калцитонин**

* Помалку потентен од бисфосфонатите. Несаканите ефекти се ретки.
* Болни фрактури предизвикани од остеопороза се специјална индикација за третман со калцитонин. Вообичаениот период на третман е еден до два месеци.
* Најчесто се користи интраназална доза од 200 ИУ.
* Калцитонинот ја подобрува коскената минерална густина само малку.
* Ефектот со кој ја намалува болката делумно е условен од централниот нервен систем.
* Во третманот на болна вертебрална фректура, калцитонинот може да се комбинира со бисфосфонати.
  + Траењето на комбинираниот третман е обично ограничено на само неколку месеци.

**Долготрајна употреба на антиостеопоротична медикација**

* Долготрајната употреба на овие лекови е скапа; поради ова потребна е потврда за остеопороза и евалуација на тераписките ефекти. Поради тоа, за да се донесе решение за тратман потребно е претходно да се направи коскена дензитометрија на лумбалниот рбет и проксималниот фемур, а подоцна да се следи терапевтскиот ефект со контролна дензитометрија или биохемиски да се одреди степенот на коскена деструкција.
* Кај пациенти на гликокортикоиди, фармаколошка превенција на остеопорозата е веќе препорачаниот како остеопеничен сцоре за коскена густина, ако дозата на преднизон или преднизолон надмине 5 мг/дневно и планираното траење на третманот е најмалку 3 месеци. Пациентите кои примаат гликокортикоидна терапија може да имаат фрактура на повисок сцоре на коскена густина од пациенти кои не примаат ваква терапија.
* Пациентите кои примаат долготрајна хормонска терапија за канцер на простата или ароматаза инхибитор за канцер на дојка, може да добијат медикаментозна терапија за профилакса или за третман на почетна остеопороза.
* За прекинување на терапијата со бисфосфинати треба да се размислува после 5 години од почетокот на третманот за превенција од некроза на вилицата, ретка (1:10 000) компликација од лекот која се гледа кај пациенти со остеопороза, или да се превенираат атипични фрактури (фрактури на субтрохантеричната или диафизеалната регија на фемурот) предизвикани од ексцесивна супресија на коскениот метаболизам. Прекинот на терапијата е подржан и од фактот дека пациентот немал фрактури и ако остеопорозата е подобрена до остеопенија во тек на третманот.
* ДЏА после прекинување на третманот треба да се изврши за 1 до 2 години.

Не е неопходно да се прекине третманот во тек на заздравување од фрактура или во тек на периодот на реконвалесценција после заместителна артропалстика, со исклучок на третман со естрогени и ралоксифен.

**Други лекови**

* *Терипаратид А* е аналог на паратироидниот хормон и се дава еднаш дневно субкутано. Индициран е за третман на најтешки случаи на рбетна остеопороза. Употребата е ограничена со цената. Паратироидниот хормон ПТХ (1-84) исто се користи за третман; исто се дава еднаш дневно субкутано. Времетраењето на третманот со овие лекови не треба да надмине 24 месеци.
* *Стронциум ранелат*ја зголемува коскената ресорпција додека коскената формација продолжува без засегање. Покажано е дека ги намалува и фрактурите на колкот и фрактурите на рбетот кај постменопаузални жени со остеопороза (ннд-В).
  + Лекот се дава кај пациенти кај кои бисфосфонатите не се толерираат или не се ефикасни. Несаканите ефекти се ретки, но можна е хиперсензитивна реакција со кожни манифестации.
  + Напредната бубрежна слабост(ГФР < 30 мл/мин) е контраиндикација. Потребно е внимание кај пациенти со зголемен ризик за тромбоемболични компликации.
* *Деносумаб* е нов антиостеопоротичен лек кој ја блокира функцијата на РАНК лигандитекои се важни за коскениот метаболизам. Се спречува матурацијата и функцијата на остеокластите и се зголемува нивната апоптоза. Покажано е дека деносумабот превенира вертебрални фрактури и фрактури на колкот, како и екстравертебрални фрактури кај постменопаузални жени. Додатно, покажано е дека превенира вертебрални фрактури кај мажи кои примале хормонска терапија за канцер на простата. Лекот добро се толерира.
  + Лекот одговара за пациенти кај кои бисфосфонатите не се толерираат или се неефикасни
  + Бубрежна слабост не е контраиндикација
  + Може да се дава како медикација од прва линија.
* *Тестостерон* се користи за третман на остеопороза асоцирана со машки хипогонадизам 4. Гликокортикоидна терапија може да го намали тестостеронот кај мажите. Тестостерон под 7.2 нмол/л се смета како граница за препорачување третман.

*Тиазидите* ја намалуваат уринарната екскреција на калциум и заштитуваат од остеопороза (ннд-**Ц**), што треба да се земе во предвид кај пациенти со хипертензија и кардијална инсуфициенција.

СЛЕДЕЊЕ

* Ако остеопенијата на почетокто се остави без третман, состојбата треба повторно да се процени после 2-5 години.
* Со биохемиските маркери на коскен метаболизам (види погоре), може да се процени ефикасноста на третманот после 1-3 месеци од неговиот почеток.
* Контролни мерење на коскената густина кај фармаколошки третман на остеопороза
  + Према индивидуална одлука, мерењето треба да се повтори после 2-3 години (пожелно на ист ДЕЏА апарат; честа е грешка од 2-4% кај мерења со иста метода).Густината треба да остане барем на нивото од пред третманот.
  + Кога лековите, за кои било планирано привремено да се даваат, се прекинат ДЏА мерење е потребно после 1-2 години.
* Ако медикаментозната терапија започнала порадивертебрална фрактура, следењето може да се базира на контрола со рендгенграфија.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

## Цоцхране осврти

* За подобрување на користењето на коскената минерална густина кај остепорозата,повеќе професионални интервенцииможе да резултират со скромно подобрување. Ефектот е поголем ако пациентот е дел од интервенцијата (ннд-[Ц](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd06728)).
* Нема доволно докази за рутинско давање бисфосфонати кај деца со секундарна остеопороза (ннд-[Д](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd05793)).
* Додавање флуориди се покажа дека го зголемува ризикот за не-вертебрални фрактури и нема ефект на вертебралните фрактури и покрај зголемувањето на коскената минерална густина на лумбалниот рбет (ннд-[Б](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd00980)).
* Калцитонинот се покажа дека превенира намалување на коскена маса на лумбалниот рбет, но не и на феморалниот врат. Ефикасноста за превенција на фрактура останува да се утврди (ннд-[Ц](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd00459)).

## Други докази збирно

* Оралната антикоагулантна терапија може да е асоцирана со лесно намалување на коскената густина во ултра дисталниот радиус, но нема докази за значајно намалување на другите места (ннд-[Ц](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd00488)).
* Не е возможно да се предвиди индивидуален ризик за фрактура со испитување на серумски и биохемиски маркери на коскениот турновер (ннд-[Ц](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd04439)).
* Физичка активност (сегашна и мината) може значително да го намали ризикот за фрактура на колкот (ннд-[Ц](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd02354)).
* Коскената минерална густина може нагло да се намали после прекинот на хормонската заместителна терапија, но не под нивото на плацебо групата (ннд-[Ц](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd05729)).
* За многу жени, прекинувањето на алендронатот после 5 години за уште плус 5 години не го зголемува фрактурниот ризик, но жените со поголем ризик за клинички вертебрални фрактури (како тие со вертебрална фрактура или многу низок БМД) може да имаат корист да продолжат со терапијата над 5 години (ннд-[Б](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd05728)).

## Клинички насоки

* Манагемент оф остеопоросис. А натионал цлиницал гуиделине. Единбургх (Сцотланд): Сцоттисх Интерцоллегиате Гуиделинес Нетњорк (СИГН); 2003:71 [1](http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/71/)
* Манагемент оф остеопоросис. Соутхфиелд (МИ): Мицхиган Љуалитѕ Импровемент Цонсортиум; 2006 (пдф схеет) [2](http://www.mqic.org/pdf/osteopor06.pdf)

## Други интернет извори

* Остеопоросис манагемент: Тхе онлине сериес. АМА Цонтинуинг Медицал Едуцатион Програм фор Примарѕ Царе Пхѕсицианс. Америцан Медицал Ассоциатион 2004 [3](http://www.ama-cmeonline.com/osteo_mgmt/module04/index.htm)
* Остеопоросис – Превентион, диагносис анд треатмент. Сѕстематиц литературе ревиењ. СБУ Репорт 165/1+2. СБУ – Тхе Сњедисх Цоунцил он Тецхнологѕ Ассессмент ин Хеалтх Царе, 2003 [4](http://www.sbu.se/en/Published/Yellow/Osteoporosis---prevention-diagnosis-and-treatment/)
* Остеопоросис ин Постменопаусал Њомен: Диагносис анд Мониторинг. Евиденце Репорт/Тецхнологѕ Ассессмент Но. 28. Агенцѕ фор Хеалтхцаре Ресеарцх анд Љуалитѕ (АХРЉ) Публицатион Но. 01-Е032 [5](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat1.chapter.39885#top)
* Њеллс ГА, Цраннеѕ А, Боуцхер М, Петерсон Ј, Схеа Б, Робинсон В, Цоѕле Д, Тугњелл П. Бипхоспхонатес фор тхе примарѕ анд сецондарѕ превентион оф остеопоротиц фрацтурес ин постменопаусал њомен: а мета-аналѕсис. Тецхнологѕ репорт но 69. Оттања: Цанадиан Агенцѕ фор Другс анд Тецхнологиес ин Хеалтх; 2006 [6](http://www.cadth.ca/index.php/en/hta/reports-publications/search/publication/659) Ш[*Тиивистелмä суомекси*](http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=1846)Ќ
* Стевенсон М, Давис С, Ллоѕд-Јонес М, Беверлеѕ Ц. Тхе цлиницал еффецтивенесс анд цост-еффецтивенесс оф стронтиум ранелате фор тхе превентион оф остеопоротиц фрагилитѕ фрацтурес ин постменопаусал њомен. Хеалтх Тецхнол Ассесс 2007;11(4) [7](http://www.ncchta.org/execsumm/summ1104.htm) Ш[*Тиивистелмä суомекси*](http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=1220)Ќ
* Стевенсон М, Ллоѕд Јонес М, Де Нигрис Е, Брењњер Н, Давис С, Оаклеѕ Ј. А сѕстематиц ревиењ анд ецономиц евалуатион оф алендронате, етидронате, риседронате, ралоџифене анд терипаратиде фор тхе превентион анд треатмент оф постменопаусал остеопоросис. Хеалтх Тецхнол Ассесс 2005;9(22) [8](http://www.ncchta.org/execsumm/summ922.htm) Ш[*Тиивистелмä суомекси*](http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=302)Ќ

## Литература

* Ебелинг П. Остеопоросис ин мен. Н Енгл Ј Мед 2008;358:1474-1482
* Регинстер ЈЅ, Адами С, Лакатос П, Греенњалд М, Степан ЈЈ, Силверман СЛ, Цхристиансен Ц, Роњелл Л, Маирон Н, Бонвоисин Б, Дрезнер МК, Емкеѕ Р, Фелсенберг Д, Цоопер Ц, Делмас ПД, Миллер ПД. Еффицацѕ анд толерабилитѕ оф онце-монтхлѕ орал ибандронате ин постменопаусал остеопоросис: 2 ѕеар ресултс фром тхе МОБИЛЕ студѕ. Анн Рхеум Дис 2006 Маѕ;65(5):654-61. [ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16339289)
* Каннус П, Парккари Ј, Ниеми С, Пасанен М, Палванен М, Јäрвинен М, Вуори И. Превентион оф хип фрацтуре ин елдерлѕ пеопле њитх усе оф хип протецтор. Н Енгл Ј Мед 2000;343:1506-13
* Де Гроен ПЦ, Луббе ДФ, Хирсцх, ЛЈ, ет ал. Есопхагитис ассоциатед њитх тхе усе оф алендронате. Н Енгл Ј Мед 1996;335:1016-21
* Раисз ЛГ. Сцреенинг фор остеопоросис. ШЦлиницал працтицеЌ Н Енгл Ј Мед 2005;353:164-71
* Мицхаелссон К, Барон ЈА, Фарахманд БЅ, ет ал. Хормоне реплацемент тхерапѕ анд риск оф хип фрацтуре: популатион басед цасе-цонтрол студѕ. БМЈ 1998;316:1858–63
* Стевенсон ЈЦ, Цуст МП, Гнагар КТ. Еффецтс оф трансдермал версус орал хормоне реплацемент тхерапѕ он боне денситѕ ин спине анд проџимал фемур ин постменопаусал њомен. Ланцет 1990;335:265–9
* Цаулеѕ ЈАЉ, Сеелеѕ ДГ, Енсруд К, Еттингер В, Блацк Д, Цуммингс СР. Естроген реплацемент тхерапѕ анд фрацтурес ин олдер њомен. Анн Интерн Мед 1995;122:9–16
* Цуммингс СР, Ецкерт С, Круегер КА, Градѕ Д, ет ал. Тхе еффецт оф ралоџифене он риск оф бреаст цанцер ин постменопаусал њомен: ресултс фром тхе МОРЕ рандомизед триал. ЈАМА 1999;281:2189–2197
* Делмас ПД, Бјарнасон НХ, Митлак БХ, ет ал. Еффецтс оф ралоџифене он боне минерал денситѕ, серум цхолестерол цонцентратионс, анд утерине ендометриум ин пост-менопаусал њомен. Н Енгл Ј Мед 1997;337:1641–7
* Дањсон-Хугхес Б, Даллал ГЕ, Кралл ЕА, Харрис С, Соколл ЛЈ, Фалцонер Г. Еффецт оф витамин Д супплементатион он боне денситѕ ин мен анд њомен 65 ѕеарс оф аге ор олдер. Н Енгл Ј Мед 1997;337:670–6
* МцЦлунг МР, Геусенс П, Миллер ПД, Зиппел Х, Бенсен ЊГ, Роуџ Ц, Адами С, Фогелман И, Диамонд Т, Еастелл Р, Меуниер ПЈ, Регинстер ЈЅ; Хип Интервентион Програм Студѕ Гроуп. Еффецт оф риседронате он тхе риск оф хип фрацтуре ин елдерлѕ њомен. Н Енгл Ј Мед 2001;344:333–340
* Адацхи ЈД, Бенсен ЊГ, Броњн Ј, ет ал. Интермиттент етидронате тхерапѕ то превент цортицостероид-индуцед остеопоросис. Н Енгл Ј Мед 1997;337:382–7
* Харрис СТ, Њаттс НБ, Јацксон РД, ет ал. Фоур-ѕеар студѕ оф интермиттент цѕцлиц етидронате треатмент оф постменопаусал остеопоросис: тхрее ѕеарс оф блиндед тхерапѕ фоллоњед бѕ оне ѕеар оф опен тхерапѕ. Ам Ј Мед 1993;95:557–67
* Полс ХА, Фелсенберг Д, Ханлеѕ ДА, Степан Ј, Муноз-Торрес М, Њил ТЈ, Љин-Схенг Г, Галицх АМ, Вандормаел К, Ѕатес АЈ, Стѕцх Б. Мултинатионал, плацебо-цонтроллед, рандомизед триал оф тхе еффецт оф алендронате он боне денситѕ анд фрацтуре риск ин постменопаусал њомен њитх лоњ боне масс: ресултс оф тхе ФОСИТ студѕ. Остеопорос Инт 1999;9:461–468
* Цуммингс СР, Блацк ДМ, Тхомпсон ДЕ, ет ал. Еффецт оф алендронате он риск оф фрацтуре ин њомен њитх лоњ боне денситѕ бут њитхоут вертебрал фрацтурес–ресултс фром тхе фрацтуре интервентион триал. ЈАМА 1998;280:2077–82
* Блацк ДМ, Цуммингс СР, Карпф ДБ, ет ал. Рандомисед триал оф еффецт оф алендронате он риск оф фрацтуре ин њомен њитх еџистинг вертебрал фрацтурес. Ланцет 1996;348:1535–41
* Либерман УА, Њеисс СР, Брöлл Ј, ет ал. Еффецт оф орал алендронате он боне минерал денситѕ анд тхе инциденце оф фрацтурес ин постменопаусал остеопоросис. Н Енгл Ј Мед 1995;333:1437–43
* Девине А, Дицк ИМ, Хеал СЈ, Цриддле РА, Принце РЛ. А 4-ѕеар фоллоњ-уп студѕ оф тхе еффецтс оф цалциум супплементатион он боне денситѕ ин елдерлѕ постменопаусал њомен. Остеопоросис Инт 1997;23–8
* Дањсон-Хугхес, Даллал ГЕ, Кралл ЕА, Садоњски Л, Сахѕоун Н, Танненбаум С. А цонтроллед триал оф тхе еффецт оф цалциум супплементатион он боне денситѕ ин постменопаусал њомен. Н Енгл Ј Мед 1990;323:878–83
* Кхосла С, Мелтон ЛЈ. Остеопениа. Н Енгл Ј Мед 2007;356:2293-2300

**РЕФЕРЕНЦИ**

1. Клотзбуецхер ЦМ, Росс ПД, Ландсман ПБ, Абботт ТА 3рд, Бергер М. Патиентс њитх приор фрацтурес хаве ан инцреасед риск оф футуре фрацтурес: а суммарѕ оф тхе литературе анд статистицал сѕнтхесис. Ј Боне Минер Рес 2000 Апр;15(4):721-39. [ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10780864)
2. Канис ЈА, Боргстром Ф, Де Лает Ц, Јоханссон Х, Јохнелл О, Јонссон Б, Оден А, Зетхраеус Н, Пфлегер Б, Кхалтаев Н. Ассессмент оф фрацтуре риск. Остеопорос Инт 2005 Јун;16(6):581-9. [ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15616758)

Автор: Матти Ј. Вäлимäки Артицле ИД: ебм00419 (024.024) © 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

* 1. **ЕБМ-Гуиделинес, 30.11.2010,** [њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)
  2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
  3. **Предвидено следно ажурирање до ноември 2013 година.**

## ФИБРОМИЈАЛГИЈА

**МБД Упатство**

**02.12.2010**

* Основни податоци
* Критериумите на АЦР (Америцан Цоллеге оф Рхеуматологѕ)за фибромијалгија
* Додатни симптоми и типични знаци
* Терапија
* Поврзани извори
* Референци

## ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

* Дијагнозата на фибромијалгија се поставува со цел да се издвојат други болести кои бараат специфична терапија како што се инфламаторните ревматски болести, хипотиреозата и проблемите при менопауза.
* Грешните предубедувања на пациентите за причините на нивните симптоми треба да се преиспитаат.
* Факторите кои ги влошуваат симптомите треба да се испитаат.
* За секој пациент треба да се има индивидуален тераписки план.
* Треба да се инсистира на физичката активност која се покажа дека ги редуцира симптомите (ннд-**А).**

**АЦРКРИТЕРИУМИ ЗА ФИБРОМИЈАЛГИЈА**

* Анамнеза за дисеминирана болка
  + болка на двете страни од телото
  + над и под струкот
* Болка на палпација во најмалку 11 од следните 18 осетливи точки (секоја страна се брои одделно):
  + Инсерцијата на субокципитален мускул
  + Предните страни на интертрансверсални простори помеѓу Ц5 и Ц7
  + Работ на м. Супраспинатус над скапуларниот дел на рбетот
  + Средната точка на горната ивица на м. Трапезиус
  + Вториот костохондрален зглоб
  + 2 см дистално од латерален епиконил
  + Горни надворешни квадранти на бутот, на местото на предниот раб на мускулот
  + Постериорно од проминенцијата на поголемиот трохантер
  + Медијалното масно перниче на коленото, проксимално од зглобната линија
* Работна група формирана од АЦР публикуваше алтернативни „дијагностички критериуми” за фибромијалгија кои се комплементарни со горенаведените. Исфрлена е палпацијата на осетливите точки како класификационен критериум. Наместо тоа, новите критериуми поголемо значење даваат на менталните проблеми, нарушениот сон и широкиот спектар на соматски симптоми карактеристичен за пациентите со фибромијалгија.

## ДОДАТНИ СИМПТОМИ И ТИПИЧНИ ЗНАЦИ

* Замор преку денот
* Спиење кое не одмара
* Општа преосетливост на допир што се должи на намалениот праг кон ноциоцептивни стимули.
* Психосоматски симптоми од страна на разни органи (синдром на иритабилно црево, срцеви симптоми, гинеколошки проблеми)
* Невролошки проблеми (главоболка, чувство на малаксалост, итн)
* Ментални нарушувања (депресија, анксиозност, потешка депресија е реткост).
* Когнитивни проблеми (неможност за концентрација, потешкотии во учење на нови работи)
* Субјективно чувство на отеченост
* 30-50% пациенти имаат лабави зглобови
* Појава на топлински таласи (ерѕтхема фугаџ) лимитирани на горната половина на телото со појава на студени екстремитети од друга страна, се чести.
* Симптомите флуктуираат со временските промени и со степенот на анксиозност или стресот кај пациентот.
* Фибромијалгијата не е засебен ентитет туку претставува комбинација на симптоми и знаци кои се развиваат по пат на разни механизми.
* Пациентите со фибромијалгија најчесто прекумерно реагираат на стресни состојби и тоа може да го наруши системот на трансмисија (спроводливост) на болката.

### ТЕРАПИЈА

* Навремена дијагноза, одбегнување на непотребните испитувања и биопсихосоцијален пристап кон болниот се најзначајни фактори од лекувањето.
* ***Обиди се да влијаеш на грешните предубедувања на пациентот за причините на заболувањето и на неговата загриженост за евентуалното нарушување на неговиот функционален капацитет.***
* Целта на нефармаколошката терапија е да се зголеми функционалната способност и квалитетот на животот на пациентот.
* Физичките вежби ги намалуваат симптомите(ннд-**Б)**. Аеробниот капацитет се зголемува со физичката активност (пешачење, возење точак, пливање), само што болката во вратот и раменскиот појас може да го компромитира вежбањето(ннд-**Б)**.
* Затоа, потребна е индивидуална програма за тренинг(ннд-**Ц)**.
* Сонот ќе се подобри со елиминација на факторите кои го пореметуваат (кафе, алкохол, бучава и стрес).
* Целта на фармаколошката терапија е намалување на симптомите.
* Мала доза амитриптилин[[121]](#footnote-121) од 10-50 мг. земена рано навечер е ефикасна според повеке студии(ннд-**Б)**. Ефектот се јавува после една до две седмици(ннд-**Б)**но несакани ефекти може да се јават веднаш. Затоа пациентот треба да се поттикне да продолжи со терапијата.
* НСАИЛ, аналгетици, мускулни релаксанси и антидепресиви базирани на инхибиција на реуптаке на серотонин или на моноаминската оксидазасе неефикасни.
* ФДА издаде дозвола за употреба на следниве лекови за фибромијалгија: Дулоџетине(ннд-**А)** имилнаципран, лекови кои се базирани на инхибицијата на реуптаке на серотонин и на норадреналине заедно, како и прегабалин(ннд-**А)**.
* Кај најтешките пациенти добри резултати се постигнати со мултидисциплинарен рехабилитационен програм(ннд-**Д)**.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

**Литература**

**РЕФЕРЕНЦИ**

1. Голденберг ДЛ, Бурцкхардт Ц, Цроффорд Л. Манагемент оф фибромѕалгиа сѕндроме. ЈАМА 2004 Нов

17;292(19):2388-95. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15547167)

1. Маннеркорпи К. Еџерцисе ин фибромѕалгиа. Цурр Опин Рхеуматол 2005 Мар;17(2):190-4. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15711234)
2. Арнолд ЛМ, Гендреау РМ, Палмер РХ, Гендреау ЈФ, Њанг Ѕ. Еффицацѕ анд сафетѕ оф милнаципран 100 мг/даѕ ин

патиентс њитх фибромѕалгиа: ресултс оф а рандомизед, доубле-блинд, плацебо-цонтроллед триал. Артхритис Рхеум 2010 Сеп;62(9):2745-56. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20496365)

1. Гендреау РМ, Тхорн МД, Гендреау ЈФ, Кранзлер ЈД, Рибеиро С, Грацелѕ РХ, Њиллиамс ДА, Меасе ПЈ, МцЛеан СА, Цлауњ ДЈ. Еффицацѕ оф милнаципран ин патиентс њитх фибромѕалгиа. Ј Рхеуматол 2005 Оцт;32(10):1975-85. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16206355)
2. Њолфе Ф, Цлауњ ДЈ, Фитзцхарлес МА, Голденберг ДЛ, Катз РС, Меасе П, Русселл АС, Русселл ИЈ, Њинфиелд ЈБ, Ѕунус МБ. Тхе Америцан Цоллеге оф Рхеуматологѕ прелиминарѕ диагностиц цритериа фор фибромѕалгиа анд меасуремент оф сѕмптом северитѕ. Артхритис Царе Рес (Хобокен) 2010 Маѕ;62(5):600-10. [**ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20461783)
3. Аутхорс: Пекка Ханнонен, Артицле ИД: ебм00395 (020.082)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

**ЕБМ Гуиделинес, 02.12.2010,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)

**Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**

**Предвидено следно ажурирање до април 2014 г.**

**БЕКЕРОВА ЦИСТА**

* Дефиниција
* Симптоми
* Дијагноза
* Третман
* Руптура на Бекерова циста

# ДЕФИНИЦИЈА

* Испапчување на синовијата во задколенската јама кое може да биде вродено кај децата а кај возрасните да се манифестира како секундарна појава на повреда, воспаление, остеоартроза или хидопс на коленото.

# СИМПТОМИ

* Често се презентира како безболно испапчување при свивање на коленото.
* Големите цисти може да предизвикаат локална болка и намален опсег на движењата на коленото.

# ТЕРАПИЈА

* **Кај деца**: Доколку цистата не го засега обемот на движењето на зглобот, и не предизвикува болка може да се следи неколку години. Доколку цистата е голема и не се редуцура спонтано, таа треба да се отстрани хируршки.
* Најчесто, доволно е да се намали оптеретувањето на коленото и вишокот на зглобна течност ќе се ресорбира.
* Студени облози и НСАИЛ дадени орално или топично се користат како симптоматска терапија.
* Ортоза на коленото може да биде од корист.
* **Кај возрасни**: Цистата треба да се дренира со шприц, најдобро под ултразвук (да се избегне крвен сад). Користејки ја истата игла, во дренираната циста може да се инјектира метил-преднизолон или триамцинолон.
* Големи болни цисти може да бидат и оперативно лекувани.

# РУПТУРА НА БЕКЕРОВАТА ЦИСТА

* Руптура на Бекеровата циста може да предизвика оток на потколеничната мускулатура и да предизвика болка слична на длабока венска тромбоза.
* Во случаите кога сме запознаени за претходно постоење на Бекерова циста, не е неопходно да се направи венографија ако се одредат Д-димери[[122]](#footnote-122)заради диференцијација кон можна венска тромбоза иДоплер стетоскопија[[123]](#footnote-123) на поплитеалната вена.
* Ултразвучна дијагностика[[124]](#footnote-124) ја потврдува дијагнозата.
* Руптурирана Бекерова циста не бара лекување.

1. **ЕБМ Гуиделинес, 19.11.2010,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до август 2014 г.**

# Бурзит (патела и лакот)

МЗД Упатства

16.12.2009

* Основни податоци
* Септичен бурзит

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

* Препателарната бурза и бурзата на олекранон кои се лоцирани во поткожното ткиво се повредуваат лесно од контузија. Бурзитите можат да се поделат воглавно на акутни, хронични, асептчни и септични.
* Септичен бурзит треба да се дијагностицира и третира веднаш со антибиотици.

## СЕПТИЧЕН БУРЗИТ

* Во септичен бурзит треба да се посомнева ако во предел на бурзата нагло се појави црвенило и болка или пациентот има покачена температура. Предиспонирачки фактори се најчесто повреди како лезија на кожата или повреда од директен притисок или триење (на пример кај работи со клекнување).
* Ако се посомневаме на септичен бурзит, бурзата треба да се пунктира[[125]](#footnote-125) (видео 1) и примерокот да се култивира на крвен агар во шишенце (ннд-**Ц**) (доволна е една аеробна размаска) или ако крвна размаска не е можно да се направи, тогаш може да се примени бактериска размаска.
  + Кај септичен бурзит примерокот најчесто е закрвен и црвеникав.
  + Клетките во бурзалната течност се најчесто гранулоцити со леукоцити над 2000 × 106/л (ннд-**Ц**)но апсолутниот број на леукоцитите не е значаен во разликувањето помеѓу септичен и асептичен бурзит (во почетокот кај септичниот бурзит многу малку клетки може да се најдат).
* Серумски ЦРП[[126]](#footnote-126) концентрации се зголемуваат кај септичниот бурзит најчесто за време од 12 часа од почетокот на симптомите.
* Во практиката сомневање на бактериски бурзит е индикација за антибиотска терапија по земањето на примерок за бактериска култура.
* ***Септичен бурзитис***: антибиотици против стафилококи (цефалоспоринските деривати, клоксацилин итн.).Терапијата е најдобро да се дава парентерално (цефуроксим 750 мг и.в. или и. м. три пати на ден или цефтриаксон 1г и.м. еднаш на ден ,неколку дена. Инјекциите може да се даваат амбулантно. Терапијата се продолжува со цефалексин или цефадроксил 500 мг три пати на ден.

**АСЕПТИЧЕН АКУТЕН ИЛИ ХРОНИЧЕН БУРЗИТ**

* Акутен асептичен бурзит е обично причинет од ненадејна контузиона повреда. Бурзата е исполнета со крв, има оток над зглобот, и активните зглобни движења се болни. Лекувањето се состои од мировање, ставање ладни облоги и аналгетици.
  + Ако бурзата е многу отечена, пункција и аспирација на крвта се неопходни со цел намалување на болката. [[127]](#footnote-127)
* Хроничен бурзит е причинет од повторувани повреди. Бурзата е исполнета со течност, зидовите се дебели, и бурзалната шуплина е често мултилокуларна.
* Лекувањето се состои од дренажа на бурзата и треба да се инјектира долгоделувачки кортикостероид (метилпреднизолон или триамцинолон во депо форма). Инјекцијата може да се повтори по 2-4 недели ако резултатите од првата инјекција се незадоволителни.
  + Во пролонгирани случаи, и ако бурзата е јасно вознемирувачка, може да биде хируршки отстранета.
* ***Трохантерен бурзитис***, види Трохантерен бурзит

## Референци

1. Стелл ИМ, Грансден ЊР. Симпле тестс фор септиц бурситис: цомпаративе студѕ. БМЈ 1998 Јун 20;316(7148):1877. [«PMID: 9632407»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9632407)
2. Аутхорс: Едиторс Артицле ИД: евд00609 (020.046) © 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд
3. Аутхорс: Едиторс Артицле ИД: евд00447 (020.046)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд
4. Аутхорс: ЈеркерСанделин Артицле ИД: ебм00394 (020.046) © 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

**1. ЕБМ Гуиделинес 16.12.2009** [**њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)

**2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**

**3. Предвидено следно ажурирање до декември 2013**

## ГАНГЛИОН

МЗД Упатства

2.8.2010

* Основни правила
* Дијагноза
* Лекување

## ОСНОВНИ ПРАВИЛА

* Ганглионска циста која содржи желатинозна течност може да се појави во било кој зглоб или тетива со тетивна обвивка, најчесто на рачниот зглоб или дланката, но исто така во на пр. рамото или коленото и во дисталната тетива на м.бицепс.
* Симптоматски ганглион може да се лекува со пункција или хируршки.

## ДИЈАГНОЗА

* Ганглионот е желатинозна цистична формација прикрепена за зглоб или тетивна обвивка.
* Како што се зголемува количината на желатинозна содржина ганглионот станува болен, но најчесто симптомите се благи. Особено мал ганглион прикрепен за обвивката на флексорна тетива може да биде болен.
* Најчесто ганглионот е локализиран на дорзалната страна на рачниот зглоб, понекогаш пак на воларната страна на стапалото. Ганглионите исто така можат да бидат сместени на флексорните тетивни обвивки на дисталниот дел од шаката и стапалото.
* Дијагнозата на површински ганглион може лесно да се направи врз основа на клиничката слика и е потврдена со желатинозната содржина при иглена аспирација.[[128]](#footnote-128) Ако не се добие желатинозна содржина на аспирација, потребни се понатамошни испитувања за потврдување на дијагнозата и да се исклучи можноста за тумор.
* При проблематични случаеви (пр. ганглион во голем зглоб или при сомневање за повреда на тетива) дијагнозата може да се потврди со ултрасонографија[[129]](#footnote-129)(видео 1) или со МРИ.

## ЛЕКУВАЊЕ[[130]](#footnote-130)

* Лекувањето е неопходно само кога ганглионот предизвикува болка или друга нелагодност.Околу половина од карпалните ганглиони се повлекуваат спонтано. (ннд-**Ц**)
* ***Направи пункција на ганглионот и аспирирај ја течноста од ганглионот****[[131]](#footnote-131)*
* Кортикостероиден раствор (триамцинолон, метилпреднизолон) во депо форма може да биде инјектиран во ганглионот.Алтернативна метода е да се инјектира локален анестетик во ганглионот и да се разбие ганглионот со силен притисок на палецот.
* Аспирацијата и инјекцијата можат да бидат повторени ако повторно се јави симптоматски ганглион.
* Ако повторувани аспирации се неуспешни и ганглионот предизвикува симптоми, може да биде одстранет хируршки.

**РЕФЕРЕНЦИ**

1. Диас Ј, Буцх К. Палмар њрист ганглион: доес интервентион импрове оутцоме? А проспецтиве студѕ оф тхе натурал хисторѕ анд патиент-репортед треатмент оутцомес. Ј Ханд Сург ШБрЌ 2003 Апр;28(2):172-6. [«PMID: 12631492»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12631492)
2. Аутхорс: Едиторс Артицле ИД: евд04522 (000.000) © 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд
3. Аутхорс: Јоуни Хавулинна Артицле ИД: ебм00410 (020.022) © 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

**1. ЕБМ Гуиделинес 02.08.2010** [њњњ.ебм-гуиделинес.цом](http://www.ebm-guidelines.com)

2 **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**

**3 Предвидено следно ажурирање до август 2014**

#### БОЛКА ВО ПЕТИЦАТА

МЗД Упатства

1.3.2011

* Основни податоци
* Плантарен фасциит
* Болка во масното перниче на петицата
* Каналикуларни синдроми (н. тибиалис постериор)
* Стрес фрактура на калканеус
* Апофизит на калканеус
* Болка на инсерцијата на Ахилова тетива кај спортисти
* Други ретки причини
* Поврзани извори

## ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

Причината за болка во петицата може воглавно да се диференцира според местото на болката и клиничкиот наод (слика 1). Радиографскиот наод може да биде корисен понекогаш.

## ПЛАНТАРЕН ФАСЦИТ

* Најчеста болна состојба, особено кај особи со зголемена телесна тежина и кај тие што пешачат многу. Честопати предизвикана од напор, понекогаш од ревматоиден артрит.
* На палпација, болката е локализирана централно, пред петицата. Болката се чувствува најсилно по станување од кревет, понекогаш по напор.
* Половина од симптоматските пациенти имаат шилец на радиографија. Овој калус, кој се формира при ентезит на планатарната фасција се гледа и кај асимптоматски пациенти.
* Лекувањето се состои од парче од пластична пена или влошка за чевли со отвор на пета која го намалува притисокот во болната регија. Пациентот може да си направи сам таква или да биде направена од ортотичар. Силиконско перниче за петицата можеби е најдобриот метод за лекување. Тежината треба да се намали и да се започне со лекување со НСАИД.
* Кортикостеорид + анестетик инјекција (ннд-[«Local corticosteroids may have some effect for heel pain in the short term.»Ц](http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd01332))може да се даде локално од медијална страна на петицата во длабочина од 2.5–3 цм во болната инсерција на плантарната фасција.[[132]](#footnote-132) Ако е потребно, инјекциите може да се повторуваат во интервали од три недели максимум до 2-3 пати.Но, може да се развие дегенерација на перничето на петицата како нус-ефект. Лекот треба да се инјектира доволно длабоко, а не во перничето. Долготрајната полза од инјекциониот третман е несигурна.
* Вежби за истегнување на плантарната фасција: статични истегнувања со екстензија на прсти и дорзифлексорни вежби на скочниот зглоб, од која секоја трае по 5-6 секунди и се повторува 20 пати двапати дневно. Прстите треба да бидат потпрени за време на вежбите. Носење на ортоза ноќе има ист ефект.
* Шилците кои се гледааат на радиографија се последица, а не причина за оваа состојба и не захтеваат оперативно лекување. Операција треба да се земе во предвид кога сите други опции потфрлиле.
* Кај мал број од пациенти со планатрен фасциит се работи за ревматско заболување како основна болест и во тие случаи се работи всушност за ентезопатија (Реитер-ова болест, анкилозирачки спондилит). Анамнезата треба да опфати прашања за утринска вкочанетост, болки во грбот или глутеалната регија и болна осетливост на припоите на лигаментите во екстремитетите. Треба да се прегледаат зглобовите и седиментација.

## БОЛКА ВО МАСНОТО ПЕРНИЧЕ НА ПЕТИЦАТА

* Болката е локализирана поназад отколку кај плантарниот фасциит.
* Лекувањето се состои од привремено мирување или ортопедска влошка.
* Болката може да биде причинета и од бурсит во регионот на петицата.Постојат потешкотии во диференцијацијата од другите причини за болка без ултрасонографијата.Локални инјекции сокортикостероид/анестетик[[133]](#footnote-133) може да се употребат за лекување (видео 1).

## КАНАЛИКУЛАРНИ СИНДРОМИ (н. тибиалис постериор)

* Дифузна ирадирачка болка: болката е најчесто на медијалната страна на стопалото и скочниот зглоб, зафаќањето е зад медијалниот малеолус.
* Провоцирана од валгус позиција на калканеус и при рамни стапала.
* Дијагностицирање со ЕМГ е тешко.

## СТРЕС ФРАКТУРА НА КАЛКАНЕУС

* Обично се јавува кај млади војници како последица на стрес врз коската поради невообичаено долготрајно трчање или пешачење.
* Понекогаш може да се види кај бремени жени.
* Калканеусот е осетлив на латерално притискање.
* Три недели по почетокот на симптомите, на радиографија може да се види лесна склеротична кондензација.
* Лекувањето се состои од привремено мирување.

## КАЛКАРЕАЛЕН АПОФИЗИТ

* Чест кај машки адолесенти ( 8-12 години)
* Болната точка е локализирана на инсерцијата на Ахиловата тетива каде некогаш се палпира грутка.Најчесто нема потреба од радиографско иследување.
* Види поглавје болни состојби на стапалото и скочниот зглоб кај деца и возрасни.

## ИНСЕРЦИОНИТ НА АХИЛОВА ТЕТИВА КАЈ СПОРТИСТИ

* Перитендинит (види перитендинит на Ахилова тетива и руптура на тетивата).
* Тендиноза
* Парцијална руптура (НБ: без кортикостероиди)
* Ретрокалканеален бурзит
* Деформитет на Хаглунд: ангуларно задебелувањена калканеусот на место на инсерција на Ахилова тетива; го иритира околното ткиво и предизвикува калканеален бурзит.

## ДРУГИ РЕТКИ ПРИЧИНИ

* Циста
* Остеоид остеом и остеосарком
* Остеомиелит
* Фрактура на остеопоротична коска
* Талокалканеална артроза ( често секундарна)

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**:

ЦОЦХРАНЕ-овипрегледи

Аутхорс: Тхис артицле ис цреатед анд упдатед бѕ тхе ЕБМГ Едиториал Теам Артицле ИД: рел00587 (020.051)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

## РЕФЕРЕНЦИ

1. Црањфорд Ф, Тхомсон Ц. Интервентионс фор треатинг плантар хеел паин. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев 2003;(3):ЦД000416. [«PMID: 12917892»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917892)
2. Аутхорс: Едиторс Артицле ИД: евд01332 (020.051) © 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд
3. Аутхорс: Едиторс Артицле ИД: ебм00432 (020.051)© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

**1. ЕБМ Гуиделинес 01.03.2011** [**њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)

**2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**

**3. Предвидено следно ажурирање до март 2013 година.**

## ПРЕПОНСКА БОЛКА

**МБД Упатство**

**19.02.2009**

* Цел
* Педијатарски и адолесцентни пациенти
* Возрасни и постарги пациенти
* Испитувања

## ЦЕЛИ

* Треба да биде идентификувана септичка инфекција која бара итен третман.
* Треба да се мисли на можна фрактура на феморалниот врат (вклучувајќи ја стрес фрактурата) за да се избегнат дополнителни оштетувања кои настануваат при исправена положба, од тежината на телото (порано да се упати на рентгенграфирање)**.**

##### ПЕДИЈАТРИСКИ И АДОЛЕСЦЕНТНИ ПАЦИЕНТИ

* Мускулна или лигаментна лезија индуцирана со стрес.
* Повреда на аддукторни мускули при стресни состојби е честа, резултира во болка при слаба или форсирана аддукција во текот на физикалниот преглед. Повредата кај атлетите (возрасните истотака) може да биде на мускулите, на аддукторните тетиви (тендинитиси) или на мускулните припои (ентезитиси).
* Акутен синовитис на зглобот на колкоткај пре-адолесцентни пациенти
* Често после респираторни инфекции
* Впечатлива редукција на внатрешната ротација на зглобот на колкот.
* Стрес фрактура на феморалниот врат или пубичната коска кај воени обврзници.
* Резултат не екстремен напор.
* Епифизиолиза на главата на фемурот
* Момчиња со прекумерна тежина во тинејџерска возраст.
* Коскени тумори
* Најчест е остеоидниот остеом.
* Ноќна болка
* Реактивен артритис, ревматоиден артритис
* Обично симптомите се јавуваат истовремено и во други зглобови.
* Септичен артритис
* Температура
* Болен лимфен јазол во препони.
* Еризипел, туларемија, генитална или инфекција на долниот екстремитет.
* Ингвинална херниа
* Бурзитис во регија на бедрото
* Ганглион на колкот
* Асоциран со триење на рскавичниот лабриум
* Рефлексна болка
* При болка во колика во уретер болката се шири над препоните
* Може да потекнува од тестиси и простата

**ВОЗРАСНИ И ПОСТАРИПАЦИЕНТИ**

* Како дополнување на претходното
* Остеоартритис на колкот
* Степенот на движењата на колкот, посебно внатрешната ротација е ограничен
* Ртг. снимки покажуваат остеоартритични промени
* Воспаление или повреда на сакроилијакалниот зглоб.
* Провоцирачки тестови за СИ зглобови може да се позитивни.
* Пешачење и физичка работа ја влошува болката (внимавај:пешачењето предизвикува болка и при грбни проблем).
* Нервно оштетување
* Кај парестетична мералгија (пореметување на нервус цутанеус феморис латералис) болката е локализирана на антеролатералните аспекти на препоната. Болката е придружена од трнење и треперење. Пациентите се обично обезни.
* При оштетување на н. илиоингуиналис, н.обтураториус, н.генитофеморалис: болка на внатрешната страна на препоната.
* При иритација на горните лумбарни нервни корени (Л1-Л2) болката може да рефлектира кон препоните.
* Фрактура на вратот на фемурот
* Импактирана фрактура е можна и покрај тоа што пациентот може да оди после падот.

**ИСПИТУВАЊА**

* Кога болката произлегува од колкот или фемурот секогаш се потребни рентген снимки.Снимките треба да се направени во две перпендикуларни проекции.
* Освен при суспекција за фрактура, рентген снимки не се итни во неработните часови, но забрането е оптеретување со својата тежина пред да се исклучи фрактура.
* Ултразвучен преглед открива течност во колкот и евентуално бурзитис или ганглион[[134]](#footnote-134)
* МРИ[[135]](#footnote-135) на карлицата е индицирана при пролонгирана болка доколку ртг. наодот е уреден (стрес-фрактура на вратот на фемурот, аваскуларна некроза, тумор).

Автор:

Јаро Карппинен

Артицле ИД: ебм00416 (020.034)

© 2012 Дуодецим Медицал Публицатионс Лтд

1. **ЕБМ Гуиделинес, 19.02.2009,** [**хттп://њњњ.ебм-гуиделинес.цом**](http://www.ebm-guidelines.com)
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до август 2013 г.**

## ЛУМБАЛНА БОЛКА

**МБД Упатство**

**24.11.2010**

* Основи
* Епидемиологија
* Клиничко испитување
* Психосоцијални резик-фактори
* Клиничка процена на итноста
* Сериозни или специфични заболувања
* Лабораториски испитувања
* Имагинг испитувања
* Неврофизиолошки испитувања
* Синдром на ишијас
* Акутна лумбална болка (траење < 6 седмици)
* Супакутна лумбална болка (траење од 6-12 седмици)
* Хронична крстна болка ( траење > 12 седмици)
* Поврзани докази
* Референци

**ОСНОВИ**

* Да се обезбеди доволно време за анамнезата и физикалниот преглед кај пациентот.
* Да се обезбеди рана дијагноза на сериозни причини за лумбална болка и за компресија на нервните корени кои резултираат со функционални пореметувања.
* Адекватен третман на болката: според јачината на болката индицирани се парацетамол, НСАИЛ или нивна комбинација со лесни опиоиди.
* Одбегнување на одмор во легло.
* Продолжување или обновување на секојдневните активности што е можно поскоро.
* Пружање адекватна информација: оптимистички поглед кој се базира на вообичаено добрата прогноза му годи на пациентот, притоа тенденцијата на симптомите да се повторуваат треба да се земе предвид и да му се предочи на пациентот.
* Следење на пациентот во правец кон возобновување на активноста и работоспособноста.
* Кај пролонгирана лумбална болка, која трае најмалку 6 седмици: екстензивна мултидисциплинарна процена на состојбата на болниот, земајќи ги предвид и психосоцијалните фактори, како и активна рехабилитација.
* Кај хронична лумбална болка која трае повеќе од 3 месеци: интензивна мултидисциплинарна рехабилитација.

**ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

* Лумбалната болка е честа состојба: околу 80% од луѓето во некој период од животот почувствувале крстна болка.
* Од сите пациенти во општата амбулантска практика, 4-6% од работоспособните жени и 5-7% од работоспособните мажи имаат лумбална болка како главен симптом.
* Се претпоставува дека 15-20% од возрасните во текот на една иста година имаат лумбална болка, 50-80% имаат барем една епизода за време на својот живот. Во било кое време дури 15% од возрасните имаат лумбална болка.

## КЛИНИЧКО ИСПИТУВАЊЕ

**Анамнеза**

* Најзначајниот дел на клиничкото испитување е земање на анамнестички податоци од пациентот.Тие податоци може да се класифицираат на следниот начин:
* Постара лумбална болка (поранешна појава на симптомите, посети кај доктор, поранешни испитувања, терапија и боледување);
* Сегашна лумбална болка (појавата, природата и интензитетот на тегобите, ирадијацијата на болката долж долните екстремитети, отежнатото функционирање во секојдневниот живот, испитувањата, терапијата и нејзината ефикасност);
* Други заболувања (операции, трауми, други мускулноскелетни нарушувања, други болести како дијабетот, артериосклерозата на долните екстремитети, болестите на урогениталниот систем, алергиите, тековната терапија со некои лекови);
* Социјална анамнеза (семејство, едукација, работа);
* Животен стил (физички вежби, пушење, пиење, диета).

**Физикален преглед**

* При физикалниот преглед особено внимание се посветува на процената на знаците на компресија на нервните корени и функционалниот статус. Пациентот треба да биде соблечен до потребното ниво.

1. Инспекција на ’рбетот:

* Исправање на лордозата или појава на сколиоза поради силна болка;
* Свивањето на ’рбетот е редуцирано; болка при свивањето е индикатор за тежината на состојбата.

1. Палпација на пршлените, ишијадичниот нерв и долните екстремитети:

* Еднострана осетливост на бутот и седалната регија често е асоциран со акутна компресија на коренот на ишијадичниот нерв;
* Голем број на болни точки и други придружни симптоми може да сугерира фибромијалгија. Палпација или доплер-сонографија или пак и двете на артериите на долните екстремитети кај пациенти постари од 50 години со интермитентна клаудикација.

1. Испитување на подвижноста на рбетот:

* Рестрикција во свивање према напред, назад или на страна може да укаже на тежината на лумбалната болка;
* Подвижноста на ’рбетот и нарушувањата на ритамот на движење помагаат при определувањето на функционалниот капацитет и нивното мерење овозможува следење на состојбата на болниот;
* Сцхобер-овиот тест нема големо значење во мерењето на подвижноста;
* Ротаторното движење на ’рбетот и движењата во градниот кош кај анкилозниот спондилит многу рано се намалени.

1. Процена на знаците на компресија на корените на нервите:

* Кревање на исправена нога (СЛР) и Ласељуе-тестот се сензитивни но неспецифични тестови за потврдување на компресија на нервните корени на С1 и Л5 нивото:
* Тестот е позитивен кога ќе се предизвика болка што се шири од половината долж ногата; Само болка во половината или осетливост зад коленото не се позитивни знаци;
* Позитивна дорзифлексија на глуждот при изведување на СЛР, ја зголемува ирадирачката болка од половината долж ногата;
* Вкрстена болка: појачување на ирадијациската болка кога се крева контралатералната нога е специфичен знак на компресија на коренот на нервот.
* Мускулна сила на нозете:
* Екстензија на коленото (коренот Л4 и делумно Л3);
* Дорзифлексија на глуждот (Л5, делумно Л4 коренот), дорзифлексија на палецот (Л5 коренот), плантарна флексија на глуждот (С1 коренот);
* Одење на пети (Л5, делумно Л4 коренот) или на прсти (С1 коренот).
* Тетивни рефлекси:
* Пателарен (Л4 коренот);
* Ахилов (С1 коренот);
* Бабински (горен моторен неурон).
* Пациентите со симптоми на нозете се испитуваат за осет на допир на долната медијална страна на коленото (Л4 корен), медијалната (Л5 корен), дорзалната (Л5 корен) и латералната (С1 корен) страна на стапалото.
* Намалена мускулна сила на двете нозе (парапареза) или на повеќе тетивни рефлекси, како и позитивен Бабински сугерира потреба од консултација со невролог или неуврохирург. ***Парапарезата е индикација за итно упатување.***
* ***Кога се сомневаме на синдромот на кауда еквина (итно упатување*), *со допир на ректумот (тонус на свинктерот) и на перинеумот, се испитува осетливоста на пациентот***.

1. Други испитувања според анамнезата на пациентот:

* Кај пациенти со интермитентна клаудикација на возраст > 50 години, се прави палпација на артериите на долните екстремитети и доплер-стетоскопија.

**ПСИХОСОЦИЈАЛНИ РИЗИК-ФАКТОРИ**

* Психосоцијалните фактори може да го пролонгираат и искомпликуваат функционалниот капацитет и односот кон болката. На табела 1 дадени се факторите кои сугерираат ризик за хроницитет.

**Табела1. Фактори кои укажуваат на зголемен ризик за хроницитет кај лумбална болка**

|  |
| --- |
| Верување дека болката и физичката активност се штетни.  Несоодветно однесување ( пролонгиран одмор во легло)  Депресивно расположение, негативно однесување и социјално оттуѓување.  Барање многу и најразлични терапии.  Професија која бара поголем физички ангажман.  Проблеми на работното место и незадоволство на работа.  Премногу протективно семејство или пак недостаток на поддршка.  Поплаки, условување и барање на некаква компензација за да стане од легло. |

## КЛИНИЧКА ПРОЦЕНА НА ИТНОСТА

* Ретките, посериозни случаи со лумбална болка треба да се препознаат уште во раниот стадиум. Истотака, знаците на ишијадичен синдром треба рано да се препознаат.
* Врз база на клиничките испитувања и анамнезата може да се издвојат три категории на лумбални симптоми:

1. Сериозни (тумор, инфекција, фрактура, синдром на кауда еквина) или специфични заболувања (анкилозен спондилит, клинички симптоматична спондилолистеза)(табела 2).

2. Симптоми во нозете кои сугерираат дисфункција на нервните корени (ишијадичен синдром, интермитентна клаудикација).

3. Неспецифична лумбална болка: симптоми кои се јавуваат главно во половината и сугерираат сериозна болест или инволвирање на корените на нервите.

**Табела 2. Најчести сериозни или специфични причини на лумбална болка**

|  |  |
| --- | --- |
| Болест | Симптоми и знаци |
| Синдром на кауда еквина | Ретенција на урина, анална инконтиненција, перинеална анестезија (губиток на осет во вид на седло), симптоми на парализа на долни екстремитети |
| Руптура на аортна аневризма, акутна аортна дисекција | Нагла разцепувачка болка, возраст >50 гофини, нестабилна хемодинамика |
| Малигни тумори | Возраст > 50 години, анамнеза за карцином, инволутивен губиток на телесна тежина, рекурентни фебрилни епизоди, прогресивни симптоми, ноќна болка, времетраење на болката > 1 месец, парапареза |
| Бактериски спондилит | Претходна операција во лумбалната регија, инфекција на уринарен тракт и кожа, имуносупресија, кортикостероидна терапија, злоупотреба на интравенски лекови |
| Компресивна фрактура на ’рбетот | Возраст > 50 години, податок за паѓање, перорални стероидни лекови |
| Спондилолистеза | Адолесценти (8-15 години) |
| Спинална стеноза | Возраст > 50 години, неврогена клаудикација |
| Анкилозен спондилит | Возраст < 40 години при појава на симптомите, болка која не се намалува при одмор во легло, утринска вкочанетост, траење најмалку 3 месеци |

## СЕРИОЗНИ И СПЕЦИФИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА

* Знаци и фактори кои сугерираат сериозна болест (“црвено знаме”):
* Слабост, губиток на осетот или трнење на нозете;
* Неможност за уринирање или фекална инконтиненција;
* Лумбална болка која не се намалува со лежење;
* Лумбална болка придружена со температура;
* Лоша општа состојба или болка која се засилува;
* Лумбална болка придружена со стомачна болка;
* Анамнеза на малигна болест.
* Сомневање за сериозна болест бара процена во специјализирани оддели во рамките на првиот месец, најмногу. Кажи му на пациентот дека неговата состојба бара понатамошни иследувања со цел да се постави дијагноза, но избегнувај шпекулации за можноста за сериозна болест.
* Нормални рентгенграфски наоди не ја исклучуваат можноста за сериозна болест.

**ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА**

* Лабораториските испитувања не се потребни за пациентите со лумбална болка. Доколку има знаци за сериозна или специфична болест, потребно е да се одреди СР, ЦРП, хемоглобин, хематокрит, број на еритроцити и леукоцити, основна анализа на урината.

**ИМАГИНГ – ИСПИТУВАЊА**

* Рентгенграфија на лумбалниот рбет во стоечка позиција на пациентот е најосновното испитување пред другите имагинг техники (ннд-**Ц**).
* Доколку се потребни специјални испитувања за поставување на дијагнозата, МРИ е метода од прв избор.
* ЦТ може да се направи кога се планира итна хируршка интервенција, а притоа, МРИ не е можно да се направи или е контраиндицирана (пациент со пацемакер).

**НЕВРОФИЗИОЛОШКИ ИСПИТУВАЊА**

* ЕМГ може да користи во следниве ситуации:
* Оштетување на корените на нервите со неконзистентна клиничка слика;
* Пациент со радикуларни симптоми но имагинг-испитувањата не покажуваат хернија на интервертебралниот дискус.
* Кај хронични болни состојби индицирани се како дел од процената.
* Испитувањето понекогаш е корисно во прогнозата на болеста.

**ИШИЈАДИЧЕН СИНДРОМ**

* Најчестата причина за ишијадичен синдром е хернијација на интервертебрален дискус.
* Ако индикациите за итно испитување и хируршка интервенција (види подолу) не се исполнети, конзервативниот третман може да потрае до 6 седмици пред да се размислува за операција. Хроничниот синдром е предизвикан од спинална стеноза, односно, стеснување на лумбалниот спинален канал или на каналите на интервертебралните нерви.
* Одморот во легло не го забрзува опоравувањето на пациентот (ннд-**А**),и не треба да се препорачува на пациентите. Пациентите може да продолжат со секојдневните активности онолку колку што болката им дозволува, избегнувајќи ситуации кои провоцираат болка. При силна лумбална болка разбирливо е дека пациентот треба да лежи во таканаречена “псоас” позиција која ги намалува болките.
* Хируршката дисцектомија овозможува побрзо обезболување отколку конзервативниот третман, кај внимателно селектирани пациенти со ишијадичен синдром (ннд-**Б**).
* Активно и интензивно вежбање, 4-6 седмици после операцијата ја намалува болката, го подобрува функционалниот капацитет на пациентот и го забрзува враќањето на пациентот на неговото работно место без да ја зголеми честотата на реоперации (ннд-**Б**).

**ИНДИКАЦИИ ЗА ИТНИ ИСПИТУВАЊА И ИТНА ХИРУРШКА ИНТЕРВЕНЦИЈА**

* Синдром на кауда еквина:
* Намалена перинеална осетливост, ослабен тонус и контракции на аналниот сфинктер;
* Ретенција на урината, фекална инконтиненција.
* Нагла масивна пареза:
* Прогресивен губиток на силата на екстензорите и флексорите на глуждот или на задникот.
* Екстремна болка и принудна положба на телото (релативни индикации).

**АКУТНА ЛУМБАЛНА БОЛКА (траење < 6 седмици)**

* Терапијата на краткотрајната лумбална болка која траела покусо од 6 седмици треба да се базира на анамнестичките податоци и клиничкото испитување без да се прават лабораториски анализи или рентгенграфски испитувања, освен ако не се сомневате на некоја сериозна или специфична болест.
* На пациентот му се објаснува бенигната природа и тенденцијата кон добро, спонтано заздравување .
* Кусо боледување обично е доволно. Целта е пациентот што поскоро да се врати на работа.

**Избегнување на одмор во легло и продолжување на редовните активности**

* На пациентот му се советува да избегнува одмарање во легло (ннд-**А**). Кус период на лежење може да биде од корист кај силните лумбални болки но тоа не е третман на грбните проблеми.
* Пациентот е охрабруван да продолжи со регуларните дневни обврски колку што може побрзо. Доколку болката му дозволува, пациентот може лимитирано да го движи ’рбетот и обично нема потреба за рестрикција на лесна физичка работа.

**Аналгетици**

* Парацетамол е лек од избор, со аналгетски ефекти речиси како на . НСАИЛ
* Доколку парацетамол-от не обезболува доволно, може да се користат НСАИЛ. Нивната ефикасност кај лумбалната болка е докажана но не е многу голема (ннд-**А**). Најсигурен лек од НСАИЛ е ибупрофен.
* ЦОЏ-2 селективните НСАИЛне се индицирани како општи аналгетици.
* Додавање на слаби опијати на парацетамол-от е полезно, комбинацијата е поефикасна отколку трамадол како монотерапија (ннд-**Б**).

**Мускулни релаксанси**

* Мускулните релаксанси се поефикасни од плацебото, но не се поефикасни од НСАИЛ; комбинацијата не носи дополнителни ефекти (ннд-**А**).
* Мускулните релаксанси предизвикуваат поспаност и зашеметување кај една третина од пациентите.
* Ако НСАИЛ не се погодни или предизвикуваат споредни ефекти, може да се употребат мускулни релаксанси.

**Физичка активност, терапија со вежби и потпорни корсети**

* Лесни вежби како пешачење, се препорачуваат.
* Активна терапија со вежби не се препорачува во раните фази од активното заболување.
* Лумбалните потпори веројатно не се ефикасни во превенирање на појавата или на нејзино повторување (ннд-**Ц**).

**Манипулации**

* Манипулативната терапија е ефикасна кај лумбалната болка. Нејзината ефикасност е подеднаква со конвенционалната терапија препишана од лекарот по општа пракса или со аналгетиците и физичката вежба (ннд-**Б**).
* Мануелната терапија треба да ја спроведе едуцирана личност (лекар со соодветен тренинг за манипулации, ортопедски манипулативен терапевт, лиценциран хиропрактичар, остеопат).
* Манипулативната терапија може да се примени без претходни рентгенграфии, ако се смета дека пациентот нема контраиндикации, односно нема напредната остеопороза, тумор, инфекција, анкилозен спондилит, спинална стеноза, нестабилност, спондилолистеза, напредната остеоартроза, скорешна траума, крвавечка дијатеза.
* Лумбална тракција не е ефикасна во терапија на лумбалната болка (ннд-**А**).

**СУБАКУТНА ЛУМБАЛНА БОЛКА (траење 6-12 седмици)**

**Испитувања**

* Доколку болката е пролонгирана, со цел да се постави дијагноза, да се процени ефектот од терапијата и да се планира рехабилитацијата, потребни се дополнителни испитувања 6 седмици после појавата. Потребна е консултација со физијатар, ортопед, ревматолог, или неврохирург со цел да се дојде до правилна дијагноза (специјални испитувања), терапија, како и рехабилитација.
* Однесувањето на пациентот, неговата депресија и истоштеност треба да се проценат со разговор и со соодветни прашалници кои тој самиот ќе ги пополни.

**Третман и рехабилитација**

* Модалитетите на третманот имаат за цел да превенираат хронична болка и вклучуваат активна партиципација на пациентот за нормализирање на неговиот функционалниот капацитет.
* Внимателното клиничко испитување, процената на состојбата на пациентот и деталните инструкции го намалуваат бројот на денови на отсуство од работа кај акутната лумбална болка (ннд-**Ц**).
* Правилната оцена на работниот капацитет на пациентот исто така ја редуцира потребата од боледување. Пролонгираното боледување носи ризик за долготрајно намалување на работната способност.

**Терапија со лекови**

* Основниот пристап кон медикаментозната терапија е истиот како кај акутната болка.
* При пролонгирана употреба на аналгетици мора да се имаат предвид нивните несакани ефекти кај возрасните пациенти кои имаат исто така поголем ризик за перфорација или крвавење од пептички улцер како компликација на НСАИЛ. Ризикот од несакани кардиоваскуларни ефекти треба да се предвиди.
* Досега антидепресивите не се покажаа подобри од плацебото(ннд-**Ц**), треба да се користат само ако пациентот е депресивен.
* Бензодијазепините треба да се препишуваат со внимание, а антипсихотоците не се препорачуваат кај лумбалната болка.

**Други терапии**

* Површното загревање обезбедува краткотрајна редукција на болката кај пациентите со супакутна лумбална болка (ннд-**А**).
* Манипулативната терапија има сличен ефект со конвенционалната терапија препишана од општиот лекар (ннд-**Б**).

**ХРОНИЧНА ЛУМБАЛНА БОЛКА (траење > 12 седмици)**

* Во терапијата на хронична лумбална болка која трае > 3 месеци, важат истите упатства како кај супакутната фаза. Интензивната физичка активност е полезна како дел од мултидисциплинарен пристап. За да се поврати работниот капацитет на пациентот потребно е да се работи на тоа.

**Терапија со лекови**

* Аналгетиците се користат повремено во зависност од интензитетот на болката.
* Парацетамол-от, НСАИЛ, или комбинација на НСАИЛ и благи опиоиди може да се користат како аналгетици (ннд-**А**).
* Треба да се внимава на несаканите ефекти на НСАИЛ.
* Антидепресивите може да ја намалат болката, но не влијаат на функционалниот капацитет
* (ннд-**Ц**). Доказите се добиени во клиничките испитувања со трициклични антидепресиви.
* Невропатската ишијадична болка може да се намали со габапентин и топирамате.

**Други терапии**

* Ефектот од манипулативната терапија кај хроничната лумбална болка е сличен на оној од конвенционалната терапија која е препишана од лекарот по општа пракса, како и на ефектот од аналгетиците, физикалната терапија и вежбите (ннд-**Б**).
* Лумбалната тракција како единствена интервенција не е ефикасна кај хроничната лумбална болка (ннд-**А**).
* Транскутаната електрична нервна стимулација не е поефикасна од плацебото (ннд-**Ц**).
* Акупунктура како самостојна метода или придружена со други третмани може да ја намали хроничната лумбална болка и да ја подобри функцијата за кус временски период (ннд-**Ц**).
* Ласерската терапија нема ефект во третманот на хроничната лумбална болка (нн-**Д**).
* Кај тешките форми, пациентот може да се упати во клиника специјализирана за болка за понатамошен третман и процена.

**Вежби и физичка активност**

* Има докази дека вежбањето и физичката активност благо влијаат на намалувањето на болката и подобрувањето на функцијата кај возрасните со хронична лумбална болка (ннд-**Б)**. Но тие не придонеле во намалување на боледувањата помеѓу пациентите.

**Рехабилитација со цел да се подобри функционалниот капацитет**

* Долготраен и доволно интензивен тренинг со отпор (вежби со тежина) како и вежбањето ја подобруваат општата состојба, ја намалуваат хроничната болка и ја подобруваат функцијата (ннд-**Б**).
* Мултидисциплинарната био-психо-социјална рехабилитација го подобрува функционалниот капацитет, работоспособноста и квалитетот на животот и исто така ја намалува хроничната болка кај пациентите (ннд-**А**).
* Масажата комбинирана со тераписки вежби може да ја намали болката (ннд-**Ц**).
* Базирано на искуството од праксата, рехабилитацијата спроведена во специјализирани рехабилитациски центри се покажала поефикасна од онаа спроведена во амбулантски услови, но ефектите траат само во период од една година. Изборот на видот на рехабилитација нема ефект врз враќањето на работното место. Секогаш треба да се претпочита амбулантската рехабилитација. Болничката рехабилитација може да биде добро решение за слабо населените места.

**Мерки превземени на работното место**

* Подобрувањето на работоспособноста на пациентот бара превземање мерки на самото работно место**[[136]](#footnote-136)**.
* На пациентите треба да им се овозможи помало физичко оптоварување и место за вежбање така што ќе се подобри состојбата на грбните мускули (ннд-**Б**) со цел тие да се вклопат во работниот процес**[[137]](#footnote-137)**.
* Позитивниот став**[[138]](#footnote-138)** кон луѓето со нарушен капацитет од страна на претпоставените и соработниците влијае врз очувување на работната способност на пациентите.

**ЕДУКАЦИЈА НА ПАЦИЕНТИТЕ**

* Самото давање на правилни информации на пациентот може да ја намали болката и да промовира враќање на работа (ннд-**Ц**). На табелата е дадена листа на препорачани информации за пациентите.
* Треба да му се објасни на пациентот за рекурентниот карактер на лумбалната болка и да не му се ветува дека било кога сосема ќе се ослободи од симптомите. Лумбалната болка често се повторува но интензитетот на болката е послаб.
* Во информациите за пациентот треба да се спомене потребата од вежбање, контрола на телесната тежина, диета и престанок на пушењето за да се постигне добра контрола на лумбалната болка.

**Табела 3. Препорачана едукација за пациентите (адаптирано од Њадделл ет ал, 1996**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид на лумбална болка** | **Информации за пациентите** |
| Обична, неспецифична  болка–прати позитивна порака. | Нема причина за грижи.  Нема знаци за сериозна траума или заболување.  Ќе се опоравите во тек на неколку дена или седмици. Кај некои пациенти симптомите може да траат подолго време.  Нема да има трајно оштетување. Повторување на симптомите е можно, но дури и во тој случај зазрдравувањето е добро.  Физичката активност е ефикасна во намалување на болките. Премногу одмор штети. Благата болка не значи оштетување. |
| Ишијадична болка–постојано праќај позитивна порака. | Нема причина за страв. Кај најголем број од случаите, конзервативната терапија е успешна, меѓутоа до опоравување доаѓа после 1-2 месеци. Може да се очекува целосно опоравување. Кај некои пациенти симптомите може да се оддолжат. Чести се повторувања на симптомите. |
| Возможна е сериозна болест– ***воздржи се од порака со лоша содржина***. | Потребни се понатамошни испитувања за да се постави дијагнозата.  Поголеми физички активности и вежби да се избегнуваат додека не се комплетираат испитувањата. |

**Упатството е базирано на Финнисх Цуррент Царе Гуиделине 2008**

**ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ**

**Кохранови прегледи**

***Физикална терапија и вежби***

* Програмите за вежби после третманот го спречуваат повторното појавување на лумбалната болка, но контрадикторни се податоците кои говорат за вежбите како дел од третманот за време на епизидата на лумбалната болка (ннд-**Б**).
* Програмите за физичката кондиција ги редуцираат боледувањата кај работниците со супакутна и хронична лумбална болка во споредба со вообичаената грижа-податоците се инсуфициентни (ннд-**Д**).
* Пролотерапијата**[[139]](#footnote-139)** може да не биде ефикасен третман за хроничната лумбална болка ако се користи како монотерапија. Кога се комбинира со спиналната манипулација, вежбите и другите интервенции, пролотерапијата може да ја подобри хроничната лумбална болка и онеспособеноста (ннд-**Ц**).
* Влошките може да не ја превенираат лумбалната болка. Недоволни се податоците кои укажуваат дека влошките ја намалуваат лумбалната болка или во спротивно ја префрлуваат болката во долните екстремитети (ннд-**Ц**).
* Стимулацијата на ’рбетниот мозок**[[140]](#footnote-140)**може да доведе до извесен ефект кај хроничната болка која е поврзана со синдромот на неуспешниот оперативен третман или со комплексниот регинален болен синдром тип И (ннд-**Ц**).
* Инјекционата терапија веројатно не е ефикасна кај супакутната или хроничната бенигна лумбална болка (ннд-**Ц**).

***Хируршка терапија***

* Податокот за хируршкото интервенирање во правец на спинална декомпресија, декомпресија на нервен корен и спојување на соседните пршлени при зафатот кај дегенеративната лумбална спондилоза е ограничен и конфликтен (ннд-**Д**).
* Недоволен е податокот кој ја подржува употребата на инјекциона терапија кај супакутната и хроничната лумбална болка. Меѓутоа, не може да се исклучат супгрупите од пациентите кои може да одговорат на специфичниот тип на инјекциона терапија (ннд-**Д**).
* Радиофрекфентната**[[141]](#footnote-141)** денервација нуди краткорочно ослободување од хроничната вратна болка со потекло од зигопопфисеалниот зглоб, како и од хроничната цервикобрахијална болка (ннд-**Б**).
* Менаџерирањето на интервентните техники за болката, перкутаната адхезиолиза и спиналната ендоскопија може да бидат ефикасни иинтервенции во третирањето на лумбалната болка и болката во долните екстремитети, кои настанале заради епидуралните адхезии (ннд-**Ц**).

***Фармаколошка терапија***

* Харпагопхѕтум процумбенс**[[142]](#footnote-142)**и Салиџ алба**[[143]](#footnote-143)** ја редуцираат болката повеќе одколку плацебото кај неспецифичната лумбална болка (ннд-**Б**).

***Едукација на пациентот***

* Оперант[[144]](#footnote-144) терапијата е поефикасна одколку листата на чекање, бихејвиоралната терапија е поефикасна одколку вообичаената грижа на болните при краткорочното ослободување од хроничната лумбална болка (ннд-**Б**).
* Обучувањето на работниците за правилно ракување со различни технологии или снабдувањето на работниците со различни помошни сретства не се покажаа ефикасни во превенирањето на лумбалната болка (ннд-**Б**).
* Едукација на пациентите за лумбална болка (Бацк-училиштата) **[[145]](#footnote-145)**се покажаа ефикасни за оние пациенти со рекурентна и хронична лумбална болка на професионален план (ннд-**Б**).

***Останато***

* Повеќе тестови кои се употребуваат за идентификација на лумбалната дискус хернијација може да имаат слаби дијагностички перформанси ако се користат како изолирани тестови (ннд-**Ц**).

**Други информативни прегледи**

* Програмите**[[146]](#footnote-146)** кои имаат за цел превенција од повреда на грбот на работното место (особено бацк-училиштата и програмите за тренинг со вежби) може да бидат корисни (ннд-**Ц**).
* Сљуат лифтинг техниката можеби нема предност (ннд-**Ц**).
* Спа-терапијата**[[147]](#footnote-147)** и балнеотерапијата**[[148]](#footnote-148)** може да се ефикасни за третирање пациенти со лумбална болка (ннд-**Ц**).
* Менаџерирањето на интервентните техники за болка, перкутаната адхезиолиза и спиналната ендоскопија може да се ефикасни интервенции во третирањето на лумбалната болка и болката во долните екстремитети која настанала заради епидуралните адхезии (ннд-**Ц**).
* Епидуралното инјектирање на стероиди можеби има лимитиран краткоточен ефект кај радикуларната лумбална болка (ннд-**Ц**).
* Групната едукација веројатно не е ефикасна за пациентите со лумбална болка (нн-**Д**).

**РЕФЕРЕНЦИ**

1. Рубин ДИ. Епидемиологѕ анд риск фацторс фор спине паин. Неурол Цлин 2007;25(2):353-71
2. Крисмер М, ван Тулдер М; Тхе Лоњ Бацк Паин Гроуп оф тхе Боне Хеалтх Стратегиес фор Еуропе Пројецт. Стратегиес фор превентион анд манагемент оф мусцулосцелетал цондитионс. Лоњ бацк паин 9нон-специфиц) Бест Працт Рес Рес Цлин Рхеуматол 2007;21(1):77-91
3. Деѕо РА, Раинвилле Ј, Кент ДЛ. Њхат цан тхе хисторѕ анд пхѕсицал еџаминатион телл ус абоут лоњ бацк паин? ЈАМА 1992 Ауг 12;268(6):760-5. [**«PMID: 1386391»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1386391)
4. ван ден Хооген ХМ, Коес БЊ, ван Еијк ЈТ, Боутер ЛМ. Он тхе аццурацѕ оф хисторѕ, пхѕсицал еџаминатион, анд ерѕтхроцѕте седиментатион рате ин диагносинг лоњ бацк паин ин генерал працтице. А цритериа-басед ревиењ оф тхе литературе. Спине 1995 Феб 1;20(3):318-27. [**«PMID: 7732468»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7732468)
5. Њебер Х. Лумбар дисц херниатион. А цонтроллед, проспецтиве студѕ њитх тен ѕеарс оф обсерватион. Спине 1983 Мар;8(2):131-40. [**«PMID: 6857385»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6857385)
6. Андерссон ГБ, Свенссон ХО, Одéн А. Тхе интенситѕ оф њорк рецоверѕ ин лоњ бацк паин. Спине 1983 Нов-Дец;8(8):880-4. [**«PMID: 6230742»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6230742)
7. Нацхемсон А. Њорк фор алл. Фор тхосе њитх лоњ бацк паин ас њелл. Цлин Ортхоп Релат Рес 1983 Оцт;(179):77-85. [**«PMID: 6225599»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6225599)
8. Јенсен МЦ, Брант-Зањадзки МН, Обуцхоњски Н, Модиц МТ, Малкасиан Д, Росс ЈС. Магнетиц ресонанце имагинг оф тхе лумбар спине ин пеопле њитхоут бацк паин. Н Енгл Ј Мед 1994 Јул 14;331(2):69-73. [**«PMID: 8208267»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8208267)
9. Њиесел СЊ, Тсоурмас Н, Феффер ХЛ, ѕм. Њиесел СЊ, Тсоурмас Н, Феффер ХЛ, Цитрин ЦМ, Патронас Н. А студѕ оф цомпутер-ассистед томограпхѕ. И. Тхе инциденце оф поситиве ЦАТ сцанс ин ан асѕмптоматиц гроуп оф патиентс. Спине 1984 Сеп;9(6):549-51. [**«PMID: 6495024»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6495024)
10. Боден СД, Давис ДО, Дина ТС, Патронас НЈ, Њиесел СЊ. Абнормал магнетиц-ресонанце сцанс оф тхе лумбар спине ин асѕмптоматиц субјецтс. А проспецтиве инвестигатион. Ј Боне Јоинт Сург Ам 1990 Мар;72(3):403-8. [**«PMID: 2312537»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2312537)
11. Костуик ЈП, Харрингтон И, Алеџандер Д, ѕм. Костуик ЈП, Харрингтон И, Алеџандер Д, Ранд Њ, Еванс Д. Цауда ељуина сѕндроме анд лумбар дисц херниатион. Ј Боне Јоинт Сург Ам 1986 Мар;68(3):386-91. [**«PMID: 2936744»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2936744)
12. Вроомен ПЦ, де Кром МЦ, Њилминк ЈТ, Кестер АД, Кноттнерус ЈА. Лацк оф еффецтивенесс оф бед рест фор сциатица. Н Енгл Ј Мед 1999 Феб 11;340(6):418-23. [**«PMID: 9971865»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9971865)
13. Лапорте ЈР, Царнé Џ, Видал Џ, Морено В, Јуан Ј. Уппер гастроинтестинал блеединг ин релатион то превиоус усе оф аналгесицс анд нон-стероидал анти-инфламматорѕ другс. Цаталан Цоунтриес Студѕ он Уппер Гастроинтестинал Блеединг. Ланцет 1991 Јан 12;337(8733):85-9. [**«PMID: 1670734»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1670734)
14. ван Тулдер М, Малмиваара А, Есмаил Р, Коес Б. Еџерцисе тхерапѕ фор лоњ бацк паин: а сѕстематиц ревиењ њитхин тхе фрамењорк оф тхе цоцхране цоллаборатион бацк ревиењ гроуп. Спине 2000 Нов 1;25(21):2784-96. [**«PMID: 11064524»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11064524)
15. Броџ ЈИ, Хаген КБ, Јуел НГ, Сторхеим К. ШИс еџерцисе тхерапѕ анд манипулатион еффецтиве ин лоњ бацк паин?Ќ Тидсскр Нор Лаегефорен 1999 Маѕ 30;119(14):2042-50. [**«PMID: 10394281»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10394281)
16. Коес БЊ, Ассенделфт ЊЈ, ван дер Хеијден ГЈ, Боутер ЛМ. Спинал манипулатион фор лоњ бацк паин. Ан упдатед сѕстематиц ревиењ оф рандомизед цлиницал триалс. Спине 1996 Дец 15;21(24):2860-71; дисцуссион 2872-3. [**«PMID: 9112710»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9112710)
17. Коес БЊ, ван Тулдер МЊ, Пеул ЊЦ. Диагносис анд треатмент оф сциатица. БМЈ 2007 Јун 23;334(7607):1313-7. [**«PMID: 17585160»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17585160)
18. Девиллé ЊЛ, ван дер Њиндт ДА, Дзаферагиц А, Беземер ПД, Боутер ЛМ. Тхе тест оф Ласèгуе: сѕстематиц ревиењ оф тхе аццурацѕ ин диагносинг херниатед дисцс. Спине 2000 Маѕ 1;25(9):1140-7. [**«PMID: 10788860»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10788860)
19. Малмиваара А, Слäтис П, Хелиöваара М, Саинио П, Киннунен Х, Канкаре Ј, Далин-Хирвонен Н, Сеитсало С, Херно А, Кортекангас П, Ниинимäки Т, Рöнтѕ Х, Таллротх К, Турунен В, Кнект П, Хäркäнен Т, Хурри Х, Финнисх Лумбар Спинал Ресеарцх Гроуп. Сургицал ор ноноперативе треатмент фор лумбар спинал стеносис? А рандомизед цонтроллед триал. Спине 2007 Јан 1;32(1):1-8. [**«PMID: 17202885»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17202885)
20. Цхоу Р, Фу Р, Царрино ЈА, Деѕо РА. Имагинг стратегиес фор лоњ-бацк паин: сѕстематиц ревиењ анд мета-аналѕсис. Ланцет 2009 Феб 7;373(9662):463-72. [**«PMID: 19200918»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19200918)
21. Лоњ бацк паин – Еарлѕ манагемент оф персистент нон-специфиц лоњ бацк паин. НИЦЕ Цлиницал Гуиделине 88, 2009 [**«http://www.nice.org.uk/CG88»1**](http://www.nice.org.uk/CG88)
22. Нењ Зеаланд ацуте лоњ бацк паин гуиде. Нењ Зеаланд Гуиделинес Гроуп 2004. Пдф доцумент
23. Цхои БК, Вербеек ЈХ, Там ЊЊ, Јианг ЈЅ. Еџерцисес фор превентион оф рецурренцес оф лоњ-бацк паин. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев 2010;(1):ЦД006555.
24. Сцхаафсма Ф, Сцхонстеин Е, Њхелан КМ, Улвестад Е, Кеннѕ ДТ, Вербеек ЈХ. Пхѕсицал цондитионинг програмс фор импровинг њорк оутцомес ин њоркерс њитх бацк паин. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев 2010;(1):ЦД001822. [«PMID: 20091523»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091523)
25. Дагенаис С, Ѕелланд МЈ, Дел Мар Ц, Сцхоене МЛ. Пролотхерапѕ инјецтионс фор цхрониц лоњ-бацк паин. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев 2007;(2):ЦД004059 ШРевиењ цонтент ассессед ас уп-то-дате: 28 Јулѕ 2009Ќ. [«PMID: 17443537»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443537)
26. Сахар Т, Цохен МЈ, Не'еман В, Кандел Л, Одебиѕи ДО, Лев И, Брезис М, Лахад А. Инсолес фор превентион анд треатмент оф бацк паин. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев 2007 Оцт 17;(4):ЦД005275 ШЛаст ассессед ас уп-то-дате: 26 Оцтобер 2008Ќ. [«PMID: 17943845»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943845)
27. Маилис-Гагнон А, Фурлан АД, Сандовал ЈА, Таѕлор Р. Спинал цорд стимулатион фор цхрониц паин. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев 2004;(3):ЦД003783. [«PMID: 15266501»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15266501)
28. Нелеманс ПЈ, де Бие РА, де Вет ХЦЊ, Стурманс Ф. Инјецтион тхерапѕ фор субацуте анд цхрониц бенигн лоњ-бацк паин. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев. 2000;(2):ЦД001824 Шњитхдрањн фром тхе Цоцхране ЛибрарѕЌ.
29. Царетте С, Лецлаире Р, Марцоуџ С, Морин Ф, Блаисе ГА, Ст-Пиерре А, Труцхон Р, Парент Ф, Левéсљуе Ј, Бергерон В, Монтминѕ П, Бланцхетте Ц. Епидурал цортицостероид инјецтионс фор сциатица дуе то херниатед нуцлеус пулпосус. Н Енгл Ј Мед 1997 Јун 5;336(23):1634-40. [**«PMID: 9171065»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9171065)
30. Гибсон ЈНА, Њадделл Г. Сургерѕ фор дегенеративе лумбар спондѕлосис. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев. 2005;(4):ЦД001352.
31. Ниемистö Л, Калсо Е, Малмиваара А, Сеитсало С, Хурри Х. Радиофрељуенцѕ денерватион фор нецк анд бацк паин. А сѕстематиц ревиењ оф рандомизед цонтроллед триалс. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев 2003;(1):ЦД004058. [«PMID: 12535508»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535508)
32. Тресцот АМ, Цхопра П, Абди С, Датта С, Сцхултз ДМ. Сѕстематиц ревиењ оф еффецтивенесс анд цомплицатионс оф адхесиолѕсис ин тхе манагемент оф цхрониц спинал паин: ан упдате. Паин Пхѕсициан 2007 Јан;10(1):129-46. [«PMID: 17256027»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17256027)[«DARE-12007000804»ДАРЕ](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12007000804)
33. Гагниер ЈЈ, ван Тулдер М, Берман Б, Бомбардиер Ц. Хербал медицине фор лоњ бацк паин. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев 2006 Апр 19;(2):ЦД004504. [«PMID: 16625605»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16625605)
34. Хенсцхке Н, Остело РЊ, ван Тулдер МЊ, Влаеѕен ЈЊ, Морлеѕ С, Ассенделфт ЊЈ, Маин ЦЈ. Бехавиоурал треатмент фор цхрониц лоњ-бацк паин. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев 2010;(7):ЦД002014. [«PMID: 20614428»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614428)
35. Мартимо КП, Вербеек Ј, Карппинен Ј, Фурлан АД, Куијер ПП, Виикари-Јунтура Е, Такала ЕП, Јаухиаинен М. Мануал материал хандлинг адвице анд ассистиве девицес фор превентинг анд треатинг бацк паин ин њоркерс. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев 2007 Јул 18;(3):ЦД005958. [«PMID: 17636814»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636814)
36. Хеѕманс МЊ, ван Тулдер МЊ, Есмаил Р, Бомбардиер Ц, Коес БЊ. Бацк сцхоолс фор нон-специфиц лоњ-бацк паин. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев 2004 Оцт 18;(4):ЦД000261. [«PMID: 15494995»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15494995)
37. ван дер Њиндт ДА, Симонс Е, Рипхаген ИИ, Аммендолиа Ц, Верхаген АП, Ласлетт М, Девиллé Њ, Деѕо РА, Боутер ЛМ, де Вет ХЦ, Аертгеертс Б. Пхѕсицал еџаминатион фор лумбар радицулопатхѕ дуе то дисц херниатион ин патиентс њитх лоњ-бацк паин. Цоцхране Датабасе Сѕст Рев 2010;(2):ЦД007431. [«PMID: 20166095»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20166095)
38. Карас БЕ, Цонрад КМ. Бацк инјурѕ превентион интервентионс ин тхе њоркплаце: ан интегративе ревиењ. ААОХН Ј 1996 Апр;44(4):189-96. [**«PMID: 8788407»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8788407)[**«DARE-11996005288»ДАРЕ**](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=11996005288)
39. ван Поппел МН, Коес БЊ, Смид Т, Боутер ЛМ. А сѕстематиц ревиењ оф цонтроллед цлиницал триалс он тхе превентион оф бацк паин ин индустрѕ. Оццуп Енвирон Мед 1997 Дец;54(12):841-7. [**«PMID: 9470890»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9470890)[**«DARE-11998000183»ДАРЕ**](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=11998000183)
40. ван Диеëн ЈХ, Хооземанс МЈ, Тоуссаинт ХМ. Стооп ор сљуат: а ревиењ оф биомецханицал студиес он лифтинг тецхниљуе. Цлин Биомецх (Бристол, Авон) 1999 Дец;14(10):685-96. [«PMID: 10545622»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10545622)[«DARE-11999002295»ДАРЕ](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=11999002295)
41. Питтлер МХ, Карагüлле МЗ, Карагüлле М, Ернст Е. Спа тхерапѕ анд балнеотхерапѕ фор треатинг лоњ бацк паин: мета-аналѕсис оф рандомизед триалс. Рхеуматологѕ (Оџфорд) 2006 Јул;45(7):880-4. [«PMID: 16449365»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449365)
42. Тресцот АМ, Цхопра П, Абди С, Датта С, Сцхултз ДМ. Сѕстематиц ревиењ оф еффецтивенесс анд цомплицатионс оф адхесиолѕсис ин тхе манагемент оф цхрониц спинал паин: ан упдате. Паин Пхѕсициан 2007 Јан;10(1):129-46. [«PMID: 17256027»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17256027)[«DARE-12007000804»ДАРЕ](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12007000804)
43. Коес БЊ, Сцхолтен РЈ, Менс ЈМ, Боутер ЛМ. Еффицацѕ оф епидурал стероид инјецтионс фор лоњ-бацк паин анд сциатица: а сѕстематиц ревиењ оф рандомизед цлиницал триалс. Паин 1995 Дец;63(3):279-88. [**«PMID: 8719528»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8719528)[**«DARE-11996000195»ДАРЕ**](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=11996000195)
44. Њаттс РЊ, Силагѕ ЦА. А мета-аналѕсис он тхе еффицацѕ оф епидурал цортицостероидс ин тхе треатмент оф сциатица. Анаестх Интенсиве Царе 1995 Оцт;23(5):564-9. [**«PMID: 8787255»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8787255)[**«DARE-11995002898»ДАРЕ**](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=11995002898)
45. Розенберг С, Дубоург Г, Кхалифа П, Паолоззи Л, Махеу Е, Равауд П. Еффицацѕ оф епидурал стероидс ин лоњ бацк паин анд сциатица. А цритицал аппраисал бѕ а Френцх Таск Форце оф рандомизед триалс. Цритицал Аналѕсис Гроуп оф тхе Френцх Социетѕ фор Рхеуматологѕ. Рев Рхум Енгл Ед 1999 Феб;66(2):79-85. [**«PMID: 10084166»ПубМед**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10084166)[**«DARE-11999003736»ДАРЕ**](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=11999003736)
46. Цохен ЈЕ, Гоел В, Франк ЈЊ, Бомбардиер Ц, Пелосо П, Гуиллемин Ф. Гроуп едуцатион интервентионс фор пеопле њитх лоњ бацк паин. Ан овервиењ оф тхе литературе. Спине 1994 Јун 1;19(11):1214-22. [«PMID: 8073312»ПубМед](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8073312)[«DARE-11994000282»ДАРЕ](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=11994000282)
47. Аутхорс: Антти Малмиваара анд Сеппо Сеитсало Артицле ИД: ебм00435(020.030 ©2012Дуодецим Медицал Публицатионс ЛТД

# ЕБМ Гуиделинес, 24.11.2010, њњњ.ебм-гуиделинес.цом

# Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.

Предвидено следно ажурирање до ноември 2015г.

1. **Ograni~eno dostapno**: vo R Makedonija na nivo na PZZ ne mo`e da se odredi – ne e naveden na obrazecot LU1. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Ograni~eno dostapno:**RF nese odreduva na nivo na PZZ- ne se naoga na obrazecot LU1. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Ograni~eno dostapno**: HLA B27 se odreduva samo na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-3)
4. **Ograni~eno dostapno**: vo R Makedonija na nivo na PZZ ne mo`e da se odredi – ne e naveden na obrazecot LU1. [↑](#footnote-ref-4)
5. **Ograni~eno dospatno:** detekcija na kristali vo R Makedonija e dostapna isklu~ivo na JZU Klinika za revmatologija, nedovolno educiran kadar i nemawe na polarizacionen mikroskop vo PZZ i SZZ. [↑](#footnote-ref-5)
6. **Ograni~eno dostapnovo R. Makedonija:** punkcija na zglob e dostapna samo na sekundarno i tercijalno nivo- lekarite od PZZ ne znaat da napravat artrocenteza so cel da dobijat zglobna te~nost za analiza**.** [↑](#footnote-ref-6)
7. **Nedostapno na nivo na PZZ**: ne e na LU1 obrazecot. [↑](#footnote-ref-7)
8. **Ograni~eno dostapno vo R. Makedonija:** Vo PZZ nema educiran kadar za analiza na zglobnata te~nost. Polarizacionen mikroskop za identifikacija na kristalie dostapen samo na JZU Klinika za revmatologija.молпклојмВаколкклВако поларизационен микроском нема ми на ОД [↑](#footnote-ref-8)
9. **Ograni~eno dostapnoвоРМакедонија**: RF ne se nao|a na LU1, zna~i ne mo`e da se odredi vo PZZ. [↑](#footnote-ref-9)
10. **Ograni~enodostapno za R Makedonija:** Na primarno i na sekundarno nivo nema tehni~ka mo`nost za detekcija na antitela ili za PCR analiza. [↑](#footnote-ref-10)
11. **Ograni~eno dostapno:** ne e mo`no vo PZZ zaradi nedovolna edukacija na lekarite. [↑](#footnote-ref-11)
12. **Ograni~eno dostapno:** postapkata e mo`na samo na JZU Klinika za revmatologija; nedostatok na educiran kadar i aparatura- polarizacionen mikroskop. [↑](#footnote-ref-12)
13. [↑](#footnote-ref-13)
14. **Ograni~eno dostapno**: HLA B 27 se odreduva samo na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-14)
15. **Ograni~eno dostapno:** ANA se odreduva samo na tercijalno nivo**.** [↑](#footnote-ref-15)
16. **Ograni~eno dostapno:** RF se odreduva na sekundarno i tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-16)
17. **Ograni~eno dostapni:** eden lek od grupata **na** TNF-α antagonisti (infliximab) e registriran vo R. Makedonija no ne e na pozitivna lista. [↑](#footnote-ref-17)
18. **Nedostapno vo R. Makedonija**: interleukin-1receptor antagonist ne e registriran vo R.Makedonija. [↑](#footnote-ref-18)
19. **Ograni~eno dostapno:** vakvi iskusni specijalisti ima na tercijalno nivo. Potrebna e edukacija na nivo na sekundarna zdravstvena za{tita. [↑](#footnote-ref-19)
20. Angliskiot termin e disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) [↑](#footnote-ref-20)
21. **Ograni~eno dostapen**: lekot e registriran no ne e na pozitivna lista. [↑](#footnote-ref-21)
22. **Ограниченодостапно**: antitela kon citrulinirani peptidiсеодредуваатсамонатерцијалнониво, единственонаклиникатазаревматологија. [↑](#footnote-ref-22)
23. **Ograni~eno dostapni**: lek od ovaa grupa e registriran no ne e na pozitivna lista. [↑](#footnote-ref-23)
24. **Nedostapen**: lekot ne e registriran. [↑](#footnote-ref-24)
25. **Nedostapen**: lekot ne e registriran. [↑](#footnote-ref-25)
26. **Nedostapen**: lekot ne e registriran. [↑](#footnote-ref-26)
27. **Nedostapen**: lekot ne e registriran. [↑](#footnote-ref-27)
28. **Ograni~eno dostapen**: lekot e registriran no nema indikacija za revmatoiden artritis. [↑](#footnote-ref-28)
29. **Ograni~eno dostapen**: lekot e registriran no ne e na pozitivna lista. [↑](#footnote-ref-29)
30. **Nedostapen**: lekot ne e registriran. [↑](#footnote-ref-30)
31. **Nedostapen**: lekot ne e registriran. [↑](#footnote-ref-31)
32. **Nedostapen**: lekot ne e registriran. [↑](#footnote-ref-32)
33. *Ne sekoga{* ozna~uva deka lekot mo`e da se zeme predvid ako e potrebno obezbeduvawe na sigurnosta na bremenosta ili ako ve}e lekot bil upotrebuvan za vreme na bremenosta [↑](#footnote-ref-33)
34. **Ograni~eno dostapen**: lekot ne e na pozitivna lista. [↑](#footnote-ref-34)
35. **Ograni~eno dostapen**: lekot ne e na pozitivna lista. [↑](#footnote-ref-35)
36. **Nedostapen**: lekot ne e registriran. [↑](#footnote-ref-36)
37. **Ograni~eno dostapno**: mo`e da se odredi samo na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-37)
38. **Ograni~eno dostapno**: ovaa lab.analiza ne mo`e da se odredi vo PZZ, ne se naoga na LU1 obrazecot. [↑](#footnote-ref-38)
39. **Ograni~eno dostapno**: biopsija na crn drob vo R.Makedonija, se pravi samo na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-39)
40. **Ograni~eno dostapno:** vo PZZ ne mo`e da se odreduva bidej}i ne se naoga na obrazec LU1. [↑](#footnote-ref-40)
41. **Ograni~eno dostapno:** vo PZZ ne mo`e da se odreduva bidej}i ne se naoga na obrazec LU1.**нннннн** [↑](#footnote-ref-41)
42. **Ograni~eno dostapno:** vo PZZ ne mo`e da se odreduva bidej}i ne se naoga na obrazec LU1. [↑](#footnote-ref-42)
43. **Ograni~eno dostapno**:kortizol se odreduva na nivo na sekundarna i tercijalna zdravstvena za{tita. [↑](#footnote-ref-43)
44. **Ograni~eno dostapno**:ACTH test se sproveduva na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-44)
45. **Ograni~eno dostapno**: bisfosfonatite se izdavaat po preporaka na specijalist. [↑](#footnote-ref-45)
46. **Ograni~eno dostapno**:DXA procena na koskenata gustina vo R Makedonija e vozmo`na samo vo sekundarno i tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-46)
47. **Nedostapno**: lekot ne e registriran vo R.Makedonija. [↑](#footnote-ref-47)
48. **Nedostapno vo R Makedonija**: lekarite od PZZ ne se educirani za kvantitativna procena na aktivnosta na revmatoidniot artritis so odreduvawe na artikularniot indeks – DAS 28. [↑](#footnote-ref-48)
49. **Ograni~eno dostapno**: lekarite od PZZ ne se educirani za intraartikularni injekcii. [↑](#footnote-ref-49)
50. **Nedostapno**: metadata ne se raboti vo R.Makedonija. [↑](#footnote-ref-50)
51. **Ograni~eno dostapno:** lekot ne e na pozitivna lista. [↑](#footnote-ref-51)
52. **Ograni~eno dostapno:**ne mo`e na nivo na PZZ zo{to ne e na obrazecot LU1. [↑](#footnote-ref-52)
53. **Ograni~eno dostapno:** MRI nema niz celata teritorija na R.Makedonija. [↑](#footnote-ref-53)
54. **Ograni~eno dostapno:** HLA-B27 se odreduva samo na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-54)
55. **Ograni~eno dostapno:** Lekarite vo PZZ nemaat pravo da iniciraatsulphasalazinebez potpis od specijalist. [↑](#footnote-ref-55)
56. **Ograni~eno dostapno:** TNF-α antagonisti se registrirani no ne se na pozitivna lista i se mnogu skapi. [↑](#footnote-ref-56)
57. **Ograni~eno dostapno:** nedostasuva edukacija na nivo na PZZ i SZZ. [↑](#footnote-ref-57)
58. **Ograni~eno dostapno**:HLA-B27 se odreduva samo na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-58)
59. **Ograni~eno dostapno**: PCR-metoda se raboti samo vo MANU i na fakultetot za farmacija. [↑](#footnote-ref-59)
60. **Ograni~eno dostapno:** ne mo`e da se odredi na nivo na PZZ – ne se naoga na LU1 obrazecot. [↑](#footnote-ref-60)
61. **Ograni~eno dostapno:** Vo R.Makedonija detekcija na kristali vo zglobna te~nost se pravi samo na JZU Klinika za revmatologija: lekarite vo PZZ I SZZ nemaat ve{tina za punkcija na zglob i ne se educirani za odreduvawe na kristali; istotaka nema polarizacionen mikroskop ni na primarno ni na sekundarno nivo. [↑](#footnote-ref-61)
62. **Ograni~eno dostapno:** ne se odresuva na nivo na PZZ zo{to ne e naveden na obrazecot LU1. [↑](#footnote-ref-62)
63. **Nedostapno**: solite na zlato ne se registrirani vo R.Makedonija. [↑](#footnote-ref-63)
64. **Ograni~eno dostapno:** lekari od PZZ ne se educitani za intraartikularni injekcii. [↑](#footnote-ref-64)
65. **Ograni~eno dostapni:** TNF-modulatori se registrirani no ne se na pozitivna lista vo R.Makedonija. [↑](#footnote-ref-65)
66. **Ograni~eno dostapno**: vo R. Makedonija, imunofluorescencijata e dostapna metoda samo na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-66)
67. **Ograni~eno dostapno**: vo R. Makedonija anti-DNA-antitela se odreduvaat samo na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-67)
68. **Ograni~eno dostapno**: vo R. Makedonija poliklonalna hipergamaglobulinemija se odreduva na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-68)
69. **Ograni~eno dostapno**: vo R. Makedonija komplementot se odreduvaat na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-69)
70. **Ograni~eno dostapno**: vo R. Makedonija anti-fosfolipidni-antitela se odreduvaat na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-70)
71. **Ograni~eno dostapno:** lekot e registriran no ne e na pozitivna lista. [↑](#footnote-ref-71)
72. **Ograni~eno dostapno**: vo R. Makedonija ovoj lek e registriran so indikacii koi ne vklu~uvaat revmatski zaboluvawa. [↑](#footnote-ref-72)
73. **Nedostapno vo R Makedonija**: lekarite vo PZZ ne se dovolno educirani za sledewe i lekuvawe na SLE. [↑](#footnote-ref-73)
74. **Ograni~eno dostapno**: vo R. Makedonija 24-~asovna proteinurija ne mo`e da se odredi vo PZZ bidej}i ne se nao|a na listata na laboratoriski ispituvawa vo specijalisti~ko-konsultativna zdravstvena za{tita po upat na izbran lekar. [↑](#footnote-ref-74)
75. **Ograni~eno dostapno**: vo R. Makedonija ne mo`e da se odredi HDL i LDL-holesterin vo PZZ bidej}i ne se nao|a na listata na laboratoriski ispituvawa vo specijalisti~ko-konsultativna zdravstvena za{tita po upat na izbran lekar. [↑](#footnote-ref-75)
76. **Ograni~eno dostapno**: imunofluorescentna detekcija na ANA se raboti vo tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-76)
77. **Ograni~eno dostapno**: RF se odreduva na sekundarno i tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-77)
78. **Ograni~eno dostapno**: anti-centromerni-antitela se odreduvaat na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-78)
79. **Ograni~eno dostapno**: anti-Scl-70-antitela se odreduvaat na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-79)
80. **Ograni~eno dostapno**: kapilaroskopijavo R Makedonija e dostapna iskuli~ivo na JZU Klinika za revmatologija. [↑](#footnote-ref-80)
81. **Nedostapno vo R Makedonija:** Nitu edenlek od ovaa grupa na lekovi ne e registriran. [↑](#footnote-ref-81)
82. **Nedostapno vo R Makedonija:** Nitu edenlek od ovaa grupa na lekovi ne e registriran [↑](#footnote-ref-82)
83. **Ograni~eno dostapno:** ANA se odreduvaat na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-83)
84. **Ograni~eno dostapno**: RF ne mo`e da se odreduva vo PZZ zo{to ne e naveden na obrazec LU1. [↑](#footnote-ref-84)
85. **Ograni~eno dostapno**: lekot e registriran vo R Makedonija no ne e na pozitivna lista. [↑](#footnote-ref-85)
86. **Ograni~eno dostapno:** Imunofluorescentna metoda se raboti na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-86)
87. **Ograni~eno dostapno**: spored listata na laboratoriski uslugi vo specijalisti~ko-konsultativna dejnost po upat na izbran lekar, RF ne mo`e da se odreduva vo PZZ. [↑](#footnote-ref-87)
88. **Ograni~eno dostapno:** antitelata se odreduvaat na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-88)
89. **Ograni~eno dostapno**: scintigrafija na plunkovi `lezdi se raboti na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-89)
90. **Ograni~eno dostapno**: Anti-SSA/Bantitelatase odreduvaat na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-90)
91. **Ograni~eno dostapno**: metodata se raboti na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-91)
92. **Ograni~eno dostapno**: RF ne se nao|a vo sodr`inata na laboratoriski ispituvawa vo specijalisti~ko konsultativna zdravstvena za{tita po upat na izbran lekar. [↑](#footnote-ref-92)
93. **Ograni~eno dostapno**: lekot ne e na pozitivna lista. [↑](#footnote-ref-93)
94. **Ograni~eno dostapno**: metadata ne se raboti na nivo na PZZ poradi nedostatok na educiran kadar. [↑](#footnote-ref-94)
95. **Ograni~eno dostapno**: ANCA se raboti na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-95)
96. **Ograni~eno dostapno**: metodata se raboti na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-96)
97. **Ograni~eno dostapno**: patohistolo{ka analizana biopti~en materijal se raboti na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-97)
98. **Ograni~eno dostapno**: patohistolo{ka analizana biopti~en materijal se raboti na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-98)
99. **Ograni~eno dostapno**: patohistolo{ka analizana biopti~en materijal se raboti na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-99)
100. **Ograni~eno dostapno**: plazmafereza se raboti na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-100)
101. **Ograni~eno dostapno**: ovaa lab.analiza ne mo`e da se odredi vo PZZ, ne se naoga na LU1 listata. [↑](#footnote-ref-101)
102. **Ograni~eno dostapno:**ne se naoga na obrazecot LU1. [↑](#footnote-ref-102)
103. **Ograni~eno dostapno:**ne se naoga na obrazecot LU1. [↑](#footnote-ref-103)
104. **Ograni~eno dostapno:** biopsija na temporalna arterija se pravi samo na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-104)
105. **Ograni~eno dostapno:**vo R.Makedonija mo`e da se napravi na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-105)
106. **Nedostapno vo R Makedonija:** lekot ne e registriran. [↑](#footnote-ref-106)
107. **Ograni~eno dostapno**: ne se naoga na obrazecot LU1. [↑](#footnote-ref-107)
108. **Ograni~eno dostapno**: Odreduvawe na komplement se raboti samo na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-108)
109. Ograni~eno dostapno: Kristali vo zglobna te~nost se odreduvaat na tercijalno nivo bidej}i lekarite vo PZZ I SZZ nemaat aparatura-polarizacionen mikroskop i ne se dovolno educirani. [↑](#footnote-ref-109)
110. **Nedostapen vo R Makedinija**: lekot ne e registriran kaj nas. [↑](#footnote-ref-110)
111. **Nedostapni vo R Makedinija**: dvata leka ne se registrirani kaj nas. [↑](#footnote-ref-111)
112. **Ograni~eno dostapno:**metodata vo R. Makedonija se pravi na tercijalno nivo: potrebna e edukacija na lekari vo PZZ, nabavka na aparatura itn. [↑](#footnote-ref-112)
113. **Ograni~eno dostapno:** vo R. Makedonija hiperparatireoidizam mo`e da se dijagnosticira na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-113)
114. **Ograni~eno dostapno:** vo R. Makedonija hiperparatireoidizam mo`e da se dijagnosticira na tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-114)
115. **Ograni~eno dostapno:** vo R. Makedonija aspiracija na zg.te~nost lekarite od PZZ ne znaat da napravat, potrebna e edukacija. [↑](#footnote-ref-115)
116. **Ograni~eno dostapno:** vo R. Makedonija intraartikularna instilacija so kortikosteroid, lekarite od PZZ ne znaat da napravat, potrebna e edukacija. [↑](#footnote-ref-116)
117. Nedostapno: vo RM vo PZZ nema DXA aparati za dijagnoza na osteoporoza.едостапно во Р Македонија апарати нема во ПЗЗ. [↑](#footnote-ref-117)
118. Ograni~eno dostapno odreduvawe na Vitamin D vo R.Makedonija [↑](#footnote-ref-118)
119. Ograni~eno dostapno vo R,Makedonija [↑](#footnote-ref-119)
120. So isklu~ok na bisfosfonati ostanatiot tretman e ograni~eno dostapen vo R.Makedonija (pove}eto lekovi ne se na pozitivna lista) [↑](#footnote-ref-120)
121. **Ograni~eno dostapno**: lekot go prepi{uva specijalist. [↑](#footnote-ref-121)
122. **Ograni~eno dostapno:** se odreduvaat na sekundarno i tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-122)
123. **Ograni~eno dostapno:** se odreduvaat na sekundarno i tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-123)
124. **Ograni~eno dostapno:** se odreduva na sekundarno i tercijalno nivo. [↑](#footnote-ref-124)
125. **Ograni~eno dostapno:** lekarite vo PZZ ne se educirani za izveduvawe na ovaa postapka. [↑](#footnote-ref-125)
126. **Ograni~eno dostapno:** ne e sodr`an vo obrazec LU1- ne se odreduva vo PZZ. [↑](#footnote-ref-126)
127. **ne e dostapno vo primarna zdravstvena za{tita** [↑](#footnote-ref-127)
128. **Ograni~eno dostapno:** ne mo`e vo PZZ i SZZ -potrebna e edukacija na doktorite vo PZZ [↑](#footnote-ref-128)
129. **Ograni~eno dostapno:** ne mo`e vo PZZ i SZZ poradi nedostatok na aparatura i nedovolna edukacija na kadarot [↑](#footnote-ref-129)
130. **Ograni~eno dostapno:** lekuvaweto ne mo`e da bide sprovedeno od doktorite vo PZZ [↑](#footnote-ref-130)
131. **Ograni~eno dostapno:**doktorite od PZZ ne znaat da napravat punkcija i aspiracija na ganglion [↑](#footnote-ref-131)
132. **Ograni~eno dostapno vo R Makedonija:** vo PZZ lekarite ne se educirani za injektirawe na kortikosteroidni injekcii vo zglobovi i fasii**.** [↑](#footnote-ref-132)
133. **Ograni~eno dostapno vo R Makedonija:** vo PZZ lekarite ne se educirani za injektirawe na kortikosteroidni injekcii vo peta**.** [↑](#footnote-ref-133)
134. **Ograni~eno dostapno**:lekarite vo PZZ I SZZ nemaat ultrazvu~en aparat i ne se educirani za ovaa metoda. [↑](#footnote-ref-134)
135. **Ograni~eno dostapno**: MRI nema na celata teritorija na R.Makedonija. [↑](#footnote-ref-135)
136. **Nedostapno vo R. Makedonija (ne se nitu prepi{ani, nitu obezbedeni….zakon….)** [↑](#footnote-ref-136)
137. **Nedostapno vo R. Makedonija (nedostasuvaat vakvi merki, uslovi na rabotnoto mesto za voj tip bolni)** [↑](#footnote-ref-137)
138. **Nedostapno vo R. Makedonija (zakonska regulativa za za{tita na vakvi bolni…)** [↑](#footnote-ref-138)
139. **Nedostapno vo R. Makedonija** [↑](#footnote-ref-139)
140. **Nedostapno vo R. Makedonija** [↑](#footnote-ref-140)
141. **Nedostapno vo R. Makedonija na tercijalno nivo** [↑](#footnote-ref-141)
142. **Nedostapno vo R. Makedonija** [↑](#footnote-ref-142)
143. **Nedostapno vo R. Makedonija** [↑](#footnote-ref-143)
144. **Nedostapno vo R. Makedonija** [↑](#footnote-ref-144)
145. **Nedostapno vo R. Makedonija** [↑](#footnote-ref-145)
146. **Nedostapno vo R. Makedonija** [↑](#footnote-ref-146)
147. **Nedostapno vo R. Makedonija**  [↑](#footnote-ref-147)
148. **Ograni~eno dostapno vo R. Makedonija** [↑](#footnote-ref-148)