

# 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
  - виене
  - 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)<sup>1</sup> и се анализира синовијалната течност. Меѓутоа, кај полиартритот, доколку се работи за пациент кој е фебрилен или има високи вредности на серумски CRP, леукоцитоза или висока СЕ, исто така, мора да се направат артроцентеза и култура од синовијалната течност.
      - Ризикот за пурулентен артритис е најголем кај пациенти со преогзистирачки зглобни оштетувања (osteoarthritis, ендопротеза) или кај дијабетичари. Најчест причинител е staphylococcus.
      - Ако синовијалната течност е пурулентна (леукоцитоза над  $40.000 \times 10^6/L$ ) пациентот треба да биде хоспитализиран. Помал број на леукоцити во синовијалната течност од наведените не исклучува бактериски артритис и во тој случај одлуката за воведување на антибиотици (секогаш парентерално и во хоспитални услови) се базира на клиничката слика и на нивото на серумскиот CRP<sup>2</sup>.
      - 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.<sup>3</sup> Кај пациентите со типична слика на гихт, црвенило оток и болка на првиот МТП зглоб кај маж, како прва помош може да се даде интраартикуларна инјекција со methyl prednisolone.
    2. Клиничката слика и анализа на синовијалната течност овозможуваат диференцијална дијагноза помеѓу дегенеративно и воспалително заболување на зглобот. Доколку бројот на леукоцити надминува  $2.000 \times 10^6/L$  инфламаторен артритис треба да се земе в обзир. Нормална СЕ сугерира дијагноза на дегенеративна зглобна болест.
    3. На Табела 2 се прикажани повеќе специфични испитувања кои се прават, базирано врз клиничката слика.

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

Етиологија	Пациенти	Коментар
Ревматоиден артритис	5	
Непозната етиологија	8	Најчесто транзитoren хидропс на колена
Артритис асоциран со HLA-B27 антиген	3	Анкилозантен спондилитис, реактивен уроартритис, ентероартритис
Гихт	5	
Псоријатичен артритис	1	

<sup>1</sup>**Ограничено достапно во Р. Македонија:** пункција на зглоб е достапна само на секундарно и терцијално ниво- лекарите од ПЗЗ не знаат да направат артроцентеза со цел да добијат зглобна течност за анализа.

<sup>2</sup>**Недостапно на ниво на ПЗЗ:** не е на ЈУ1 образецот.

<sup>3</sup>**Ограничено достапно во Р. Македонија:** Во ПЗЗ нема едуциран кадар за анализа на зглобната течност. Поларизационен микроскоп за идентификација на кристалие достапен само на ЈЗУ Клиника за ревматологија.

Системска болест на сврзното ткиво	1	
Други	2	Септични и вирусни инфекции на зглобовите

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

Види Табела 2.

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

Клиничка слика	Испитувања
А. Сите пациенти со зглобно воспаление	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Микроскопско иследување на синовијална течност(кристали)</li> <li>• Acidum uricum во серум, СЕ</li> </ul>
Лабораториски тестови	<ul style="list-style-type: none"> <li>• СЕ, CRP, крвна слика, анализа на урина</li> <li>• Анализа на синовијална течност (клетки, кристали, бактериска култура и боење по Gram)</li> </ul>
Историја на болеста	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Утринска вкочанетост и траење (повеќе од 1 час)</li> <li>• Болка при движење, виење</li> <li>• Болка во крстот во тек на мирување</li> <li>• Предходна повреда</li> <li>• Предходни зглобни симптоми</li> <li>• Позитивна фамилијарна анамнеза за воспалителни зглобни заболување</li> <li>• Знаци за псоријаза(кожа, нокти)</li> <li>• Дијароичен синдром</li> <li>• Воспаление на очите</li> <li>• Дизурија, пурулентен исцедок од уретра</li> <li>• Сексуален контакт</li> <li>• Други симптоми на инфекција(фарингит)</li> <li>• Raynaud- феномен</li> <li>• Еритема при експозиција на сончеви зраци</li> <li>• Употреба на пиво или диуретици</li> </ul>
Б. Моноартрит (гихт, псеудогихт, септичен артрит, реактивен артрит)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Серумски acidum uricum (нормално ниво на серумските урати не исклучува акутна атака на гихт)</li> <li>• Анализа на синовијалната течност: кристали, клетки, бактериска култура и боење по Gram</li> </ul>
В. Зглобно воспаление кое што трае повеќе од 2 недели (ревматоиден артритис ?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ревматоиден фактор во серум<sup>4</sup></li> </ul>
Г. Позитивна анамнеза за акутен артритис кај млади адулти (инфективен артритис, реактивен артритис ?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анти-јерсенија, -салмонела, -кампилобактер антители</li> <li>• PCR<sup>5</sup> за хламидија и гонококи во урина</li> <li>• Анти-хламидија антители (титарот останува висок долго после инфекцијата). PCR-се преферира поради супериорна сензитивност и специфичност</li> </ul>
Д. Можност за појава на симптоми на зглобна инфекција во ендемски	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анти-Brucella burgdorferi антители (негативен резултат во рана фаза на болеста не исклучува Лајмска болест)</li> </ul>

<sup>4</sup>Ограничено достапно во Р Македонија: РФ не се наоѓа на ЛУ1, значи не може да се одреди во ПЗЗ.

<sup>5</sup>Ограничено достапно за Р Македонија: На примарно и на секундарно ниво нема техничка можност за детекција на антители или за PCR анализа.

области на Лајмска болест или еритема мигранс.Pox –like exanthema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alphavirus антитела (ако пациентот има исип пропратен со јадеж во лето и есен.</li> <li>• Антитела против парвовируси</li> </ul>
Ѓ. Предходен фарингит со фебрилност (ревматска треска?), шум на срце, миграторен полиартрит, пореметување во ЕКГ (ревматска треска?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стрептококна култура од грло</li> <li>• ЕКГ</li> <li>• AST (се испитува ако постои сомневање за ревматска треска врз основа на клиничката слика, негативниот резултат зборува против ревматска треска)</li> <li>• Рентген на бело дробови</li> </ul>
Е. Еритем при експозиција на сонце, Рауnaud феномен (системски лупус еритематозус - СЛЕ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ANA (не се препорачува доколку мускулоскелетните симптоми се локализирани и не постојат општи симптоми)</li> </ul>
Ж. Пореметување на крвната слика, силна ноќна болка (леукемија)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диференцијална крвна слика, тромбоцити</li> <li>• Рентгенграфија на зглобови</li> </ul>

### ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА

#### 1. Ургентни хоспитализации

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

#### 2. Нормална хоспитална постапка

- Сомнение за серопозитивен 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.

#### 3. Следните состојби може да се лекуваат во примарна здравствена заштита

- Сите транзиторни артрити
- Благ реактивни артрити чија етиологија е позната.
  - (Кај пациенти со хламидија-артритис и двајцата партнери земаат терапија со тетрациклини) кај јерсенија и салмонела артритис пациентите се лекуваат со ципрофлоксацин врз база на претходно земена бактериска култура на синовијална течност.
- Гихт
- Хидропс на коленото предизвикан со физичка активност.
- 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).

**EBM Guidelines, 14.11.2011, <http://www.ebm-guidelines.com>**

**Упатството треба да се ажурирана 4 години.  
Предвидено следно ажурирање до јуни 2015 г.**

- **ИСПИТУВ**
- Кожна биопсија, ако е потребна
- Типични капиларни промени под ноктите демонстрирани со капилароскопија<sup>6</sup>.

## **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. **A**
- Простаноидите може да се користат затешки васкулопатии на прстите (ннд-**A**).
- Methotrexate се користи за терапија на кожните промени во раната дифузна системска склероза (ннд-**B**).
- НСАИЛ при артралгии и миалгии.
- Корикостероиди и Methotrexate се 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 **A**.
- Суслорфосфамиде се употребува во инфламаторната фаза на белодробната болест **A**; подоцна се заменува со azathioprine.
- Инхибиторите на ангиотензин-конвертирачкиот ензим се лекови од прв избор за терапија на хипертензија и бубрежна криза **C**.

---

<sup>6</sup>**Ограничено достапно:** капилароскопијаво Р Македонија е достапна исклучиво на ЈЗУ Клиника за ревматологија.

- Ендотелин-рецептор-блокери<sup>7</sup> **A**, фосфодиестераза-инхибитори<sup>8</sup> **A** и простаноиди **A** 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

### Cochran прегледи

- Lekot prazosin mo`e da e umereno efikasen za tretman naRaynaud-fenomenot, koj ja pridru`uva sklerodermata nnd-C.

## REFERENCI

- Scleroderma. Orphanet ORPHA801
- Systemic sclerosis. Orphanet ORPHA90291
- Kowal-Bielecka O, Landewé R, Avouac J, Chwiesko S, Miniati I, Czirjak L, Clements P, Denton C, Farge D, Fligelstone K, Földvari I, Furst DE, Müller-Ladner U, Seibold J, Silver RM, Takehara K, Toth BG, Tyndall A, Valentini G, van den Hoogen F, Wigley F, Zulian F, Matucci-Cerinic M, EUSTAR Co-Authors. EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis: a report from the EULAR Scleroderma Trials and Research group (EUSTAR). Ann Rheum Dis 2009 May;68(5):620-8. **PubMed**
- Quillinan NP, Denton CP. Disease-modifying treatment in systemic sclerosis: current status. Curr Opin Rheumatol 2009 Nov;21(6):636-41. **PubMed**
- Authors: Pettersson, Article ID: ebm00445 (021.040)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines**, <http://www.ebm-guidelines.com>, 15.12.2010
2. **Упатството треба да се ажурира на 4 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2014 г.**

<sup>7</sup>**Недостапно во Р Македонија:** Ниту еденлек од оваа група на лекови не е регистриран.

<sup>8</sup>**Недостапно во Р Македонија:** Ниту еденлек од оваа група на лекови не е регистриран