

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА
ЛІКАРСЬКО-ТРУДОВОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА І
КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ
ПОЛІАРТРОПАТІЯХ (ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ
АРТРИТІ, ЮВЕНІЛЬНОМУ АРТРИТІ),
ХВОРОБИ БЕХТЕРЕВА У ДОРΟΣЛИХ І ДІТЕЙ**

РОЗДІЛ І. ТЕМА 8.

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

до практичних занять для лікарів-інтернів

цикл «Основи експертизи тимчасової та стійкої непрацездатності»

Запоріжжя, 2014

Розробники:

Клименко В. І., завідувач кафедри, д.мед.н., професор
Різник О. І., ст. викладач,к.мед.н.

Медико-соціальна експертиза і комплексна реабілітація при запальних поліартропатіях (при ревматоїдному артриті, ювенільному артриті), хворобі Бехтерева у дорослих і дітей. Розділ I. Тема 8. : навч. посібник до практ занять для лікарів-інтернів з циклу "Основи експертизи тимчасової та стійкої непрацездатності" / розроб. В. І. Клименко, О. І. Різник. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2014. – 77 с.

Затверджено на засіданні вченої ради факультету післядипломної освіти
_____2014 р., протокол №____.

Зміст:

Перелік умовних скорочень.....	4
Вступ.....	5
Медико-соціальна експертиза при ревматоїдному артриті.....	8
Класифікація. Критерії діагностики.....	9
Характер перебігу РА.....	10
Показники ремісії і ступеня активності.....	12
Принципи лікування.....	14
Критерії інвалідності.....	22
Анкілозуючий спондилоартрит (хвороба Бехтерева).....	23
Критерії відновлення тимчасово втраченої працездатності.....	30
Критерії груп інвалідності.....	31
Медико-соціальна експертиза та інвалідність при ювенільному ревматоїдному артриті.....	32
Хвороба Стілла.....	35
Клініко-лабораторні критерії діагностики.....	37
Періоди та етапи реабілітації ревматоїдного артрити.....	45
Додаток 1.....	49
Додаток 2.....	50
Додаток 3.....	51
Додаток 4.....	54
Додаток 5.....	59
Контрольні питання.....	75
Список рекомендованої літератури.....	76

Перелік умовних скорочень:

- (АС)– анкілозуючий спондилоартрит
- (АРА)– американська ревматологічна асоціація
- (ВП)– вузелковийперіартеріт
- (ВООЗ)– всесвітня організація охорони здоров'я
- (ГРВІ) – гостра респіраторно-вірусна інфекція
- (ДМХ) – дециметрохвильова терапія
- (ЕКГ)– електрокардіографія
- (ЛКК) – лікарська консультативна комісія
- (ЛФК) – лікувальна фізична культура
- (КТ)– комп'ютерна томографія
- (МСЕ) – медико-соціальна експертна комісія
- (МРТ) –магнітно-резонансна томографія
- (НПЗП)– нестероїдні протизапальні препарати
- (РХ)– ревматичні хвороби
- (РА)–ревматоїдний артрит
- (РФ)– ревматоїдний фактор
- (СРБ)– С-реактивний білок
- (СЧВ)– системнийчервонийвовчак
- (ССД)– системна склеродермія
- (ТВП) – тимчасова втрата працездатності
- (УЗД) – ультразвукова діагностика
- (УВЧ) –ультрависокочастотна терапія
- (УФО) –ультрафіолетове опромінення
- (ФК)– функціональний клас
- (ХНН) – хронічна ниркова недостатність
- (ЦІК) – циркулюючі імунні комплекси
- (ШОЕ)– швидкість осідання еритроцитів
- (ЮРА)– ювенільний ревматоїдний артрит

Вступ.

Навчальний посібник «Медико-соціальна експертиза і комплексна реабілітація при запальних поліартропатіях (при ревматоїдному артриті, ювенільному артриті), хворобі Бехтерева у дорослих і дітей» відповідає встановленим вимогам, а саме змісту робочої програми та навчального плану дисципліни «Основи експертизи тимчасової і стійкої непрацездатності», яка викладається для лікарів-інтернів всіх спеціальностей. Навчальний посібник допомагає сформулювати у лікарів-інтернів уяву про порядок проведення медико-соціальної експертизи при запальних поліартропатіях (ревматоїдному артриті, ювенільному артриті, хворобі Бехтерева) та її застосування в практичній і експертно-реабілітаційній роботі лікаря, знайомить лікарів-інтернів з нормативно-законодавчою базою проведення медико-соціальної експертизи дорослих та дітей при запальних поліартропатіях та висвітлює основні законодавчі аспекти соціального захисту інвалідів та комплексної реабілітації хворих.

Сучасне видання вчить майбутніх лікарів удосконалювати використання отриманих теоретичних знань у практичній роботі лікаря. В результаті вивчення даної теми лікарі-інтерни повинні знати послідовність дій лікаря при проведенні медико-соціальної експертизи хворих з запальними поліартропатіями, правила заповнення основних законодавчих форм документів при направленні на медико-соціальну експертизу, правила складання індивідуальної реабілітаційної програми хворого з ревматоїдним артритом, ювенільним артритом, хворобою Бехтерева та організацію реабілітаційного процесу та медичного обслуговування в реабілітаційних установах.

Навчальний матеріал пов'язаний з практичними завданнями і містить задачі для лікарів-інтернів кінцевою ціллю яких є заповнення основних діючих законодавчих і нормативно-правових документів з проведення медико-соціальної експертизи та складання індивідуальної реабілітаційної програми дорослих і дітей з захворюваннями суглобів.

Медико-соціальна експертиза і комплексна реабілітація при запальних поліартропатіях (при ревматоїдному артриті, ювенільному артриті), хворобі Бехтерева у дорослих і дітей.

Медико-соціальна експертиза здійснюється виходячи з комплексної оцінки стану організму на основі аналізу клініко-функціональних, соціально-побутових, професійно-трудова, психологічних даних особи, яка оглядається. При комплексній оцінці різних показників, що характеризують стійкі порушення функцій організму, виділяють чотири ступені їх вираженості: 1 ступінь - незначні порушення, 2 ступінь - помірні порушення, 3 ступінь - виражені порушення, 4 ступінь - значно виражені порушення. Порушення функцій органів кровообігу відносяться до одних з основних видів і поділяються на чотири функціональні класи: 1ФК - незначні порушення функцій, 2ФК - помірно виражені порушення функцій, 3ФК - виражені порушення функцій, 4ФК - значно виражені порушення функцій. Обмеження життєдіяльності - повна або часткова втрата особою здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися і займатися трудовою діяльністю. Найбільш важливою категорією життєдіяльності є трудова діяльність. Від ступеня її обмеження буде залежати сума допомоги по інвалідності. Оцінка показників здатності до трудової діяльності проводиться з урахуванням наявних професійних знань, умінь і навичок.

Критерієм встановлення 1 ступеня обмеження здатності до трудової діяльності є порушення здоров'я зі стійкими, помірно вираженими розладами функцій організму, що приводять до зниження кваліфікації, обсягу, тяжкості і напруженості виконуваної роботи, неможливості продовжувати роботу за основною професією при можливості виконання інших видів робіт нижчої кваліфікації в звичайних умовах праці в наступних випадках: при виконанні робіт в звичайних умовах за основною професією із

зменшення обсягу виробничої діяльності не менше ніж в 2 рази і зниження тяжкості праці не менше ніж два класи; при переведенні на іншу роботу більш низької кваліфікації в звичайних умовах праці у зв'язку з неможливістю продовжувати роботу за основною професією. Критерієм встановлення 2 ступеня здатності до трудової діяльності є порушення здоров'я зі стійкими вираженими розладами функцій організму, при яких можливе виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних технічних засобів і (або) за допомогою інших осіб. Критерієм встановлення 3 ступеня обмеження здатності до трудової діяльності є порушення здоров'я зі стійким, значно вираженими розладами функцій організму, що приводять до повної нездатності до трудової діяльності, у тому числі в спеціально створених умовах або протипоказання будь-якої трудової діяльності.

Актуальність:

Ревматичні хвороби (РХ) є найдавнішою патологією людини, про телише у XVIII-XIX ст. з узагальненого поняття «ревматизм» (термін запропонований Галеном) стали виділяти ревматичну лихоманку (ревматизм Сокольського-Буйо), хвороба Бехтерева (анкілозуючий спондилоартрит) та ін. В останні десятиліття РХ постійно привертають до себе увагу - в країнах, що розвиваються, внаслідок високих показників первинної захворюваності та смертності від атеросклерозу, а в розвинених - через поширення хронічних захворювань суглобів і хребта, що супроводжуються тимчасовою і стійкою втратою працездатності.

За узагальненими даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) більш ніж в 30% випадків тимчасової непрацездатності і в 10% загальної інвалідності обумовлені РХ. Статистичні дані, отримані в різних країнах світу, свідчать про безумовне значення РХ у стані здоров'я населення, оскільки від 16 до 23% це пацієнти старше 15 років, які страждають різними захворюваннями цієї групи. Незважаючи на постійне зниження смертності від ревматизму, велике соціальне значення

РХ визначається не тільки її поширеністю, але й розвитком у значної кількості хворих тимчасової і стійкої непрацездатності (інвалідності), переважно в молодому віці. Середній вік інвалідів, які страждають на ревматизм це 40-43 років, хворобою Бехтерева - 44-47 років, на ревматоїдний артрит - 52 роки.

В даний час до групи ревматичних хвороб входять:

- ревматизм;
- ревматоїдний артрит (РА);
- системний червоний вовчак (СЧВ);
- системна склеродермія (ССД);
- вузликосий періартеріт (ВП) та інші системні васкуліти;
- дерматомиозит;
- хвороба (синдром) Шегрена;
- хвороба Бехтерева.

Медико-соціальна експертиза при ревматоїдному артриті

Ревматоїдний артрит (РА) - хронічне системне імунізапальне захворювання сполучної тканини, що характеризується прогресуючим ерозивно-деструктивним ураженням переважно периферичних суглобів, що призводить до їх деформації і порушення функцій.

Епідеміологія.

Поширеність становить 0,5-1,8%; також 80% всіх випадків РА припадає на вік 35-50 років. Співвідношення чоловіків і жінок серед хворих становить 1:4. Больовий синдром хронічний, прогресуючий, порушення функцій опорно-рухового апарату обумовлюють обмеження здатності до самообслуговування, пересування, трудової діяльності, інших категорій життєдіяльності, соціальну недостатність та інвалідизацію хворих. При цьому у 33% хворих відзначається обмеження здатності до пересування I-II ступеня і 10% - III ступеня.

Етіологія та патогенез.

Виявлено генетичну схильність: в сім'ях хворих на РА виникає в 2 рази частіше, ніж в контрольних групах; серед родичів першого ступеня

споріднення захворювання відзначається в 3,5-5,1% випадків. Близько 30% монозиготних близнюків є конкордантними по відношенню до РА. У хворих на РА частіше визначають HLA-антигени DR4-Маркер серопозитивного артриту з більш тяжким перебігом переважно у молодих жінок, а також DR1, DR3, DW4, B8. Генетична схильність може реалізуватися під впливом «факторів ризику» - переохолодження, респіраторних вірусних інфекцій, стресу, несприятливих професійних, житлово-побутових факторів, хронічного травматизму суглобів. Роль стрептокока, стафілокока як причини РА не підтверджена, проте санація хронічних вогнищ інфекції, усуває постійну антигенну стимуляцію, призводить до зниження активності запального процесу. Розглядається гіпотеза про роль вірусу Епштейна-Барра, що вражає В-лімфоцити і порушує синтез імуноглобулінів.

В основі патогенезу - розвиток в синовіальній оболонці суглобів імунopatологічних реакцій. Дисбаланс Т і В лімфоцитів, дефіцит Т-лімфоцитів-супресорів обумовлюють неконтрольований синтез аутоантитіл-ревматоїдного фактора (РФ) до Fc фрагменту Ig G. Всередині суглоба відбувається активація комплементу, формуються імунні комплекси, які фіксуються на синовіальній оболонці. Виникає синовіт, деструкція хрящів і кісткових структур суглобів. Ураження різних внутрішніх органів обумовлює системні прояви РА.

Класифікація.

Клініко-анатомічна форма: РА (полі-, оліго-, моноартрит); РА з системними проявами, тобто поразкою ретикулоендотеліальної системи, серозних оболонок, легень, серця, судин, очей, нирок, нервової системи, амілоїдоз органів, особливі синдроми - псевдосептичний, Фелтен; РА в поєднанні з деформуючим артрозом, дифузними хворобами сполучної тканини, ревматизм; ювенільний артрит.

Клініко-імунологічна форма: серопозитивний і серонегативний.

Характер перебігу: малопрогресуючий (доброякісний), повільно-прогресуючий (класичний), швидкопрогресуючий.

Фаза і ступінь активності: ремісія; активна фаза: мінімальна (I), середня (II), висока (III).

Рентгенологічна стадія: I-IV. Функціональні можливості хворого можуть оцінюватися згідно з рекомендаціями Американської ревматологічної асоціації (ARA): I-IV функціональний клас (ФК).

Критерії діагностики (ARA, 1997):

- 1) ранкова скутість суглобів не менше 1 години, існуюча протягом 6 тижнів;
- 2) артрит трьох або більшої кількості суглобів - припухлість периартикулярних м'яких тканин або наявність рідини в порожнині суглоба, визначається лікарем принаймні в трьох суглобах;
- 3) артрит суглобів кисті - припухлість хоча б однієї групинаступних суглобів: проксимальних міжфалангових, п'ястно-фалангових або променезап'ясткових;
- 4) симетричний артрит - білатеральне ураження проксимальних міжфалангових, п'ястно-фалангових або плюсне-фалангових суглобів;
- 5) ревматоїдні вузлики - підшкірні вузли, які визначаються лікарем, на розгинальній поверхні передпліччя поблизу ліктьового суглоба або інших суглобів;
- 6) позитивний РФ - наявність у сироватці крові РФ, визначається за будь-яким методом, що дозволяє виявити його менш ніж у 5% здорових осіб у популяції;
- 7) рентгенологічні зміни - наявність типових для РА, змін в променезап'ясткових суглобах і суглобах кисті. Діагноз РА ставиться при наявності 4 з 7 критеріїв, при цьому критерії 1-4 повинні бути присутніми у хворого не менше 6 тижнів.

Характер перебігу РА:

Малопрогресуючий - тривалий анамнез, невеликі зміни суглобів, метеотропність і сезонність загострень зі слабо вираженою (1 ступінь) активністю. Протягом тривалого періоду часу не наростає дефігурація і не

відзначається залучення в процес нових суглобів; зберігається колишня рентгенологічна стадія, функціональна недостатність суглобів і функціональний клас. Повільно прогресуючий - відрізняється чіткою зміною фаз загострення та ремісії без явного ураження внутрішніх органів. Поступово в процес втягується 1-2 нових суглоба, наростають де фігурація раніше уражених суглобів і рентгенологічні зміни в межах колишньої стадії або вона збільшується на один щабель.

Функціональна недостатність суглобів і функціональний клас тривало зберігаються, або поступово підвищуються на одну сходинку. Швидко прогресуючий - відрізняється високою активністю процесу, з розвитком протягом одного року важкого артрити і висцеритів переважно в осіб молодого віку. Відбувається залучення в процес трьох і більше нових суглобів, виражене наростання дефігурації раніше уражених суглобів; збільшення рентгенологічної стадії на два щаблі, збільшення функціональної недостатності суглобів і функціонального класу на одну-дві сходинки.

Розрізняють легку, середню і важку форму РА.

Легка: суглобова форма, мало або повільно прогресуючий перебіг у фазі тривалої ремісії, відсутність больового синдрому і ексудативних змін у суглобах, лабораторні показники активності не перевищують 1 ст., рентгенологічно I або II ст., порушення функції суглобів I ст., ФК I-й.

Середня: поліартикулярність поразки, часті або тривалі загострення. II ст. активності, неповні ремісії, серопозитивний, рентгенологічно II-III ст., порушення функції суглобів II ст., ФК II-III.

Важка: суглобові або суглобова-вісцеральна форми швидко прогресуючого перебігу, або класичного перебігу з частими і тривалими загостреннями II або III ст. активності, неповні і нестійкі ремісії, III-IV рентгенологічна стадія, порушення функції суглобів III-IV ст. з розвитком у них анкілозів і фіксації у функціонально невігідному положенні; важкі слабо регресуючі розлади функції внутрішніх органів, центральної нервової системи; кахексія, ФК III-IV.

Показники ремісії і ступеня активності.

Ремісія:

- 1) тривалість ранкової скутості рухів менше 30 хвилин;
- 2) задовільне загальне самопочуття хворого;
- 3) відсутність болю в суглобах при активних і пасивних рухах;
- 4) відсутність синовііта;
- 5) відсутність запальних змін навколосуглобових м'яких тканин і сухожильних сумок;
- 6) ШОЕ не більше 30 мм/год для жінок і не більше 20 мм/год для чоловіків.

При цьому 4 або більше критеріїв повинні зберігатися протягом двох місяців і більше. Активність визначається з урахуванням тривалості ранкової скутості, підвищення температури в області суглоба, наявності ексудативних змін, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, сіалових кислот, GRE, $\alpha 2$ і β -глобулінів, фібриногену.

1ступінь активності:

ранкова скутість ≈ 30 хвилин, ШОЕ 16-20 мм/год, $\alpha 2$ -глобуліни до 12%, γ -глобуліни 20-23%, СРБ +.

2ступінь активності:

ранкова скутість до полудня, ШОЕ 20-40 мм/год, $\alpha 2$ -глобуліни 12-15%, γ -глобуліни 25-30%, СРБ ++;

3 ступінь активності:

скутість у суглобах протягом доби, ШОЕ більше 40мм/год, $\alpha 2$ -глобуліни понад 15%, γ -глобуліни понад 30%, СРБ +++.

Рентгенологічна стадія:

- I - навколо суглобовий остеопороз;
- II - те ж, звуження суглобової щілини, поодинокі узури;
- III - те ж, множинні узури;
- IV - те ж, кістковий анкілоз.

Порушення функцій суглобів.

I ступінь: для плечового і кульшового обмеження амплітуди руху не перевищує 20-30°; для ліктьового, променевого, колінного, гомілковостопного амплітуда зберігається в межах не менше 50° від функціонально вигідного положення, для кисті в межах 110-170°.

II ступінь: для плечового і кульшового амплітуда рухів не перевищує 50°, для ліктьового, променевого, колінного, гомілковостопного - зменшується до 45-20°.

III ступінь: збереження амплітуди рухів у межах 15°, або нерухомість суглобів, анкілоз у функціонально вигідному положенні.

IV ступінь: суглоби фіксовані у функціонально не вигідному (підтягнутому) положенні.

Функціональні можливості хворого (функціональні класи - ФК).

I ФК - можливість виконання повсякденних обов'язків повністю, без сторонньої допомоги.

II ФК - адекватна нормальна активність, незважаючи на труднощі внаслідок дискомфорту або обмеженої рухливості в одному або більше суглобах.

III ФК - неможливість виконання малої кількості або ні однієї із звичайних обов'язків для самообслуговування.

IV ФК - значна або повна непрацездатність, прикутість до ліжка або коляски, мала або повна відсутність самообслуговування.

Ускладнення:

- вторинний амілоїдоз - нефротичний синдром;
- синдром мальабсорбції;
- остеопенічний синдром - локальний і системний остеопороз;
- гематологічні ускладнення - цитопенічний синдром,
- гіпо/аплазія кісткового мозку;
- розвиток неходжкинських лимфом, мієломної хвороби,
- мієлодиспластичний синдром;
- ревматоїдний кардит;
- дифузний фіброзууючий альвеоліт;

- двусторонній склерит.

Прогноз. До сприятливих ознак відноситься гострий початок РА, вік хворих до 40 років, чоловіча стать, тривалість хвороби менше 1 року; до несприятливих - поступовий початок, раннє ураження великих суглобів і поява кісткових узур, відсутність або короткі періоди ремісії, виявлення РФ в сироватці крові протягом першого року захворювання, високі титри РФ, носійство антигенів HLA DR/DW4.

Диференціальний діагноз проводиться з артритом при дифузних хворобах сполучної тканини, туберкульозі, саркоїдозі, псоріазі, хвороби Бехтерева; гіпертрофічній остеоартропатією, деформуючим остеоартрозом, синдромом Рейтера, травматичним артритом.

Приклад формулювання діагнозу:

Ревматоїдний артрит із системними проявами (пропасниця, лімфаденопатія, анемія, гломерулонефрит), серопозитивний, швидко прогресуючий перебіг, активність II ст. рентгенологічно - III ст. порушення функції суглобів II ст. ФК III.

Принципи лікування. Актуальна терапія спрямована на усунення синдрому гострого запалення, включає нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) і використовується при повільно прогресуючому перебігу з мінімальною і помірною активністю, переважно суглобовій формі. Базисна терапія застосовується при швидко прогресуючому перебігу, суглобово-вісцеральній формі, високої активності процесу, неефективність НПЗП, і включає препарати золота, імунодепресанти, цитостатики, глюкокортикоїди призначаються при РА з високим ступенем активності і діагностованим васкулітом, при різко виражених ексудативних проявах. Стримане ставлення до стероїдних гормонів пов'язано з їх негативним впливом на кальцієвий обмін і процеси кісткового ремоделювання. За спеціальними показаннями використовуються хірургічні методи лікування - сіновектомія, ортопедичні операції.

Працездатними визнаються хворі з легкою формою РА, які працюють в доступних видах умов праці.

Тимчасова втрата працездатності:

- при загостренні захворювання,
- посиленні больового, суглобового синдрому,
- розвиток вісцеральних проявів,
- наростання ступеня порушень функції суглобів і внутрішніх органів.

При повільно прогресуючому перебігу і активності 1-го ступеня терміни ТВП до 30-35 днів, II-III ступеня до 2-3 місяців, включаючи стаціонарне лікування; при швидко прогресуючому перебігу, суглобово-вісцеральній формі до 3-3,5 місяців. Після операції артропластики великих суглобів 3-4 місяці, синовектомії 2-3 місяці.

Протипоказані види та умови праці:

- робота, пов'язана з тяжкою і середньої тяжкості фізичною напругою,
- перевантаженням уражених суглобів,
- робота з виконанням точних і дрібних, які потребують особливої координації рухів,
- ходьбою або тривалим перебуванням на ногах;
- вимушеним одноманітним положенням тіла;
- перебуванням на висоті,
- обслуговуванням рухомих механізмів,
- впливом вібрації, високої і низької температури виробничого середовища, алергенів і профшкідливостей, підвищеної вологості.

Показання для направлення хворих в бюро МСЕ:

- швидко прогресуюча форма перебігу РА;
- суглобово-вісцеральна форма з розвитком васкуліту (нейропатія, альвеоліт тощо),
- ураження нирок, амілоїдоз;

- суглобова форма повільно прогресуючого перебігу з частими або тривалими загостреннями;
- втрата професійної придатності внаслідок ураження суглобів, на які падає основне навантаження у виробничому процесі;
- наявність абсолютних протипоказань в характері і умовах праці.

Необхідний мінімум обстеження при направленні хворих у бюро МСЕ: клінічний аналіз крові, аналіз крові на С-реактивний білок, сіалові кислоти, білок і фракції, фібриноген, РФ; рентгенологічне дослідження суглобів.

Диспансерне спостереження дітей із ЮРА переслідує виконання наступних задач: зниження активності запального процесу та підтримування її на низькому рівні, профілактику загострень, відновлення функції уражених кінцівок, підготовку до санаторно-курортного лікування та планового обстеження в стаціонарі, проводиться згідно з «Тимчасовими нормативами надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних заходів» (Наказ МОЗ України №502 від 28.12.02 року). Обсяг лікувально-профілактичних заходів включає в себе дотримання режиму, раціональне харчування, санацію хронічних вогнищ інфекції. При наявності ознак мінімальної активності запального процесу, уражень внутрішніх органів та опорно-рухового апарату показане продовження базисної терапії, призначеної в стаціонарі, лікування остеопорозу, дисбактеріозу. В умовах амбулаторного спостереження застосовують фізіотерапевтичні засоби, масаж, ЛФК. За показаннями (ремісія, мінімальна активність запального процесу — 1-го ступеня) призначається лікування в спеціалізованому санаторії. Важливим є систематичне послідовне спостереження стану не тільки суглобів хворої дитини, але й стану всіх органів та систем, ураження яких спостерігається майже у підлітків і потребує відповідної корекції.

Ювенільний ревматоїдний артрит.

Ювенільний ревматоїдний артрит – це захворювання або група захворювань із хронічним системним ураженням сполучної тканини, що клінічно проявляється прогресуючим ураженням переважно периферичних

(синовіальних) суглобів за типом ерозивно-деструктивного поліартриту, а також позасуглобовими ураженнями. На відміну від ювенільного ревматоїдного артрити, хронічні артрити без прогресування запропоновано позначати як ювенільний хронічний артрит (Європейська ліга по боротьбі з ревматизмом, 1977; Американська асоціація ревматологів, 1983). За класифікацією А.В. Долгополової та ін. (1980), ювенільний ревматоїдний артрит поділяють на суглобову та суглобово-вісцеральну клініко-анатомічні форми, включаючи синдром Стілла і алергосептичний варіант. Визначають РФ-позитивний (РФ-ревматоїдний фактор) і РФ-негативний, швидко, повільно або не прогресуючий варіанти, ступінь активності процесу, рентгенологічну стадію ураження суглобів, функціональну здатність хворого. Розподіл на підгрупи підкреслює клінічні особливості перебігу ювенільного ревматоїдного артрити у дітей.

Розподіл на підгрупи підкреслює клінічні особливості перебігу ювенільного ревматоїдного артрити у дітей.

Підгрупи ювенільного ревматоїдного артрити

(Р.С. Берман, В.К. Воган, 1989)

Показники	Поліартрит		Олігоартрит		
	негативний за ревматоїдним фактором	позитивний за ревматоїдним фактором	тип I	тип II	з системним початком
Відсоток серед хворих на ювенільний ревматоїдний артрит	20-25	5-10	35-40	10-15	20
Стать	90% – дівчатка	80% – дівчатка	80% – дівчатка	90% – хлопчики	60% – хлопчики
Вік початку захворювання	Протягом усього періоду дитинства	Старший дитячий вік	Молодший дитячий вік	Старший дитячий вік	Протягом усього періоду дитинства
Суглоби	Будь-які, з численними ураженнями	Будь-які, з численними ураженнями	Невелика кількість великих суглобів (колінний, над'яtkово-	Невелика кількість великих суглобів (кульшовий, колінний)	Будь-які

			гомільковий, ліктьовий)		
Сакроілеїт	Відсутній	Спостеріг-гається рідко	Відсутній	Спосте- рігається часто	Відсутній
Іридоцикліт	Спостері- гається рідко	Відсутній	У 30% випадків хронічний	У 10-20% випадків гострий	Відсутній
Ревматоїдний фактор	Відсутній	У 100 % випадків	Відсутній	Відсутній	Відсутній
Антинуклеарні антитіла	У 25 % випадків	У 75 % випадків	У 90 % випадків	Відсутні	Відсутні
Дослідження системи HLA	-	HLA-DR4	HLA-DR5, DRW6, DRW8	HLA-B27	-
Наслідки	Тяжкий артрит у 10- 15% випадків	Тяжкий артрит у 50 % випадків і більше	Ураження очей у 10 % випадків, поліартрит – у 20%	Наступна спон дилоар тропатія	Тяжкий артрит у 25 % випадків

Показники активності ювенільного ревматоїдного артриту
(В.Г. Майданник, 2004)

Показник	Оцінка показника в балах			
	0	1	2	3
Ранкова скутість	Немає	Протягом 30 хв	До 12-ї години дня	Протягом усього дня
Гіпертермія	Немає	Незначна	Помірна	Висока
Ексудативні зміни	Немає	Незначні	Помірні	Виражені
Підвищений вміст альфа-2- і гамма-глобулінів, %	До 10	До 12	До 15	Більше ніж 15
ШОЕ, мм/год	До 12	До 20	До 40	Більше ніж 40
С-реактивний білок	-	+	++	+++

Критерії діагностики ювенільного ревматоїдного артриту в дитячому віці
(Л.О. Ісаєва, 1986):

I. Клінічні ознаки.

1. Артрит, що триває понад 3 міс.
2. Артрит другого суглоба, що виникає через 3 міс і більше.
3. Симетричне ураження дрібних суглобів.

4. Контрактури.
5. Тендосиновіт або бурсит.
6. М'язова атрофія.
7. Ранкова скутість.
8. Ревматоїдне ураження очей.
9. Ревматоїдні вузлики.
10. Випіт у порожнині суглоба.

II. Рентгенологічні ознаки.

1. Остеопороз або (і) дрібнокоміркова перебудова кісткової структури епіфізів.
2. Звуження суглобових щілин, кісткові ерозії, анкілоз суглобів.
3. Порушення росту кісток.
4. Ураження шийного відділу хребта.

III. Лабораторні ознаки.

1. Позитивний ревматоїдний фактор у діагностичному титрі.
2. Позитивні дані біопсії синовіальної оболонки.

Ювенільний ревматоїдний артрит імовірний-за наявності 3 ознак (приартриті, що триває більше ніж 3 міс).

Ювенільний ревматоїдний артрит безумовний – за наявності 4 ознак, у тому числі артрити.

Ювенільний ревматоїдний артрит класичний – за наявності 8 ознак, у тому числі артрити.

Особливості ювенільного ревматоїдного артрити в дітей:

1. Частіше захворювання виникає у віці 1-3 років у дівчат.
2. Артрит, що починається з системних уражень (хвороба Стілла та алергосептичний варіант), у дітей трапляється значно частіше.
3. Олігоартрит у поєднанні з хронічним іридоциклітом описаний тільки в дітей.
4. У дітей частіше, ніж у дорослих, трапляється поліартрит без ревматоїдного фактора (3-25 %).

5. У дітей молодшого віку частіше зустрічається олігоартрит з ураженням великих суглобів (35-40 %).

6. Частіше спостерігається шкірний висип.

Диспансерне спостереження дитячим кардіоревматологом проводиться 1 раз на 2-3 місяці, за показаннями — частіше. Під час спостереження контролюється подальше медикаментозне лікування, стан внутрішніх органів та систем організму, показники сечі та крові. На стадії підтримуючої терапії 1 раз у три місяці дитина повинна бути оглянута офтальмологом та ортопедом. Якщо дитина під час спостереження перехворіла на ГРВІ, гостру ангіну, проводиться контроль активності запального процесу (загальні аналізи крові, біохімічні аналізи крові, аналізи сечі). При стійкій ремісії достатньо огляду кардіоревматолога 2 рази на рік. Діти, хворі на ЮРА, з диспансерного обліку дитячого кардіоревматолога не знімаються.

Особливості перебігу РА у дітей.

1. У підлітків із ЮРА частіше зустрічається суглобова форма захворювання, при якій переважає мінімальна запальна активність. При суглобово-вісцеральній формі переважав процес із високою активністю. Серопозитивний артрит був у 22,6% дітей. У більшості (64,5%) дітей захворювання на ЮРА починалось з ураження колінних суглобів, менш часто уражались дрібні суглоби кистей.

2. У дітей із суглобовою формою ЮРА виявлялися переважно функціональні зміни серця, схильність до зниження артеріального тиску. Зміни структури клапанного апарата серця виявлені в 73,7% хворих. У дітей із суглобово-вісцеральною формою ураження серця у вигляді кардиту спостерігалось у всіх обстежених, зміни структури клапанного апарату серця — у 100% хворих.

3. У патологічний процес при ЮРА у підлітків можуть утягуватись усі органи й системи. При суглобово-вісцеральній формі зміни діяльності органів та систем більш виражені й носять стійкий характер, що необхідно враховувати при проведенні лікувально-реабілітаційних заходів.

Визначення стадії анатомічних змін в суглобах проводять за

Штейнброккером:

I стадія - епіфізарний остеопороз;

II стадія - епіфізарний остеопороз, розволокнення хряща, звуження суглобової щілини, поодинокі ерозії;

III стадія - деструкція хряща і кістки, формування кістково-хрящових ерозій, підвивихи в суглобах;

IV стадія - критерії III стадії + фіброзний або кістковий анкілоз.

Ранні ознаки ураження суглобів виявляють при УЗД, яке є високоінформативним методом для визначення стану хряща та синовіальної оболонки, виявлення панусу, кісткових ерозій. Застосування доплерівського сканування дозволяє оцінити васкуляризацію синовіальної оболонки та панусу, підвищення локального кровообігу може служити додатковою ознакою наявності запального процесу в суглобі.

В діагностично складних випадках (для виключення чужорідного тіла в порожнині суглобу, уточнення стану зв'язкового апарату, виключення остеохондропатій, травматичних ушкоджень хрящової тканини, пухлин) застосовують КТ або МРТ суглобів. МРТ суглобів може бути використано для ранньої діагностики ювенильний ревматоидний артрит протягом перших 3 місяців захворювання, коли ще відсутні рентгенологічні зміни.

При наявності вираженого синовііту застосовують дослідження синовіальної рідини отриманої за допомогою пункційної біопсії суглобу. При ювенильному ревматоидному артриті спостерігається збільшення кількості лімфоцитів, в'язкість секрету знижена, муциновий згусток крихкий, визначаються рогоцити, зниження вмісту комплементу або декількох його компонентів (С3, С4), визначається підвищення рівня прозапальних цитокінів, ЦІК.

Для діагностики ступеню остеопорозу застосовується ультразвукова денситометрія (визначення мінеральної щільності кісткової тканини).

Для оцінки функціональної недостатності визначають функціональний клас за Штейнброккером:

I клас: функціональна здатність суглобів і можливість до самообслуговування збережена;

II клас: функціональна здатність суглобів частково втрачена, здатність до самообслуговування збережена;

III клас: функціональна здатність суглобів і здатність до самообслуговування частково втрачені;

IV клас: функціональна здатність суглобів і здатність до самообслуговування втрачені повністю.

Критерії інвалідності: для оцінки обмеження життєдіяльності необхідно встановити форму і характер перебігу захворювання, частоту загострень, ступінь активності, повноту ремісії, локалізацію, вираженість і рентгенологічну стадію ураження суглобів, тяжкість вісцеропатій, якість медичної допомоги і ефективність лікування, соціальні фактори. Стійкі і виражені порушення функцій суглобів і внутрішніх органів, що зберігаються після проведеної адекватної терапії на фоні підтримуючих доз протизапальних і базисних засобів, що обмежують здатність до пересування, самообслуговування, трудової діяльності, обумовлюють соціальну недостатність і потреби соціального захисту і допомоги.

III група інвалідності визначається хворих легкої та середньої тяжкості РА, обмеженням здатності до самообслуговування, пересування, трудової діяльності I ст., що працюють у протипоказаних видах і умовах праці, які потребують раціональне трудове влаштування, зменшення обсягу виконуваної роботи або переведенні на роботу за іншою професією більш низькоїкваліфікації.

II група інвалідності визначається хворим середньої і важкою формою РА, з обмеженням здатності до самообслуговування, пересування і трудової діяльності II ст. У період відносної ремісії в окремих випадках хворі можуть виконувати професійний праця на дому або в спеціально створених умовах.

I група інвалідності визначається хворим на тяжку форму РА, з обмеженням здатності до самообслуговування, пересування, трудової діяльності III ст. Хворі в подібних випадках залежать в повсякденній діяльності від допомоги інших осіб через короткі проміжки часу або постійного стороннього догляду. Причина інвалідності: найбільш частою є «загальне захворювання»; відповідних анамнестичних даних, документально підтверджених, може бути встановлена «інвалідність з дитинства».

Профілактика і реабілітація: санація хронічних вогнищ інфекції, раціональний режим праці в сприятливих виробничих умовах, задовільні житлово-побутові умови; раннє виявлення хвороби, адекватне лікування в стаціонарних та амбулаторних умовах, диспансеризація; професійний відбір, професійна орієнтація, професійне консультування та навчання хворих молодого віку доступної професії, рекомендації з працевлаштування в конкретних доступних видах і умовах праці; спеціальне устаткування робочих місць; складання індивідуальної програми реабілітації та контроль за її виконанням.

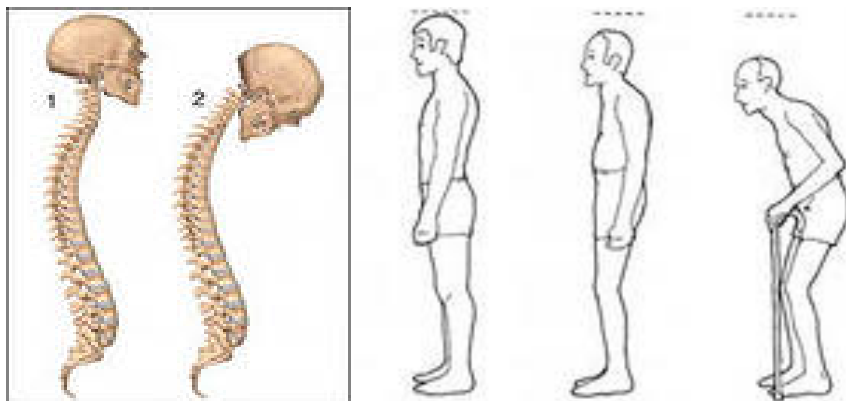
Анкілозуючий спондилоартрит (хвороба Бехтерева) - хронічне системне запалення суглобів, крижово-клубових зчленувань і хребта, його зв'язок з прогресуючою тенденцією до анкілозу. Захворювання відноситься до ревматичних хвороб, так як основу його становить переважне ураження сполучної тканини. Поширення анкілозуючого спондилоартриту в різних країнах становить від 0,4 до 2%. Хворіють частіше чоловіки, ніж жінки – співвідношення- (5-9): 1.

Зазначено, що хвороба Бехтерева зустрічається в 2-6 разів частіше у членів сімей у тих випадках, коли батьки страждали цим захворюванням. У більшості захворювання розвивається у віці 15-30 років, у 8,5% осіб у віці 10-15 років. Після 50 років хвороба виникає вкрай рідко. Після 20 років хвороби 27% хворих стають інвалідами, у 73% хворих настає обмеження рухливості, що змушує їх змінити професію або скоротити години щоденного праці [Насонова В.А., Остапенко М.Г., 1989]. Середній вік інвалідів, які

страждають на хворобу Бехтерева 44-47 років. Початок хвороби пов'язана з хронічним запаленням синовіальної оболонки, схожим з синовітом при РА.

Хвороба починається з болю в крижах і хребті в 75% випадків; у 20% з болю в периферичних суглобах, а у 5% - з ураження очей (ірит, іридоцикліт). На тлі спадкової схильності, генетичної детермінованості (комплекс HLA B27-антиген виявлений у 80-95% хворих) певна роль у розвитку хвороби Бехтерева відводиться інфекції, стимулюючої аутоагресію, травми, нервового і фізичного напруження, порушення функції ендокринних залоз, переохолодження. Надалі відбувається руйнування хряща і процес анкілозування порушених суглобів. Ураження міжхребцевих дисків і тіл хребців відбувається за типом спондилодисциту, супроводжується утворенням по краях тіл хребців кісткових мостиків, які надають хребту вид «бамбукової палки». Схильність до анкілозування виражена значно сильніше, ніж при інших формах артриту. На відміну від РА, у хворих з хворобою Бехтерева в крові ніколи не виявляється ревматоїдний фактор, однак в активній стадії артриту у хворих відзначають збільшення ШОЕ, позитивну пробу на С-реактивний білок і гіпер- α_2 - і β -глобулінемію, підвищення активності ферментів-кислої фосфатази і кислої протеїнази. Обмеження рухливості хребта розвивається за двома основними варіантами: висхідний - процес починається з ураження крижово-клубового зчленування і поступово поширюється на хребет і ребра; спадний - процес починається з верхньогрудного відділу хребта, зустрічається рідко. Шийний відділ хребта втягується у процес половини хворих через 10 років від початку хвороби.

Повний анкілоз хребта настає зазвичай не раніше ніж через 15-20 років.



Критерії експертизи працездатності. Розрізняють чотири клінічні форми хвороби Бехтерева. Центральна форма (ураження лише хребта) зустрічається у 46,69 хворих, різомелічна (ураження хребта і «кореневих» суглобів кінцівок - тазостегнових, плечових) зустрічається у 17-18% хворих; периферична (ураження хребта і периферичних суглобів - колінних, ліктьових, гомілковостопних, променезап'ясткових) зустрічається у 20-75% хворих; скандинавська (ураження хребта і дрібних суглобів кистей і стоп) - це різновид периферичної форми, що має велику схожість з ревматоїдним артритом.

Обмеження життєдіяльності хворого певним чином залежить від клінічної форми анкілозуючого спондилоартриту. При центральній формі хвороби тяжка функціональна недостатність спостерігається рідко, незважаючи на розвиток вираженого кіфозу. При різомелічній формі значно порушується рухливість і хворий швидко стає акінетичним. При периферичній та скандинавській формах ранні прояви порушення функції кисті і променезап'ясткових суглобів закінчуються випаданням елементів самообслуговування.

За характером клінічного перебігу розрізняють два основних типи перебігу анкілозуючого спондилоартриту: первинно-хронічний - відрізняється повільно прогресуючим торпідним перебігом (протягом 10-15 років повного анкілозування хребта не настає) та рецидивуючий, що протікає

із загостреннями, частота і тяжкість яких ідентична прогресуючій формі РА. Це - найбільш несприятливий тип перебігу хвороби Бехтерева. Часті і тривалі загострення патологічного процесу позбавляють хворих можливості виконувати роботу у виробничих умовах. Функціональні порушення в хребті і суглобах, залежать від ступеня поширеності патологічного процесу і вираженості больового синдрому.

За течією суглобової процес може бути гострим (тривалість до 3 міс), підгострий (6 міс), затяжним (9 міс), хронічним (понад 9 міс). За ступенем функціональних порушень хребта і суглобів, поширеності патологічного процесу в експертних цілях розрізняють три стадії анкілозуючого спондилоартриту.

В I стадії (ранній період хвороби) хворі відзначають біль запального типу в суглобах, поперековій області і області крижово-клубових зчленувань, відчуття скутості в попереку, особливо вранці, які супроводжуються ригідністю поперекових м'язів. Дихальна екскурсія грудної клітки знижена до 3-4 см (при нормі 6-8 см). Проба Stibora - при згинанні дуга хребта зменшена на 2-4 см і збільшення її становить 6-8 см (норма - 10 см). Проба Pavelky - при повороті тулуба довжина від яремної вирізки грудини до остистого відростка L5 зменшується на 2-3 см і збільшення її становить 5-6 см (норма - 8 см). На рентгенограмах: ознаки двостороннього зі сакроілеїтом (субхондральний остеопороз, невиразні контури зчленувань з помилковим розширення суглобової щілини, вогнищевий периартикулярний остеосклероз крижів і клубових кісток), часткового анкілозирования крижово-клубових зчленувань. Посилення поглинання радіонукліда (пірофосфат ^{99}Tc) в області крижово-клубових зчленувань порівняно з хрестцем при сцинтиграфії до розвитку рентгенологічних змін. Показники активності процесу залежать від клінічної форми, типу перебігу захворювання, наявності HLA B27-антигену.

У II стадії (розгорнутому періоді хвороби) відзначають нерухомість поперекового відділу, обмеження рухів грудному та шийному відділах,

радикулярні болі, болі в великих суглобах, порушення постави (кругла спина -«позапросителя» або «пряма доскоподібна спина»), напруження м'язів спини або їх атрофія. Тип дихання - черевний, на животі - поперечна складка. Дихальна екскурсія грудної клітки зменшена до 2-3 см. При пробі Slibora дуга хребта зменшується при нахилах на 5-6 см і збільшення становить 4-5 см. При ротаційних рухах хребта довжина між вимірюваними точками зменшується на 4-5 см у порівнянні з нормою і її збільшення становить 3-4 см. На рентгенограмах хребта визначаються характерні зміни: повна облітерація крижово-клубових зчленувань, частковий або повний анкілоз у справжніх суглобах хребта, в реберно - хребетних і грудино-реберних зчленуваннях, артрит кульшових і колінних суглобів.

Для **III стадії** (термінальної) характерні - вимушене положення тіла, округла спина, атрофія м'язів плечового і тазового поясу, запала грудна клітка. Рухи у всіх відділах хребта відсутні. Дихальна екскурсія грудної клітки до 0,5 см. Дихання стає поверхневим і частим. Різко знижується життєва ємкість легень. Рентгенологічно: хребет представляється у вигляді «бамбукової палки» з осифікацією всього зв'язкового апарату хребта, періостальними явищами в області сідничних горбів, п'яткових кісток, нерідко анкілози великих суглобів. Поряд із змінами в хребті при I та II стадіях хвороби зустрічаються ураження очей у вигляді іриту або іридоцикліту у 10-30% хворих, ураження серцево-судинної системи (перикардит, аортит) 20-22% випадків, ураження нервової системи (вторинний попереково-грудний, шийний радикуліт). У II і III стадіях відзначається ураження нирок (сечокам'яна хвороба, амілоїдоз), у 31% хворих і ураження легенів в результаті обмеження дихальної рухливості грудної клітини, що сприяє розвитку респіраторних захворювань і туберкульозу.

Лікування анкілозуючого спондилоартриту (АС) ґрунтується на тих же принципах, що і РА, повинно бути систематично тривалим і адекватним активності і тяжкості хвороби. У більш вираженій стадії хвороби з ураженням кульшових суглобів показано ендопротезування (для поліпшення

самообслуговування). Диспансеризація цих хворих дозволяє проводити систематичну протизапальну терапію для профілактики загострень, збереження функції хребта і загальної працездатності. В періоди ремісії рентгенографія суглобів і хребта проводиться один раз на рік.

Ортопедично-хірургічне лікування. При неефективності консервативного лікування та збільшення товщини синовіальної оболонки при УЗД понад 4 мм показана синовектомія; за наявності анкілозів, переважно кульшових суглобів, проводять ендопротезування (повна заміна кульшового суглоба металевим ендопротезом). Для виправлення стійкої деформації хребта при розвитку кіфозу застосовують остеотомію хребта.

Санаторно-курортне лікування відіграє роль базової терапії хвороби як щодо впливу на больовий синдром і поліпшення рухливості хребта, так і щодо профілактики прогресування процесу і попередження інвалідизації.

Більшості хворих щорічно у весняно-літній період показано курортне лікування, після чого вони, як правило, протягом 4-6 міс не потребують медикаментозної терапії. Особливо ефективними є сірководневі та радонові ванни, грязеві аплікації на курортах Одеси, Євпаторії, Саків, Слав'янська, П'ятигорська, Цхалтубо. Окрім природних чинників, на курортах і в санаторіях широко використовують фізіотерапевтичні методи лікування і ЛФК.

Критерії ефективності лікування:

- нормалізація або зниження клініко-лабораторних параметрів активності захворювання;
- зменшення (сповільнення) рентгенологічного прогресування ураження опорно-рухового апарату.

Всі хворі на АС підлягають диспансерному спостереженню ревматолога. Основними завданнями такого спостереження за цією категорією пацієнтів є профілактика загострення; відновлення або збереження функцій суглобів і хребта; визначення показань до повторної госпіталізації та санаторно-курортного лікування.

Профілактика. При АС особливе значення має профілактика деформації хребта й інших ускладнень.

Пацієнтам слід відмовитись від паління, оскільки це призводить до зменшення об'єму дихальних рухів, рекомендується зберігати правильну позу у вертикальному положенні, використовувати жорсткі матраци, спати на спині або животі, щоденно виконувати фізичні та дихальні вправи; показані також масаж для зміцнення м'язів, гідротерапія, плавання.

Хворим із периферичною формою хвороби Бехтерева рекомендується відвідувати лікаря один раз на 1-2 міс, із центральною – один раз на 4 міс.

Більш ніж у 50% випадків інвалідність настає через 11-20 і більше років від появи перших ознак захворювання.

Прогноз. У пацієнтів молодого віку, що хворіють на АС, інвалідність переважно зумовлена високим ступенем активності та резистентністю патологічного процесу до лікування. У той же час низька активність, особливо в дебюті АС, є причиною пізньої діагностики і, відповідно, неадекватного патогенетичного лікування. Останніми десятиріччями значно покращилась рання діагностика АС (до 5 років від дебюту) та у 8 разів рідше відмічається пізня діагностика (через 10 років), але своєчасним, раннім діагноз АС є лише в половині випадків. У середньому від початку хвороби до втрати працездатності проходить 18 років. На інвалідизацію пацієнтів із АС впливають такі фактори: перебіг хвороби (у разі швидко прогресуючого АС ризик інвалідизації збільшується у 7 разів), регулярність та якість терапії (за епізодичного лікування ризик зростає у 2-3 рази), виражена активність АС та його тривалість (у 2-2,5 раза). Для прогресування АС мають значення також рентгенологічна стадія та клінічна форма АС.

При ранньому встановленні діагнозу, повільно прогресуючому перебігу захворювання, адекватному лікуванні та дотриманні рекомендацій щодо режиму можна розраховувати на тривале збереження функції хребта і периферичних суглобів, а також працездатності хворого.

В умовах швидко прогресуючого перебігу АС і (або) неадекватного лікування протягом 5-10 років розвивається повне анкілозування хребта, що супроводжується вираженими порушеннями функціональної здатності хворого аж до неможливості самообслуговування в повному обсязі.

При розгорнутій стадії захворювання необхідно носити взуття на високих стійких підборах. При цьому центр ваги організму переноситься наперед і хворий прагне випрямлятися, чим збільшує лордоз у поперековому відділі хребта. Хворі на АС повинні спати на твердій поверхні без подушки чи користуватися тонкою подушкою під голову і надпліччя, якщо формується кіфоз у шийному відділі хребта.

Критерії та орієнтовні строки тимчасової втрати працездатності (ТВП) аналогічні таким при РА (клініко-лабораторна характеристика загострення захворювання, підтверджена показниками активності II і III ступенів.

Тривалість ТВП залежно від тяжкості загострень та ефективності проведеної терапії становить від 40 до 90 днів. При частих і тривалих загостреннях лікування за лікарняним листком не повинно перевищувати 4 місяці з подальшим направленням на МСЕ.

Критерії відновлення тимчасово втраченої працездатності: стабільне зменшення активності до 0 і I ступеня, відсутність або помірність больового синдрому, порушення функції уражених суглобів не більше II ступеня. Особам, які працюють у протипоказаних видах і умовах праці, необхідні обмеження визначаються згідно з висновком ЛКК лікувально-профілактичних установ.

Протипоказані види та умови праці:

- робота, пов'язана з тяжкою і середньої напруги фізичною працею;
- праця, пов'язана з вимушеним положенням тіла, частими нахилами, вібрацією тулуба;
- робота в несприятливих метеорологічних умовах (у гарячих цехах, з підвищеною вологістю, загазованість);

- при периферичної та скандинавської формах хвороби протипоказана робота, що вимагає виконання точних і дрібних рухів, з тривалим перебуванням на ногах.

Показання для направлення на МСЕ:

- рецидивуючий, швидкопрогресуючий тип перебігу захворювання (відсутність ремісії більше року);
- повільно прогресуючий тип перебігу захворювання з частими, середньої частоти і тривалості загостреннями, ураженням інших органів та систем;
- первинно-хронічний тип перебігу захворювання I та II стадій при наявності непридатних видів і умов праці і неможливість раціонального працевлаштування;
- III стадія процесу;
- різномелічна форма при вираженому і різко вираженому порушенні функції плечових або тазостегнових суглобів.

Необхідний обсяг діагностичних методів обстеження при направленні на МСЕ повинен бути таким же, як і при РА.

Критерії груп інвалідності.

Стійке помірне обмеження життєдіяльності і порушення працездатності настає у хворих з анкілозуючим спондилоартритом I і II стадій при первинному або рецидивуючому хронічному повільно прогресуючому типі перебігу захворювання, з поодинокими та середньої частоти нетривалими загостреннями, з активністю процесу 0 і I ступенів і порушенням функції хребта і суглобів I і II ступенів у зв'язку зі значним звуженням кола доступних робіт. При працевлаштуванні зі зниженням кваліфікації або зменшенням обсягу робіт особам, зайнятим в професіях з протипоказаними факторами визначають III групу інвалідності.

II групу інвалідності визначають хворим з вираженим обмеженням життєдіяльності та працездатності при I і II стадіях захворювання, швидко прогресуючому типі перебігу, з середньою частотою і частими тривалими загостреннями, активністю процесу II і III ступеня, порушенням функції

суглобів і хребта II і III ступенів, ураженням внутрішніх органів, що супроводжуються тяжкою недостатністю кровообігу, ниркової або дихальною недостатністю. Хворим з центральною і різномелічною формами анкілозуючого спондилоартриту в періоди ремісії доступна робота в спеціально створених полегшених умовах або легка ручна праця на дому.

Різко виражене обмеження життєдіяльності і працездатності (визначення I групи інвалідності) пов'язано з виразністю і незворотністю змін суглобів (порушення функції IV ступеня) і хребта (III стадія захворювання) у зв'язку з прогресуванням захворювання і декомпенсацією функції опорно-рухової системи. Хворі, як правило, прикуті до ліжка і потребують стороннього догляду.

Медико-соціальна експертиза та інвалідність при ювенільному ревматоїдному артриті

В основі патогенезу ювенільного ревматоїдного артрити (ЮРА) лежить активація імунно-компетентних клітин, аутоімунні реакції, формування імунних комплексів.

Класифікація:

За клініко-анатомічної характеристикою:

- 1) РА, переважно суглобова форма з ураженням очей або без їх поразки - поліартрит, олігоартрит (2-3 суглоба), моноартрит;
- 2) РА, суглобово-вісцеральна форма (з органічними вісцеритами, синдромом Стілла, алергосептичним синдромом);
- 3) РА у поєднанні з ревматизмом та іншими дитячими хворобами суглобів.

За клініко-імунологічною характеристикою:

- 1) тест на ревматоїдний фактор позитивний;
- 2) тест на ревматоїдний фактор негативний.

За течією хвороби:

- 1) швидке прогресування;
- 2) повільне прогресування;

3) без помітного прогресування.

По ступеню активності процесу:

1) висока (III ступінь);

2) середня (II ступінь);

3) низька (I ступінь).

За рентгенологічною стадією артриту: 1) навколосуглобовий остеопороз, ознаки випоту в порожнину суглоба, ущільнення періартикулярних тканин, прискорення зростання епіфізів ураженого суглоба;

2) ті ж зміни і звуження суглобової щілини, поодинокі кісткові узури;

3) поширений остеопороз, виражена кістково-хрящова деструкція, вивихи, підвивихи, системне порушення росту кісток;

4) ті ж зміни і анкілози.

За функціональною здатністю хворого:

1) збережено;

2) порушена за станом опорно-рухового апарату:

- здатність до самообслуговування збережена;

- здатність до самообслуговування частково втрачена;

- здатність до самообслуговування втрачена повністю;

3) порушена за станом очей або внутрішніх органів.

Клінічна картина. Ураження суглобів мають ряд клінічних особливостей: стійкість артриту, біль з'являється тільки при русі, пальпація суглоба безболісна, за винятком рідкісних випадків з різко вираженими ексудативними явищами в навколосуглобових тканинах, характерна ранкова скутість різної вираженості та тривалості з одночасним ранковим циркадним ритмом артралгій. Уражені суглоби гарячі на дотик, однак гіперемія шкіри зустрічається рідко.

Найбільш часто зустрічається моно-/оліго-артричний (до 4 суглобів) варіант, що починається частіше у віці 2-4 років. Початок захворювання підгострий: ранкова скутість в області ураженого суглоба (колінного, частіше правого, гомілковостопних, інших суглобів - рідко), зміна конфігурації та об'єму,

підвищення місцевої температури, больові контрактури, прогноз (без ураження органу зору) сприятливий, доброякісне, добре піддається лікуванню.

Поліартритичний варіант може проявлятися по-різному: або з ураженням декількох великих суглобів або з залученням в процес дрібних суглобів кистей і стоп. При ураженні великих суглобів захворювання розвивається гостро: підвищення температури тіла, інтоксикація, виражений больовий синдром із зміною конфігурації суглоба і порушенням його функції. Надалі відзначаються стійкість больового синдрому, погана його курабельність, втягнення в процес внутрішніх органів, швидке прогресування з кістковою деструкцією.

При ураженні дрібних суглобів кистей і стоп процес розвивається непомітно: ранкова скутість, ніяковість, зміна конфігурації суглобів з швидким прогресуванням змін в кістках і порушенням функцій. Відзначається симетричне ураження дрібних суглобів кистей, стоп з переважанням проліферативних змін з мінімальною активністю по лабораторним показникам. У третини хворих спостерігається ураження міжхребцевих суглобів шийного відділу хребта, часто зустрічається артрит у скронево-нижньощелепних суглобах. Деструкцію суглобового хряща і субхондральних відділів кісток, деформація суглобів формується у дітей значно повільніше, ніж при РА дорослих. Характерними ознаками хронічного перебігу є відставання дитини у фізичному розвитку, порушення росту окремих сегментів скелета. Позасуглобові прояви також мають особливості, одним з найбільш значущих є ураження очей - хронічний увеїт, практично не зустрічається при РА дорослих. Хронічний увеїт виникає найчастіше у дітей молодшого віку при моно-і олігоартриті і часто дебютує з суглобового синдрому.

Для нього характерна тріада: іридоцикліт, катаракта, стрічкоподібна дистрофія рогівки. Ураження очей у 65-70% випадків двостороннє, протікає малосимптомно, не має паралелізму зіступенем суглобових проявів. Поволі

з'являються скарги дитини на зниження зору, відчуття «піску в очах». Захворювання може бути виявлено при огляді за допомогою щілинної лампи. Системні варіанти ювенільного РА зустрічаються частіше, ніж у дорослих (10-20%), і включають в себе 5 діагностичних ознак: лихоманка, висип, лімфоаденопатія, гепатолієнальний синдром, артралгії (артрит).

Лихоманка має інтермітуючий характер, до 39,9-40°C, супроводжується болісними ознобами, не знижується при лікуванні антибіотиками, але знижується при прийомі великих доз аспірину і преднізолону, наростання температури тіла можливо або ввечері, або вранці.

Ревматоїдні висипи мають особливості: висип макульозного характеру, рожева, поліморфна, нестійка, що розквітає при підйомі лихоманки і зникає при нормалізації температури тіла.

Лімфоаденопатія характеризується збільшенням переважно пахвових, пахових і шийних лімфатичних вузлів. До інших несуставних проявів відносять ексудативний перикардит, міокардит, ендокардит, плеврит, пневмоніт, гломерулів з розвитком амілоїдозу нирок.

Хвороба Стілла - варіант системного перебігу ювенільного РА, який характеризується чотирма першими діагностичними ознаками і клінічно вираженим артритом і проявляється високою гектичною лихоманкою, генералізованим збільшенням лімфатичних вузлів, печінки, селезінки, ураженням внутрішніх органів - нирок (гломерулонефритабо нефрит), легень (інтерстиціальна пневмонія), серця (міокардит) і ін. Суглобовий синдром може випереджати ураження внутрішніх органів, або дещо зміщуватись, але в будь-якому випадку ураження суглобів носить яскравий запальний характер, відрізняється стійкістю, поганою курабельністю, швидкої деструкцією кісткової тканини; ураження внутрішніх органів ускладнюється амілоїдозом.

Субсепсис Вислера - Фанконі (псевдосепсис, алергосепсис) - другий варіант системного перебігу ювенільного РА, при якому чотири перших діагностичних ознаки системного ураження поєднуються з артралгіями,

також проявляється гостро: висока лихоманка неправильного типу (частіше в ранкові години) при непоганому самопочутті хворих, поліморфниймакулопапульозний або уртикарний висип на кінцівках і тулубі, поліартралгії, ураження серця, гематурія, протеїнурія, рідше - ураження інших органів. У периферичній крові характерний лейкоцитоз до $(30 - 50) \times 10^9/\text{л}$ за рахунок нейтрофильного зрушення, зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво (аж до лейкемоїдної реакції). ШОЕ збільшена до 60-70 мм/год. виявляються анемія, підвищення вмісту тромбоцитів. Саме поєднання лихоманки з високим лейкоцитозом і вираженим палочкоядерним зрушенням стало причиною введення терміна «субсепсис». Показники активності процесу (протеїнограма, фібриноген, титри сіалових кислот, імуноглобуліни) також істотно змінені. Приблизно у половини хворих спостерігаються гематурія, протеїнурія. Субсепсис характеризується хвилеподібним перебігом і закінчується, як правило, після одного-двох рецидивів, одужанням у 70% пацієнтів, у решти розвивається тривалий перебіг поліартритичного варіанту артрити.

Ускладнення: амілоїдоз; деформація і порушення функції суглобів, ураження нирок і серця з розвитком ХНН, хронічної серцево-судинної недостатності; втрати зору.

Лабораторні та інструментальні методи, що підтверджують діагноз:

- 1) клінічний аналіз крові (лейкоцитоз, нейтрофіліоз зі зсувом формули вліво, збільшення ШОЕ, анемія, збільшення вмісту тромбоцитів);
- 2) біохімічні аналізи крові (протеїнограма і гострофазні білки запалення свідчать про гострий запальний процес);
- 3) виявлення аутоантитіл проти імуноглобулінів, антинуклеарного та ревматоїдних факторів; визначення вмісту імуноглобулінів, особливо IgA. концентрація якого підвищується по мірі наростання активності процесу;
- 4) рентгенологічне дослідження уражених суглобів (відображає стадію суглобового процесу);
- 5) консультація офтальмолога;

б) дослідження синовіальної рідини.

Клініко-лаборагорні критерії діагностики:

- 1) початок захворювання до 18-річного віку;
- 2) ураження одного суглоба або більше, характеризується припухлістю чи випотом або має як мінімум дві з таких ознак: обмеження функції суглоба, контрактура суглоба, болючість при пальпації, підвищення місцевої температури, атрофія м'язів;
- 3) симетричне ураження дрібних суглобів;
- 4) ураження шийного відділу хребта;
- 5) тривалість змін суглобів не менше 6 тижнів;
- 6) ранкова скутість;
- 7) увеїт;
- 8) ревматоїдні вузлики;
- 9) ШОЕ більше 35 мм/год;
- 10) виявлення ревматоїдного фактора;
- 11) характерні дані біопсії синовіальної оболонки.

Рентгенологічні ознаки:

- 1) остеопороз;
- 2) звуження суглобових щілин;
- 3) порушення росту кісток.

При наявності 3 ознак діагноз вважається вірогідним, при наявності 4 – певним, при наявності 7 - класичним.

Лікування: «базисна» терапія - призначення НПЗП тривалими курсами: ацетилсаліцилова кислота в добовій дозі 75 - 100 мг/кг протягом 2-4 тижнів. потім вольтарен (2-3 мг/кг на добу), індометацин (1 - 3 мг/кг / добу) напроксен (10-20 мг/кг на добу), ібупрофен (20-30 мг/кг на добу); при неефективності лікування НПЗП через 4-6 міс, особливо при поліартриті, показано призначення довго і повільно діючих антиревматичних препаратів:

(кризанолау і тауредону) на термін не менше 20 тижнів, а також Д-пеніциламін.

Показаннями для призначення глюкокортикоїдів (преднізолону в дозі 3-4 мг/кг на добу, але не більше 75 мг/добу) є системний варіант ювенільного РА з високою лихоманкою або кардитом (картина субсепсиса); наявність увеїту, який не регресує при місцевому застосуванні глюкокортикоїдів; виражене загострення суглобового синдрому при поліартричному варіанті ювенільного РА. При затуханні системних явищ через 2-3 тижні дозу преднізолону поступово знижують до підтримуючої, переходять на інтермітуючий прийом, а потім препарат відміняють. Загальний принцип відміни глюкокортикоїдів: чим менше доза, тим повільніше її слід знижувати. Ефективним є метод внутрішньосуглобового введення гідрокортизону (гідрокортизон 25-50 мг або кеналог 5-20 мг). При агресивно поточному системному варіанті хвороби, рецидивах субсепсиса, увеїті показано застосування імунодепресантів (циклоспорину у добовій дозі 4-6 мг/кг протягом 6-8 міс, метотрексату в дозі 2,5-7,5 мг 1 раз на тиждень, циклофосфану по 4-5 мг/кг щодня). Ефекту максимальної імуносупресії слід домагатися на самих ранніх стадіях хвороби для індукції ремісії, так як прогресування, нехай навіть повільне, що призводить до незворотних процесів в організмі. В останні роки в лікуванні системних форм ювенільний РА успішно використовують препарати імуноглобулінів для внутрішньовенного введення. Лікування ювенільного РА проводять тільки в спеціалізованих клініках. Амбулаторної проводять постійне тривале лікування з підібраними схемами. Крім того, мають значення ЛФК, масаж, ФТЛ, попередження деформації кінцівок і контрактур, ревмоортопедичні методи лікування.

Прогноз визначається як характером самого процесу, так і своєчасним та адекватним лікуванням. Навіть при системних варіантах ювенільний РА рідко загрожує життю дитини і прогноз більш сприятливий, ніж при РА у дорослих. У 75% хворих спостерігаються тривалі ремісії, але у 1/3 - 1/4

хворих поступово розвиваються контрактури і анкілози, особливо при серопозитивних поліартритах. Причиною інвалідизації найчастіше бувають ураження кульшового суглоба, увеїт і амілоїдоз нирок.

Критерії інвалідності: хвороба Стілла, полиартритический варіант захворювання, іридоцикліт, стійка 2 і 3 ст. активності захворювання.

Реабілітація ревматоїдного артриту

Лікарняний період реабілітації

Лікарняний етап передбачає виконання наступних завдань:

- стабілізація автоімунного запального процесу (адекватна медикаментозна терапія);

- профілактика контрактур та анкілозів, відновлення рухомості суглобів, тренування м'язів, вироблення рухових стереотипів (рання активна кінезотерапія, фізіотерапія, працетерапія);

- ліквідація суглобового синдрому, підвищення загальної реактивності організму (медикаментозна терапія, фізіотерапія);

- формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу (психотерапія).

Ефективне патогенетичне лікування ревматоїдного артриту (РА) передбачає використання широкого арсеналу медикаментозних засобів, які направлені на аутоімунний компонент запалення - протизапальні (стероїдні та нестероїдні) препарати, імунодепресанти, Ц-пеніцилінамін, препарати золота, похідні амінохінолінів та ін. Ця терапія є базовою для лікування РА і є довготривалою. В міру зменшення активності процесу підбирається підтримуюча доза базових препаратів, і медикаментозне лікування супроводжує хворого на диспансерному, а в більшості випадків і на санаторно-курортному етапах.

Хірургічне лікування використовується рідко, як правило, лише у випадках глибокого порушення функції суглобів, при наявності

анкілозів. Проводяться реконструктивні операції з відновлення функції уражених суглобів, протезування суглобів.

Лікувальна фізкультура підключається з перших днів лікування, відразу після зменшення інтенсивності вираженого запального і суглобового синдрому, оскільки прогресування хвороби досить швидко призводить до розвитку контрактур, тугорухливості в суглобах, а пізніше і анкілозів. Тому, поряд із дихальними вправами статичного характеру з тривалим видихом, направленими на профілактику гіпостатичних явищ, в комплексі ЛФК включають вправи на розслаблення м'язів уражених кінцівок. Для підвищення ефективності фізичної реабілітації вправи виконують при максимальному розслабленні м'язів та поєднують їх з масажем (легке прогладжування та розтирання). Заняття проводяться 2-3 рази на день індивідуальним методом або малими групами, супроводжуючи вправу паузами пасивного відпочинку.

При подальшому стиханні ексудативних явищ (підгостра стадія) поряд з простими загальнорозвиваючими вправами протягом кількох днів ще застосовують пасивні рухи в уражених суглобах та вправи на розслаблення м'язів кінцівок. В подальшому вводять активні рухи спочатку з розвантаженням кінцівки, а потім і без нього. Заняття доповнюють вправами з гімнастичними предметами та на снарядах. Дихальні вправи статичного і динамічного характеру поєднують з коригуючими і загальнорозвиваючими. Заняття також, проводять індивідуально або малими групами і поєднують з масажем. Сеанси масажу включають використання більш енергійних прийомів (енергійне розтирання, розминання). Комплекс доцільно завершувати відробкою прийомів самообслуговування та працетерапії.

В подальшому, з переведенням хворих на палатний, а згодом і навільний руховий режим, навантаження в комплексах ЛФК значно зростає. Широко використовують загальнорозвиваючі вправи, які охоплюють всі групи м'язів і суглобів. Включають вправи як без предметів, так і з ними, вправи з обтяженням та опором, дихальні вправи статичного і динамічного характеру.

Комплекс доповнюють спеціальними пасивними і активними вправами, які чергуються з вищеперерахованими видами вправ. Рекомендують механотерапію, вправи у воді, елементи рухових ігор, дозовану ходьбу з переступанням через предмети різної висоти, вправи на координацію та вироблення суглобово-м'язового чуття. Для хворих на РА лікувальна фізкультура, поряд з іншими видами рухової активності, є складовою частиною балового лікування, оскільки вона дозволяє не лише покращити і навіть відновити рухомість уражених суглобів, але й попередити атрофію м'язів. З цією метою використовують коригуючі вправи, особливо вправи з гімнастичними предметами та тренажерами, а також працетерапію, яку розпочинають у напівліжковому режимі, використовуючи прийоми самообслуговування, нескладні роботи (малювання, письмо, виготовлення конвертів, в'язання, скручування бинтів, виготовлення марлевих тампонів та ін.).

Фізіотерапія на госпітальному етапі розпочинається методиками, які допомагають зменшити запальні явища в суглобах. З цією метою проводять УФО уражених суглобів слабкоеритемними або середньоеритемними дозами, УВЧ-терапію. В міру стихання ексудації додають солюкс, світлотеплову ванну на ділянку суглобів. З метою стимуляції функції надниркових залоз проводять індуктотермію надниркових залоз, а у пацієнтів з протипоказаннями до цього методу лікування (супутня ІХС, тиреотоксикоз, порушення мозкового кровообігу, вісцеральні прояви ревматоїдного артриту) - ДМХ-терапію або електросон.

Хворим з мінімальним ступенем активності додають електрофорез нестероїдних протизапальних засобів, аналгетиків та їх сумішей, ампліпульс-терапію, ультразвук стероїдних та нестероїдних препаратів місцево на уражені суглоби. Інколи використовують електроміостимуляцію.

Санацію вогнищ інфекції фізичними факторами проводять так само, як і при ревматичному артриті.

Післялікарняний період реабілітації

Диспансерно-поліклінічний етап

На поліклінічному етапі терапії РА розпочинають програму, яка включаєв себе:

- динамічне спостереження, попередження рецидивів захворювання(активна профілактика ГРВІ, переохолоджень; санація вогнищ інфекції,підтримуюча медикаментозна терапія);

- підвищення адаптаційних можливостей організму (фізіотерапія, масаж, ЛФК);

- продовження формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу (психотерапія);

- орієнтація хворого на досягнення максимально можливої соціальної адаптації (достатнє самообслуговування хворого при працевлаштуванні, яке відповідає тяжкості його стану і положенню в суспільстві).

Реабілітаційна програма хворих на РА на диспансерно-поліклінічному етапі розроблена Г.Г. Орловою та Г.Н. Шеметовою (1993 р.). Згідно зцією програмою, динамічне спостереження за пацієнтами здійснюється ревматологом і терапевтом з оглядами не рідше 2 разів на рік. Періодично проводяться консультації інших лікарів-спеціалістів(ЛОРа, стоматолога, ортопеда та ін.). Періодичне лабораторне дослідження включає в себе загальні аналізи крові та сечі, аналіз крові на гостро фазові показники запального процесу, ревматоїдний фактор, а також рентгенографію суглобів. При стійкому обмеженні працездатності – направлення на лікарсько-трудоу експертизу.

Режим праці та відпочинку поєднує обмеження фізичного навантаження і виключення несприятливих санітарно-гігієнічних умов.

Застосовується розвантажувально-дієтична терапія з достатньою кількістю білка, вітамінів, обмеженням легкозасвоєваних вуглеводів, тваринних жирів при достатньому споживанні рослинних (співвідношення 1:2), виключенням з раціону облігатних алергенів і т.д. Режим харчування - дрібними порціями.

Медикаментозні засоби поєднують продовження приймання препаратів базисної терапії за схемою, підбраною під час госпітального етапу, атакож місцеве введення протизапальних, знеболювальних та інших патогенетичних, симптоматичних засобів. Так, ефективними є внутрішньосуглобові введення кортикостероїдів, цитостатиків; аплікації та компресидимексиду з нестероїдними протизапальними засобами, анальгіном, гепарином, кортикостероїдами.

При невисокому ступені активності процесу (I-II ст.) показані:

1. Фізіотерапевтичні засоби - електрофорез не стероїдних протизапальних засобів, новокаїну, кальцію хлориду; індуктотермія уражених суглобів, ДМХ-терапія, ультразвук та фонофорез гідрокортизону, УВЧ-терапія на уражені суглоби та рефлекторно-сегментарні зони, лазеротерапія, магнітотерапія.

2. Формування правильного функціонального стереотипу – збереження хворим функціонального положення - прямої осі кисті та передпліччя при побутових і трудових маніпуляціях для профілактики деформацій кисті.

3. ЛФК, лікувальна гімнастика з поступовим нарощуванням складності вправ для профілактики контрактур і атрофії м'язів, збільшення амплітуди рухів у суглобах.

4. Масаж м'язів, обминаючи суглоби.

5. Психотерапія, автотренінг, при потребі - гіпнотерапія.

6. Працетерапія - робота на друкарській, швейній машинах, в'язання, робота у саду, на городі, столярні, слюсарні (ненавантажувальні) роботи.

В період ремісії:

1. Продовження приймання базисних препаратів.

2. Дієта, регуляція маси тіла.

3. Вітамінотерапія (вітаміни А, С, Е, групи В), біогенні стимулятори.

4. Періодичне розвантаження суглобів (ходьба з додатковою опорою, спеціальні шини для попередження деформацій кисті, контрактур).

5. Санаторно-курортне лікування за показаннями (див. наступний етап).

6. Масаж, сауна (щадний режим), санація вогнищ інфекції радикальна (хірургічна) за показаннями або тимчасова (фізіотерапевтична) - короткохвильове УФО, ультразвук.

7. Раціональне працевлаштування - рекомендувати професії з обмеженням фізичного навантаження, праці на відкритому повітрі, в несприятливих санітарно-гігієнічних умовах, на холоді і т. д.

8. Раціональна психотерапія.

Хворі на РА без вісцеральних проявів III рентгенологічної стадії та вперіод вираженої активності процесу потребують переходу на полегшену роботу або оформлення інвалідності при активній медикаментозній підтримці базовими препаратами.

При зниженні активності процесу хворим на РА суглобовою формою III стадії показані електрофорез лідази, хлориду літію, йодиду калію; ампліпульстерапія, ДМХ-терапія на ділянку суглобів та надниркових залоз, озокеритові, парафінові аплікації, електросон. Комплекс ЛФК (особливо механотерапію) проводять після попереднього проведення теплових процедур. Продовжують масаж м'язів, вироблення і закріплення правильного функціонального стереотипу кінцівки, тренування виконання побутових і трудових маніпуляцій.

В період ремісії проводять відбір на санаторно-курортне лікування, а також на хірургічне лікування.

У випадку ревматоїдного артрити з системними проявами необхідні візити до ревматолога 4 рази на рік, до фізіотерапевта, стоматолога, окуліста та невропатолога - по 2 рази на рік, до ортопеда - 1 раз на рік. Додатково до основного лабораторно-інструментального обстеження - ЕКГ, ехокардіографія, рентгенологічне дослідження легенів, функціональне дослідження нирок. Таким пацієнтам необхідні раціональне

працевлаштування, базове медикаментозне лікування, симптоматична терапія вісцеральних проявів захворювання. Комплексна терапія цього контингенту хворих може потребувати екстракорпоральних методів очищення крові (гемосорбція, плазмаферез), психотерапії із застосуванням транквілізаторів і антидепресантів. З метою підвищення ефективності базового лікування їм можуть призначатися аплікації димексиду на уражені суглоби, а також фізіотерапевтичні методи, стимулюючі кіркову речовину надниркових залоз, - ДМХ-терапія, ультразвук, змінне магнітне поле на ділянку надниркових залоз, електроміостимуляція.

Санаторний етап реабілітації

Основними завданнями санаторного лікування хворих на РА є: максимальне подовження строків ремісії, профілактика рецидивів захворювання;

- підвищення та підтримання рівня фізичної працездатності;
- розвиток механізмів компенсації;
- психологічна адаптація хворого до нових умов життя та професійно-трудова діяльність.

Санаторний етап реабілітації має потужний арсенал методів відновного лікування хворих на ревматоїдний артрит. Лікування проводять на грязьових курортах, а також на бальнеологічних курортах з сірководневими, радоновими та азотно-термальними водами, - Саки, Євпаторія, Хмільник, Немирів, Одеса, Бердянськ, Микулинці (Тернопільська обл.), П'ятигорськ, Сочі, Білокуриха та ін. В першу чергу в санаторії направляють хворих з суглобовою формою РА в неактивній фазі захворювання при можливості самообслуговування та самостійного пересування.

Методи бальнео- та грязелікування (радонові, сульфідні, натрієво-хлоридні, йодобромні ванни, торф'яні та мулові грязі) проводяться на (кліматотерапії, - аеро-, геліотерапії, а також таласотерапії. Кліматичні методи лікування мають адаптогенну дію, стимулюючи функцію гіпофізарно-надниркової системи, що, в свою чергу, сприяє підвищенню

стійкості до зовнішніх впливів, загартуванню організму, підвищує імунну реактивність та здійснює вторинний протизапальний вплив. Кліматоруховий режим у кожного окремого пацієнта визначається з урахуванням клінічного перебігу РА (активність, функціональні можливості опорно-рухового апарату), ступеня кліматоадаптації та імунної реактивності. Кліматолікування при хронічних формах захворювання: тривале перебування на повітрі, повітряні ванни щоденно, сонячні ванни розсіяної радіації по щадній схемі, купання в теплу пору року при температурі води не нижче 23-25 °С, тривалість процедури від 3 до 10 хв.

Бальнеогрязелікувальні процедури при мінімальному ступені активності патологічного процесу можна застосовувати як окремо, так і в поєднанні з фізичними факторами (П.Г. Царфіс, В.Д. Григор'єва, 1985 р.).

При середньому ступені активності РА бальнеогрязелікування призначають після курсу фізіотерапевтичних процедур, під впливом якого знижується активність запального процесу, покращується загальний стан хворих.

В хронічній стадії захворювання при невисокій активності запального процесу особливо ефективними є радонові ванни. Не менш ефективними є поєднання соляних, шавлієвих або скипидарних ванн з попередньою ДМХ-терапією надниркових залоз, що попереджує розвиток бальнеопатологічних реакцій. Застосовують також сульфідні ванни слабкої концентрації, грязьові або парафіново-озокеритові аплікації на 2-3 уражених суглоби. Якщо процедури тепло- та грязелікування протипоказані, призначають пелоїдин- або гумізол-електрофорез суглобів.

Після проведення реконструктивних операцій на суглобах вже з наступного дня після оперативного втручання починають відновне лікування. Проводять повільні пасивні рухи в оперованому суглобі, загальнорозвиваючу гімнастику. Хворим з оперованими суглобами нижніх кінцівок дозволяється сидати з 3-го дня після операції. З метою швидкого регресу набряку та запальної реакції застосовують суберитемні дози УФО або слабкотеплові

доза УВЧ. Для досягнення аналізуючого впливу та покращення трофіки тканин призначають змінне магнітне поле або діадинамотерапію. Через тиждень хворий самостійно проводить пасивне згинання стегна з допомогою блоку та наступним вкладанням кінцівки на шину Белера. Після знімання швів та рентгенівського контролю хворого виписують під поліклінічне спостереження з поступовим розширенням рухового режиму. За умови сприятливого перебігу післяопераційного періоду через 2 місяці від моменту операції хворому дозволяють ходити змилицями без навантаження на кінцівку. Паралельно продовжують розробку рухів у кульшовому суглобі спочатку під керівництвом методиста ЛФК, а потім і самостійно. Ходьбу з повним навантаженням на оперовану кінцівку дозволяють через рік після операції. На лікарняному етапі поряд з руховим режимом і лікувальною фізкультурою застосовують масаж та гідрокінезотерапію, СМХ-терапію, електрофорез новокаїну, фонофорез трилону в комплексі з парентеральним введенням вітамінів С, групи В, екстракту алое. Добрий ефект дає продовження відновного лікування на курортах з використанням кліматотерапії і морських купань.

Слід відмітити особливу роль психологічної реабілітації ревматологічних хворих, оскільки хронічний прогресуючий перебіг захворювання виснажує не лише фізично, але й призводить до астенізації нервової системи, зниження самооцінки, поглиблює стан пасивності у відношенні до навколишнього світу. Для таких хворих характерний високий рівень тривожності, переважання психастенічних рис характеру, особливо у інвалідів. Найбільш обґрунтованими видами психокорекції є раціональна і сугестивна психотерапія, які проводяться індивідуально або в колективі. Підвищує ефективність реабілітації і застосування психотропних засобів (транквілізаторів, антидепресантів).

Працетерапія є одним з перших етапів на шляху професійної реабілітації пацієнтів ревматологічного профілю. Вона спрямована, в першу чергу, на відновлення функціональної здатності суглобів, адаптацію хворого

донових умов. Методика її повинна узгоджуватися з активністю процесу і характером порушення функції уражених суглобів. Так, при ураженні суглобів кисті методика працетерапії наступна (Павленко Т.М., 1975). При III ступені активності (для РА) працетерапію не призначають. Іступінь активності (для РА та остеоартрозу з реактивним синовітом) передбачає роботу з ватою, марлею, а також розкрій і шиття в стаціонарі і вдома, роботу на ручній швейній машинці. Тривалість роботи від 15 до 45 хвилин декілька разів протягом дня.

При I ступені активності показане плетіння, картонажні роботи, ліплення.

При III ступені функціональної недостатності суглобів показане навчання хворих елементарним правилам самообслуговування за допомогою спеціальних стендів. Завжди вивчаються можливості для надомної роботи.

Усім ревматологічним хворим протипоказана робота в несприятливих метеорологічних умовах, за несприятливих породних умов або мікроклімату (висока або низька температура повітря, її значні коливання, висока вологість повітря, протяги), фізична праця зі значним напруженням, вимушене положення тіла, робота біля механізмів, які рухаються або розміщені на висоті, швидкий темп роботи на конвеєрі.

Хворим з легким ступенем тяжкості захворювання показана праця у звичних умовах виробництва (без протипоказаних факторів). Середній ступінь тяжкості передбачає роботу в спеціально створених умовах. Тяжкий перебіг захворювання передбачає виконання лише надомної роботи.

Оскільки на сьогодні створення цехів з полегшеними умовами праці на базі промислових підприємств як один із способів соціальної реабілітації ревматологічних хворих є проблематичним, на перший план виходить створення реабілітаційних центрів та інтернатів з лікувальними виробничими базами, які є досить рентабельними і дають можливість прискорити процес повернення хворого до професійної діяльності.

Ревматоїдний артрит. (M05-M06.9)

Ступінь порушення функцій організму	Клініко-функціональна характеристика порушень	Ступінь обмеження життєдіяльності і здатність до:	Група інвалідності
I ступінь	Суглобова форма, мало або повільно прогресуючий перебіг, у фазі тривалої ремісії, активність не перевищує 0 - I ступінь. Рентгенологічно - I стадія (навколосуглобовий остеопороз). Незначні порушення функції суглобів 0 - I ступеня. Стан суглобів: для плечового і кульшового суглобів обмеження амплітуди рухів не перевищує 20 - 50, для ліктьового, променевого, колінного, гомілковостопного амплітуда рухів зберігається в межах не менше 50 від функціонально вигідного положення, для кисті - в межах 100 - 170.	Обмеження життєдіяльності немає	Обмеження по лінії ЛКК
II ступінь	Суглобова форма, при рідкісних рецидивах (1-2 рази в рік) і нетривало існуючих часу. Характерно непостійні болі в суглобах, симптоми артриту виражені не чітко, ранкова скутість протягом 30 хв., незначна гіпертермія, ШОЕ 16 - 20 мм/год, СРБ (С реактивний білок) +, I ступінь активності. Рентгенологічно - II стадія (звуження суглобової щілини, поодинокі візерунки) порушення функції суглобів II ступеня. Стану суглобів: для плечового і кульшового суглобів обмеження амплітуди рухів не перевищує 50, для ліктьового, променевого, колінного, гомілковостопного - зменшується до 20 - 45.	самообслуговування - I ст.; пересуванню - I ст.; трудової діяльності - I ст.	III група
III ступінь	Суглобова форма або суглобово-вісцеральна форма швидко прогресуюча течія, з загостреннями 2-3 рази в рік, при тривалому загостренні до 2 - 3 міс. в році. Ранкова скутість до полудня або протягом усього дня, гіпертермія помірна або виражена, ШОЕ більше 20 - 40 мм/год, СРБ 2+, II ступінь активності. Рентгенологічно - III стадія (множинні узури). Порушення функції суглобів. Порушення функції суглобів III ступеня.	самообслуговування - II ст.; пересуванню - II ст.; трудової діяльності - II/III ст.	II група
IV ступінь	Суглобова форма або суглобово-вісцеральна форма швидко прогресуюча течія, що не піддається лікуванню. Ранкова скутість упродовж всього дня. СРБ 3+. Рентгенологічно - IV стадія (кістковий анкілоз). Різко виражене порушення функції суглобів IV ступеня.	самообслуговування - III ст.; пересуванню - III ст.	I група

Анкілозуючий спондиліт (M45, M08.1, M45, M48.1)

Ступінь порушення функцій організму	Клініко-функціональна характеристика порушень	Ступінь обмеження життєдіяльності і здатність до:	Група інвалідності
I ступінь	Болі в хребті, більше в попереково-крижовому відділі, клубово-крижовому зчленуванні. Обмеження дихальної екскурсії грудної клітини, іноді підвищення ШОЕ, субфебрильна лихоманка. Рентгенологічно: I стадія (деструкція крижово-клубових зчленувань і початкові ознаки анкілозування).	Обмеження життєдіяльності немає	Обмеження по лінії ЛЖК
II ступінь	Нерухомість поперекового відділу хребта, обмеження рухів в шийному відділі, стійкі болі в грудях, тазостегнових і плечових суглобах, вимушене положення тіла з нахилом тулуба вперед. Дихальна екскурсія грудної клітки зменшена до 1 см. Визначається підвищення ШОЕ, субфебрильна температура. Рентгенологічно: II стадія (повна облітерація крижово-клубових зчленувань, звапніння зв'язкового апарату, частковий анкілоз суглобів хребта, кістково-вертебральних і грудинно-реберних зчленувань).	самообслуговування - I ст.; пересуванню - I ст.; трудової діяльності - I ст.	III група
III ступінь	Різке порушення функції хребта, аж до повної нерухомості, а також великих суглобів: вимушене фіксоване положення тіла, різка атрофія м'язів плечового і тазового поясу, запала грудна клітина. Рентгенологічно: III стадія (анкілозування всіх суглобів хребта, кульшових, плечових, крижово-клубових зчленувань, звапніння зв'язкового апарату хребта, здобуває вид "бамбукової палки").	самообслуговування - II ст.; пересуванню - II ст.; трудової діяльності - II/III ст.	II група
IV ступінь	Обмежені можливості самообслуговування, заняття непрофесійною і професійною діяльністю. Рентгенологічно: IV стадія (далеко зайшли зміни - повний анкілоз). Суглоби фіксовані у функціонально невідгідному (підтягнутому) положенні.	самообслуговування - III ст.; пересуванню - III ст.	I група

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я
України

14 лютого 2012 р

№ 11
0

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 088/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> № <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Направлення на медико-соціально-експертну комісію (МСЕК) Дата видачі " ____ " _____ 20 ____ року																															
1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____																															
2. Дата народження <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)											3. Стать: чоловік – 1, жінка – 2 <input type="checkbox"/>																				
4. Місце проживання хворого _____																															
5. Інвалід _____ групи _____																															
6. Місце роботи _____																															
7. Адреса місця роботи _____																															
8. Спеціальність _____ посада _____																															
9. Найменування закладу охорони здоров'я, який направив хворого _____																															
10. Під наглядом лікувально-профілактичного закладу з " ____ " _____ 20 ____ року																															
11. Історія даного захворювання (початок, розвиток, перебіг, дати загострень; проведені лікувально-профілактичні заходи, заходи щодо відновлення працездатності) : _____																															
12. Частота і тривалість тимчасової непрацездатності (відомості за останні 12 місяців):																															
з якого і по яке число місяця	найменування хвороби																														

13. Зміна професії або умов роботи за останній рік:	_____
14. Стан хворого при направленні на МСЕК (дані об'єктивного обстеження хірурга, невропатолога та інших спеціалістів):	_____
15. Рентгенологічні дослідження та інші дослідження:	_____
16. Лабораторні дослідження:	_____
17. Діагноз при направленні на МСЕК:	
а) основне захворювання (клінічна характеристика за прийнятою класифікацією, ступінь порушення функцій організму)	_____
б) супутні захворювання:	_____
в) ускладнення:	_____
18. Підстава для направлення на МСЕК: наявність ознак інвалідності, закінчення терміну інвалідності, переогляд, терміновий переогляд, продовження (непродовження) листка непрацездатності (підкреслити).	
Голова ЛКК	_____
Члени комісії:	_____

	(прізвища, імена, по батькові)
М.П.	
“ _____ ”	_____ 20 _____ року

ПОВІДОМЛЕННЯ
закладу охорони здоров'я про рішення МСЕК

Дата видачі “_____” _____ 20__ року

1. Найменування закладу охорони здоров'я, куди надсилається повідомлення, його адреса

2. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

3. Дата народження

--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

4. Дата огляду “_____” _____ 20__ р.

МСЕК

5. Номер
акта _____

6. Діагноз
МСЕК _____

7. ВИСНОВОК
МСЕК _____

8. Рекомендації щодо соціально-трудової реабілітації

Голова
МСЕК _____

Дата “_____” _____ 20__ року.

Індивідуальна програма реабілітації інваліда N ____ (вікова категорія від 18 років і старше)

Дата заповнення _____ МСЕК _____
(найменування МСЕК)

1. Прізвище, ім'я, по батькові інваліда _____
 2. Дата народження _____ 3. Стать _____
 4. Місце проживання _____ тел. _____
 5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити).
 6. Професія _____
 7. Працює (спеціальність, посада) _____
 8. Група інвалідності _____ Причина інвалідності _____
 9. Загальна тривалість перебування на інвалідності _____
 10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге (підкреслити)
 11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____
- _____
12. Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____
- _____
- _____

13. Обмеження життєдіяльності:

N	Види обмеження	Ступінь обмеження					
		до виконання ІПР			після виконання ІПР		
		I	II	III	I	II	III
13.1	до самообслуговування						
13.2	до пересування						
13.3	до орієнтації						
13.4	до спілкування						
13.5	до контролю за своєю поведінкою						
13.6	до трудової діяльності						
13.7	до навчання						
13.7.1	до професійного						

	навчання						
13.7.2	до здобуття освіти						

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації МСЕК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	термін проведення	місце проведення		
I Послуги					
1. Медична реабілітація					
відновна терапія					
профілактичні заходи					
реконструктивна хірургія					
санаторно-курортне лікування					
психіатрична допомога					
слухопротезування					
кохлеарна імплантація					
медичне спостереження					
2. Психолого-педагогічна реабілітація					
консультування					
психолого-педагогічна діагностика					
психолого-педагогічний патронаж					
психологічна та педагогічна корекція					
освітні послуги: - колективна форма навчання, у тому числі інтегроване та інклюзивне навчання - індивідуальна форма навчання - дистанційна форма навчання, екстернат					
3. Фізична реабілітація					
консультування					
ерготерапія					
кінезотерапія					
лікувальний масаж					
лікувальна фізкультура					
4. Професійна реабілітація					
експертиза потенційних професійних здібностей					
професійна орієнтація					

професійний відбір					
професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
професійна освіта					
5. Трудова реабілітація					
пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда					
раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
види професій і спеціальності, доступні за станом здоров'я					
6. Фізкультурно-спортивна реабілітація					
навчання навичкам занять з фізичної культури					
оздоровлення та реабілітація у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів					
навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту					
заняття спортом					
7. Соціальна та побутова реабілітація					
навчання основним соціальним навичкам					
пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень					
соціально-побутовий патронаж					
працетерапія					
II Технічні та інші засоби реабілітації					
1. Засоби пересування: - крісла-колісні (коляски) різних типів - палиці - милиці - допоміжні засоби для ходіння					
2. Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та					

<p>обміну інформацією:</p> <ul style="list-style-type: none"> - мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби - спеціальні магнітофони - електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом - телевізійні збільшувальні прилади - прилад для письма шрифтом за Брайлем - тифломагнітоли - машини, що читають - папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля - диктофони - плеєри для відтворення звукозапису - годинник - книги, видруковані шрифтом Брайля - тростини тактильні 					
<p>3. Спеціальні засоби для самообслуговування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - допоміжні побутові пристрої 					
<p>4. Спеціальні засоби для догляду:</p> <ul style="list-style-type: none"> - допоміжні засоби для туалету - допоміжні засоби для підіймання - крісла-стілці із санітарним оснащенням 					
<p>5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю:- комп'ютерні програми для навчання</p> <ul style="list-style-type: none"> - спеціальні підручники, література шрифтом Брайля - меблі спеціального призначення 					
<p>6.Протезні вироби:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ортопедичні вироби - ортопедичне взуття - спеціальний одяг 					
<p>7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тренажери - спеціальні крісла-колісні (коляски) для заняття окремими видами спорту - шведська стінка - інші спеціальні тренажери та спеціальне фізкультурно- 					

спортивне обладнання					
III Вироби медичного призначення					
- протезування клапанів - забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС) - ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ - тростини - епіпротези,					

15. Реабілітаційний потенціал: високий, середній, низький (підкреслити).

16. Мета реабілітації: відновлення обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-побутового стану (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація обмеження життєдіяльності (підкреслити), інше (вписати) _____

17. Проведена співбесіда з інвалідом;

Дата _____ Підпис фахівця _____

18. Додаткові відмітки (побажання інваліда, його законного представника)

19. Дата контролю за виконанням ІПР _____

20. Підпис інваліда (законного представника) _____

Підпис Голови МСЕК _____

Печатка МСЕК

21. Результати реабілітації:

21.1. Обмеження життєдіяльності: відновлено повністю; відновлено частково; не відновлено, погіршено (підкреслити).

21.2. Побутова активність: повністю відновлена; частково; без динаміки; погіршилась (підкреслити).

21.3. Технічні засоби: компенсують обмеженість життєдіяльності в повному обсязі; частково; не компенсують (підкреслити).

21.4. Рекомендації щодо подальшої реабілітації: не потребує, потребує продовження реабілітаційних заходів (підкреслити або вказати яких) _____

21.5. ІПР виконана: у повному обсязі; частково; не виконана (підкреслити).

21.6. Мета ІПР: досягнута; не досягнута (підкреслити).

21.7. Причини невиконання ІПР: небажання інваліда; ускладнення при отриманні реабілітаційної допомоги; інше (підкреслити).

Підсумки МСЕК щодо результатів реабілітації _____

Підпис голови та членів МСЕК _____

(ініціали, прізвище)

Печатка МСЕК _____ Дата _____



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

від 11 квітня 2014 року N 263

Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ревматоїдному артриті

1. Затвердити Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації "Ревматоїдний артрит", розроблений на основі адаптованої клінічної настанови "Ревматоїдний артрит", заснованої на доказах, як джерела доказової інформації, що додається.

Паспортна частина

1.1 Діагноз: Ревматоїдний артрит

1.2 Шифр згідно МКХ-10: M05, M06

1.3 Потенційні користувачі: лікарі загальної практики - сімейні лікарі, лікарі терапевти дільничні, лікарі-ревматологи, лікарі-ортопеди-травматологи.

1.4 Мета протоколу: визначення комплексу заходів з раннього та своєчасного виявлення, діагностики та лікування ревматоїдного артриту, а також медичної реабілітації пацієнтів старше 18 років.

1.5 Дата складання - листопад 2014 р.

1.6 Дата перегляду протоколу - листопад 2017 р.

Втрата працездатності і зростання інвалідності є найважливішим соціально-економічним наслідком РА. Непрацездатність може виникати вже на ранній стадії розвитку хвороби і стає життєвою проблемою у 27 % хворих на РА протягом перших трьох років після початку хвороби, а через 8 - 11 років виникає приблизно у 85 % пацієнтів, які потребують постійного сучасного медикаментозного лікування, проведення реабілітаційних заходів, обов'язкової госпіталізації при загостренні хвороби, нерідко складних ортопедичних оперативних втручань. Рівень смертності у хворих на РА принаймні у два рази вищий, ніж у загальній популяції. Цей показник погіршується з кожним роком.

Лікування хворих на РА потребує значних коштів, які суттєво перевищують витрати на лікування більшості хронічних захворювань, в тому числі, онкологічних захворювань.

II. Загальна частина

Діагноз РА встановлюється лікарем-ревматологом на підставі оцінки стану пацієнта за критеріями ACR/EULAR, 2010, які враховують ознаки залучення суглобів у запальний процес, серологічні критерії, гострофазові показники та тривалість симптомів.

Лікарі загальної практики - сімейні лікарі та терапевти дільничні відіграють ключову роль у організації раннього (своєчасного) виявлення РА, сприянні виконанню рекомендацій спеціалістів під час хворобо-модифікуючого лікування, забезпеченні належної медичної реабілітації.

III. Основна частина

3.1. ДЛАЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

1. Первинна профілактика

Необхідні дії лікаря

Виявлення групи спостереження - осіб, які мають загрозу розвитку РА, на підставі вивчення сімейного анамнезу з метою своєчасного виявлення та лікування РА.

2. Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовуються на раннє виявлення лікарем загальної практики - сімейним лікарем / дільничним терапевтом ознак РА та направлення пацієнта до лікаря-ревматолога з метою встановлення діагнозу і призначення хворобо-модифікуючої терапії.

Необхідні дії лікаря

2.1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:

2.1.1. Наявність ознак стійкого синовіту невизначеної етіології.

2.1.2. Наявність загрозливих симптомів:

- уражені дрібні суглоби кистей і стоп;

- уражено більше одного суглоба;

- затримка 3 місяці або довше між виникненням симптомів і зверненням за медичною допомогою;

- ранкова скутість;

- нездатність стискати руку в кулак або згинати пальці;

- наявність підшкірних вузликів;

- наявність підвищеної температури тіла довше двох тижнів.

2.1.3. Наявність сімейного анамнезу захворювання на РА чи інше системне ревматичне захворювання.

2.2. Фізикальне обстеження.

2.3. Лабораторні методи обстеження:

2.3.1. Загальний аналіз крові з обов'язковим визначенням швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ).

2.3.2. Загальний аналіз сечі.

2.3.3. Направити на лабораторне дослідження крові для визначення рівня С-реактивного білка (СРБ).

2.4. Інструментальні методи обстеження

Направити на рентгенографічне дослідження кистей і стоп, за наявності моно-олігоартикулярного ураження іншої локалізації - інших суглобів.

2.5. Скерувати пацієнта на консультацію до:

- ревматолога протягом одного тижня - при підозрі щодо РА;
- ортопеда-травматолога - при наявності деформації суглобів.

3. Лікування

Положення протоколу

До встановлення діагнозу не призначати глюкокортикоїди (ГК), за можливості (при слабкому або помірному болю в суглобах) не призначати нестероїдні протизапальні і протиревматичні засоби (НППЗ).

Хворобо-модифікуюче лікування РА призначається лікарем-ревматологом з метою досягнення ремісії або мінімальної активності захворювання.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

3.1. До встановлення діагнозу не призначати ГК, за можливості (при слабкому або помірному болю в суглобах) не призначати НППЗ.

3.2. Під час обстеження та хворобо-модифікуючого лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій ревматолога та інших спеціалістів, у т. ч. щодо моніторингу побічних дій хворобо-модифікуючих препаратів, ГК та НППЗ.

3.3. Надавати інформацію щодо методів лікування РА на основі даних адаптованої клінічної настанови "Ревматоїдний артрит" та пам'ятки для пацієнта з РА (додаток 1).

4. Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію

Положення протоколу

Пацієнт після досягнення ремісії або мінімальної активності захворювання перебуває на обліку у лікаря загальної практики - сімейного лікаря / дільничного терапевта, який веде необхідну медичну документацію, сприяє виконанню пацієнтом рекомендацій спеціалістів та призначає за необхідності симптоматичне лікування.

Дослідження показали, що підвищення фізичної активності сприяє покращенню виживаності.

Існують докази, що регулярна оцінка активності захворювання дозволяє своєчасно коригувати схему лікування та ефективно контролювати активність захворювання, тому

пацієнт потребує постійного нагляду лікаря загальної практики - сімейного лікаря / дільничного терапевта.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма N 025/о (Форма N 110)) та контроль дотримання Плану обстежень, які виконуються під час лікування пацієнтів з РА (див. розділ III.2).
2. Погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми N 025/о (Форма N 110)).
3. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.
4. Пацієнтам, які мають проблеми зі стопою, надавати інформацію про доцільність використання функціональних устілок та ортопедичного взуття.
5. У разі підвищення активності захворювання (за клінічними чи лабораторними даними) або виникнення серйозних побічних ефектів хворобо-модифікуючої терапії негайно скеровувати пацієнта до лікаря-ревматолога. Пацієнтів із задовільно контрольованим РА не рідше одного разу на рік скеровувати на консультацію до лікаря-ревматолога для контролю перебігу хвороби, ефективності та безпеки лікування.

Бажані:

5. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань.

III.2. ДЛАЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ), ТРЕТИННУ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Пацієнт з підозрою на РА впродовж одного тижня скеровується до закладу, що надає спеціалізовану допомогу за місцем реєстрації або іншого (за бажанням пацієнта) для встановлення діагнозу і призначення лікування.

1. Діагностика

Положення протоколу

Діагноз РА встановлюється лікарем-ревматологом на підставі оцінки стану пацієнта за критеріями ACR/EULAR, 2010 (дивись розділ IV.1.1.).

Пацієнти, у яких оцінка склала ≥ 6 балів з можливих 10 за критеріям ACR/EULAR 2010 р. та пацієнти, які мають ерозивні зміни, характерні для РА, або відповідний анамнез, який ретроспективно задовольняв би критерії ACR/EULAR 2010 р., вважаються такими, які мають РА.

Пацієнти, у яких оцінка склала < 6 балів з 10, не можуть вважатись такими, які мають РА, їх статус має бути оцінений за діагностичними критеріями РА через 3 місяці.

Обґрунтування

Найбільш значною ознакою раннього РА є клінічне виявлення синовіту. Доведено, що тест на ревматоїдний фактор (РФ) залишається відносно дешевим і корисним методом дослідження у пацієнтів із недиференційованим синовітом і може використовуватись як з діагностичною, так і з прогностичною метою. Існують докази, що визначення антитіл до циклічного цитрулінованого пептиду (АЦЦП) може бути дуже ефективним для пацієнтів, які серонегативні за ревматоїдним фактором.

Водночас, при ранньому РА усі лабораторні показники можуть залишатись в межах норми. Рентгенологічне дослідження кистей і стоп при вперше діагностованому синовіті доцільне, оскільки в деяких випадках може виявити ерозивні ураження суглобів, коли результати інших тестів нормальні, крім того, рентгенографія дозволяє визначити базовий рівень ураження суглобів з метою подальшого моніторингу швидкості прогресування захворювання. Високу чутливість та специфічність щодо виявлення ранніх ознак РА (в першу чергу синовіту) мають магнітно-резонансна томографія (МРТ) та ультразвукове дослідження (УЗД).

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові

1.1. Збір анамнестичних даних, спрямований на:

- визначення тривалості симптомів хвороби;
- визначення числа болючих суглобів (ЧБС) та числа припухлих суглобів (ЧПС);
- виявлення сімейного анамнезу захворювання на РА чи інше системне ревматичне захворювання.

1.2. Фізикальний огляд, спрямований на виявлення ознак РА, в т. ч. визначення ЧБС та ЧПС.

1.3. Лабораторне дослідження крові:

1.3.1. Розгорнутий загальний аналіз крові з обов'язковим визначенням ШОЕ;

1.3.2. Визначення РФ та/або АЦЦП;

1.3.3. Визначення рівня СРБ;

1.3.4. Визначення рівня загального холестерину, тригліцеридів та холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ);

1.3.5. Визначення маркерів вірусних гепатитів.

1.4. Інструментальні дослідження:

1.4.1. ЕКГ / ЕхоКГ;

1.4.2. Оцінка рентгенограм суглобів; при відсутності рентгенограм - виконати рентгенографію кистей і стоп, за наявності моно-олігоартикулярного ураження іншої локалізації - інших суглобів;

1.4.3. Рентгенографія органів грудної клітки.

1.5. Консультація:

1.5.1. Хірурга - за необхідності хірургічного лікування;

1.5.2. Ортопеда-травматолога - за необхідності застосування ортезів;

1.5.3. Кардіолога - за наявності захворювань серцево-судинної системи (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця тощо)

1.5.3. Фтизіатра - за наявності ознак латентного туберкульозу;

1.5.4. Невропатолога, нейрохірурга - за наявності захворювань шийного відділу хребта, наявності неврологічних розладів;

1.5.5. Офтальмолога - за наявності склериту

та ін. за показаннями.

Бажані:

1.6. УЗД суглобів.

1.7. МРТ суглобів.

1.8. Рентгенденситометрія кісток.

2. Лікування

Положення протоколу

РА - хвороба, що має хронічний прогресуючий незворотній перебіг, метою лікування є ремісія або мінімальна активність захворювання, яка може бути досягнута шляхом якомога раннього, ідеально - протягом 3 місяців з моменту появи стійких симптомів, призначення хворобо-модифікуючої протиревматичної терапії.

Після початку використання хворобо-модифікуючих протиревматичних препаратів (ХМПП) має здійснюватись регулярна оцінка відповіді на лікування за результатами обстеження (див. пункт 7) для своєчасної корекції терапії.

За наявності показань, після обговорення з пацієнтом та отримання його інформованої згоди, рішення про початок лікування БА приймається консиліумом у складі: лікуючого лікаря-ревматолога, завідувача відділення та консультанта відділення - співробітника вищого медичного навчального закладу чи медичної науково-дослідної установи, за відсутності консультанта - заступника головного лікаря закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) з медичних питань терапевтичного профілю.

Початок використання БА та наступна оцінка відповіді на лікування має проводитися лише лікарем-ревматологом з досвідом застосування цих засобів.

Обґрунтування

Існують докази, що раннє призначення ХМПРП дозволяє отримати переваги у лікуванні та забезпечує меншу кількість побічних ефектів та відмов від прийому препаратів. Є дані, що комбінована базисна терапія є більш ефективною порівняно з монотерапією.

Доведено, що у пацієнтів із вперше діагностованим активним РА в якості терапії першої лінії доцільно якомога швидше, ідеально - в межах 3 місяців з моменту появи стійких симптомів, призначати комбінацію ХМПРП (включаючи МТ і мінімум ще один інший ХМПРП), плюс на короткий час ГК, а при неможливості застосування комбінованої терапії - монотерапію із швидким збільшенням дози до клінічно ефективної. Доведено, що неселективні НППЗ та інгібітори циклооксигенази-2 (ЦОГ-2) є корисними для зменшення симптомів РА (кількість болючих та набряклих суглобів, біль (за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ)), тривалості ранкової скрутості, покращення функціональної здатності, загальної оцінки активності захворювання пацієнтом і лікарем). Відсутні докази щодо наявності відмінностей ефективності припорівнянні одних неселективних НППЗ з іншими або інгібіторами ЦОГ-2.

Необхідні дії лікаря

2.1. Призначення ХМПРП (див.розділ IV.2.1)

2.1.1. Синтетичні ХМПРП є препаратами першої лінії:

а) Метотрексат (МТ) є препаратом вибору за відсутності протипоказань, за наявності протипоказань терапію слід розпочати з використанням лефлуноміду (ЛФ) або сульфасалазину (СС).

б) Уразі недостатнього ефекту монотерапії МТ чи (уразі протипоказань до нього чи непереносимості) ЛФ або СС, за відсутності факторів несприятливого прогнозу і протипоказань, застосовується комбінована терапія МТ+ЛФ та/або СС чи гідроксихлорохін.

в) Пацієнтам з нещодавно діагностованим активним РА як лікування першої лінії слід призначати комбінацію ХМПРП (включаючи МТ і мінімум ще один інший ХМПРП, плюс ГК коротким курсом). При неможливості застосування комбінованої терапії (супутня патологія або вагітність, під час яких протипоказані окремі препарати), розпочати монотерапію ХМПРП, з акцентом на швидкому підвищенні дози до клінічно ефективної, а не на виборі ХМПРП.

г) При рефрактерності пацієнтів з РА до кількох синтетичних ХМПРП та біологічних ХМПРП призначається азатіопрін, циклоспорин А або циклофосфамід.

2.1.2. Глюкокортикоїди:

- а) Пацієнтам із вперше діагностованим РА ГК призначаються короткими курсами для швидкого покращення симптомів РА.
- б) ГК призначаються короткими курсами для швидкого зменшення запалення при загостреннях РА.
- в) ГК призначаються тривало пацієнтам із пізнім РА, при цьому мають бути обговорені ускладнення, викликані довготривалою терапією ГК, та запропоновані всі інші варіанти лікування (включно з БА).

2.1.3. Біологічні препарати (БА):

- а) Призначаються пацієнтам з важким активним РА, які лікувались синтетичними ХМППП та мали неадекватну відповідь на лікування або непереносимість синтетичних ХМППП.
- б) Пацієнтам із несприятливим перебігом РА, які на момент вирішення питання про призначення терапії не вживали жодних ХМППП, як виняток, первинно може бути призначена комбінація МТ з блокаторами ФНП- α або тоцилізумабом.
- в) Вибір БА та його застосування здійснюється згідно алгоритму призначення БА, викладеному в розділі IV.2.2.

2.2. Симптоматична знеболювальна та протизапальна терапія:

2.2.1. НППЗ призначають з урахуванням вихідних рівнів ризику з боку травної та серцево-судинної систем (див. розділ IV.2.3.); лікарські засоби повинні бути використані у найменшій ефективній дозі протягом найкоротшого можливого періоду часу.

2.2.2. Анальгетики призначають пацієнтам з РА, яким не вдається досягти адекватного контролю болю та для зниження потреби у тривалому лікуванні НППЗ.

Бажані:

2.3. За наявності персистуючого ураження декількох суглобів, що зберігається на тлі застосування повноцінної базисної терапії, доцільно використовувати внутрішньосуглобове введення ГК. При цьому частота введень для одного суглоба має бути не вищою, ніж 1 введення на 3 місяці.

3. Госпіталізація

Положення протоколу

Госпіталізація здійснюється при:

- проведенні першого введення БА;
- відсутності відповіді на ініціальну терапію;
- загостренні РА (рецидивний артрит, залучення нових суглобів, підвищення рівнів лабораторних показників системного запалення);

- наявності тяжкої супутньої патології або розвитку ускладнень, верифікація та лікування яких потребує стаціонарного спостереження хворого;
- наявності показань до хірургічного лікування.

Лікування пацієнтів з РА в умовах стаціонару здійснюється у відділенні відповідно до виду ускладнення - ревматологічне, хірургічне, нейрохірургічне, відділення ортопедії та травматології тощо.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові

Ознайомити пацієнта з переліком можливих втручань, очікуваними ризиками та отримати перед госпіталізацією до стаціонару Інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення (форма N 003-6/o (Форма N 110)), погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок дооблікової форми N 003/o (Форма N 110)).

4. Виписка з рекомендаціями після госпіталізації

Положення протоколу

При виписуванні пацієнту надається виписка з медичної карти стаціонарного хворого встановленої форми, яка містить інформацію про отримане лікування, особливості перебігу захворювання, рекомендації щодо подальшого лікування та спостереження.

Обґрунтування

Виписка пацієнта планується відповідно до критеріїв:

- а) пацієнт з РА, госпіталізований вперше, має бути виписаний із стаціонару після остаточної верифікації діагнозу та підбору адекватної терапії.
- б) в разі госпіталізації для проведення лікування з використанням БА пацієнт може бути виписаний зі стаціонару після введення препарату та моніторингу в повному обсязі можливих побічних реакцій (в т. ч. інфузійних реакцій).
- в) при госпіталізації з приводу загострення РА пацієнт може бути виписаний за умови позитивної клініко-лабораторної динаміки захворювання.
- г) інші критерії для виписки:
 - здатність пацієнта до самообслуговування відновлена;
 - відсутність потреби в парентеральному (в т. ч. внутрішньосуглобовому) введенні лікарських засобів;
 - якщо подальше лікування може здійснюватись амбулаторно.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові

4.1. Оформити Випуску із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма N 027/о (Форма N 110)).

4.2. Надати пацієнтам інформацію про можливі віддалені побічні ефекти лікування, необхідність неухильного дотримання плану подальшого лікування, проведення періодичних обстежень відповідно до плану диспансеризації.

4.3. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

6. Реабілітація

Положення протоколу

Пацієнти з РА повинні мати можливість отримувати кваліфіковану реабілітацію та періодичні огляди спеціалістів, які відповідають за реабілітацію, якщо пацієнти мають труднощі зі щоденними справами, проблеми з функцією руки, ноги.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

6.1. Надавати рекомендації щодо режиму дотримання фізичної активності залежно від стану пацієнта, призначити комплекс спеціальних вправ, спрямованих на збереження/відновлення діапазону рухів (гнучкість суглобів) або сили м'язів (силові тренування).

6.3. Пацієнти з РА, які мають проблеми зі стопою, повинні бути скеровані до лікаря-ортопеда-травматолога для консультування та періодичного огляду стоп.

6.4. Пацієнти з РА за необхідності повинні бути поінформовані про доцільність використання функціональних устілок та ортопедичного взуття.

Бажані:

6.5. Направити пацієнта з РА на санаторно-курортне лікування при наявності показань та відсутності протипоказань (дивись розділ IV.3.).

6.6. Слід запропонувати пацієнтам з РА психологічну допомогу (релаксація, антистрессова терапія, когнітивні практики) з метою полегшення пристосування до життя з хворобою.

7. Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію

Положення протоколу

Пацієнт з РА перебуває на диспансерному обліку у лікаря-ревматолога протягом життя.

Пацієнтам з активним РА планові огляди лікаря-ревматолога призначаються один раз на місяць, поки лікування не призведе до контролю хвороби на рівні, який був з ними узгоджений.

Пацієнти із задовільно контрольованим РА (низька активність або ремісія захворювання) можуть спостерігатися у лікаря загальної практики - сімейного лікаря / дільничного

терапевта. В такому разі планові огляди пацієнтів лікарем-ревматологом повинні здійснюватись із частотою, які були з ними узгоджені, але не рідше одного разу на рік.

Впродовж перебігу хвороби слід надавати пацієнтам можливість поговорити про неї і узгодити всі аспекти лікування, а також поважати рішення, які вони приймають.

Обґрунтування

Стратегічні дослідження показали, що досягнення низької активності захворювання або ремісії шляхом корегування лікування кожні 1 - 3 місяці у поєднанні з суворим моніторингом забезпечує кращі клінічні, рентгенологічні та функціональні наслідки, ніж неструктуроване подальше спостереження.

Доведено, що у хворих з РА слід регулярно оцінювати рівень СРБ та ключові компоненти активності захворювання (із використанням сумарного індексу, такого як DAS28), що надає інформацію для прийняття рішення стосовно необхідності посилення лікування для контролю захворювання, можливості обережного зменшення інтенсивності лікування, коли хвороба стає контрольованою.

Доведено, що найбільш ефективним є ведення хворих із залученням медичної сестри-координатора в рамках мультидисциплінарної групи спеціалістів (ревматолог, ортопед, нейрохірург, фізіотерапевт, психолог тощо) при постійному доступі пацієнтів з РА до членів мультидисциплінарної команди. Це забезпечує періодичну оцінку впливу хвороби на життя пацієнтів (наприклад, біль, втому, повсякденну діяльність, настрій, сексуальні стосунки) і допомагає їм керувати своїм станом.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

7.1. Визначати активність хвороби (використовуючи сумарний індекс DAS28 та згідно Плану обстежень, які виконуються під час лікування РА) у пацієнтів з активним РА - щомісячно, у пацієнтів із задовільно контрольованим РА (низька активність або ремісія) - згідно узгодженого з ними плану, але не рідше одного разу на рік.

7.2. Направити пацієнта з РА до хірурга/ортопеда/нейрохірурга, якщо будь-що з наведеного нижче не відповідає на оптимальне нехірургічне лікування:

- персистуючий біль через пошкодження суглоба чи ураження м'яких тканин, що піддається ідентифікації;
- погіршення функціонування суглоба;
- прогресуюча деформація;
- персистуючий локалізований синовіт;
- неминучий або фактично існуючий розрив сухожилку;
- компресія нерва (наприклад, зап'ястний синдром);

- стресовий перелом;
- розвиваються будь-які симптоми чи ознаки, що вказують на шийну мієлопатію;
- підозра або підтверджений септичний артрит (у т. ч. протезованого суглоба).

7.3. Пацієнтам з РА, які потребують проведення інтубації чи фіброгастроскопії, проводити рентгенографію шийного відділу хребта з метою оцінки ризику компресії спинного мозку при атлантаосьовому підзвиху. Свідченням наявності атлантаосьового підзвиху є збільшення відстані між зубоподібним відростком і дугою атланта більше 3 мм.

7.4. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

Бажані:

7.5. Пацієнтам з РА, які хочуть знати більше про свою хворобу і її лікування, необхідно давати можливість брати участь у існуючій освітній діяльності, у т. ч. в програмах з самоконтролем.

План обстежень, які виконуються під час лікування пацієнтів з РА

1. Обстеження, які після призначення хворобо-модифікуючого лікування виконуються в період індукції ремісії **щомісячно** та протягом ремісії - **1 раз на 3 місяці або за потребою:**

1.1. Лабораторні дослідження крові з обов'язковим визначенням ШОЕ, СРБ та біохімічних показників (загальний білок, креатинін, сечовина, АЛТ, АСТ, рівень глюкози);

1.3. Загальний аналіз сечі.

2. Обстеження, які після призначення хворобо-модифікуючого лікування виконуються **1 раз на рік або за потребою:**

2.1. Визначення серологічних показників (РФ, анти-ЦЦП);

2.2. Визначення загального холестерину, тригліцеридів крові та інших показників ліпідного профілю;

2.3. ЕКГ/ЕхоКГ;

2.4. Рентгенографія органів грудної клітки.

3. Рентгенографія кистей та стоп **виконується не рідше 1 разу на 2 роки.**

4. Рентгенографія інших суглобів проводиться за необхідності.

5. Рентгенденситометрія кісток (DEXA) для діагностики та моніторингу системного остеопорозу проводиться **не рідше 1 разу на 2 роки** або за необхідності.

IV. Опис етапів медичної допомоги

IV.1. Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики

IV.1.1. Критерії діагнозу ревматоїдного артриту (ACR/EULAR, 2010)

Цільова група (кого потрібно оцінювати за даними критеріями?) - пацієнти у яких:

1. Наявні чіткі симптоми синовіту принаймні одного суглоба (припухлість).¹
 2. Наявність синовіту не може бути краще пояснена іншим захворюванням.²
- Класифікаційні критерії РА (алгоритм заснований на визначенні суми балів категорій А - D; для встановлення діагнозу "явний РА" потрібна сума балів ≥ 6 з 10).³

A Залучення суглобів⁴

Один великий суглоб ⁴	0
2 - 10 великих суглобів ⁴	1
1 - 3 дрібних суглоба (із чи без залучення великих) ⁵	2
4 - 10 дрібних суглобів (із чи без залучення великих)	3
> 10 суглобів (з них принаймні один дрібний) ⁶	5

B Серологічні критерії (для класифікації потрібні результати принаймні одного аналізу)⁷

Негативний РФ та негативний АЦЦП	0
Слабо-позитивний РФ чи слабо-позитивні АЦЦП	2
Різко-позитивний РФ чи різко-позитивні АЦЦП	3

C Гострофазові показники (для класифікації потрібні результати принаймі одного аналізу)⁸

Нормальний рівень СРБ та нормальна ШОЕ	0
Підвищення СРБ чи підвищення ШОЕ	1

D Тривалість симптомів⁹

< 6 тижнів	0
≥ 6 тижнів	1

1 Критерії спрямовані на класифікацію пацієнтів із вперше виявленим захворюванням. Пацієнти, які мають ерозивні зміни, характерні для РА або відповідний анамнез, який ретроспективно задовольняв би критерії ACR/EULAR 2010 р., повинні бути класифіковані, як ті, які мають РА.

2 Диференційний діагноз може відрізнятися серед пацієнтів із різними маніфестаціями хвороби, але може включати такі захворювання, як системний червоний вовчак, псоріатичний артрит та подагру. Якщо є сумніви щодо диференційного діагнозу, повинна бути проведена консультація експерта - ревматолога.

3 Хоча пацієнти які мають кількість балів $< 6/10$ не можуть бути класифіковані, як ті, що мають РА, їх статус з часом може бути оцінений повторно і задовольняти діагностичні критерії РА.

4 Під "залученням суглобів" розуміють будь-який болючий чи припухлий суглоб під час об'єктивного обстеження, що може підтверджуватися ознаками синовіту за результатами візуалізуючих інструментальних методів обстеження. Дистальні міжфалангові, перші зап'ясно-п'ясні, перші плеснефалангові суглоби не оцінюються. Категорії залучення суглобів класифікуються згідно їх кількості та розташування. Хворого потрібно відносити до категорії з найбільшою можливою кількістю балів згідно кількості та характеру залучення суглобів. Наприклад, якщо у пацієнта є синовіт чотирьох великих та двох дрібних суглобів, він відноситься до категорії "1 - 3 дрібних суглоба".

† До "великих суглобів" відносяться плечові, ліктьові, кульшові, колінні та гомілково-ступневі суглоби.

5 До "дрібних суглобів" відносяться п'ястнофалангові, проксимальні міжфалангові, 2 - 5 плеснефалангові суглоби, міжфалангові суглоби перших пальців кисті та променево-зап'ясткові суглоби.

6 В цій категорії хоча б один із залучених суглобів має бути дрібним. Інші суглоби можуть включати будь-які комбінації малих та великих суглобів. Для включення пацієнта у цю категорію можуть використовуватися й інші суглоби, які не зазначені у даному переліку.

7 "Негативний" результат відповідає значенню, що менше або дорівнює верхній межі норми (ВМН) показника в даній лабораторії; "слабо-позитивний" результат - значення $> \text{ВМН}$ але $\leq 3 \times \text{ВМН}$; "високо-позитивний" результат - значення $> 3 \times \text{ВМН}$ даної лабораторії. Якщо результати аналізу на РФ оцінюються лише як "позитивний" чи "негативний", то "позитивний" результат такого аналізу відповідає "слабопозитивному" РФ у даних класифікаційних критеріях. АЦЦП - антитіла до циклічного цитрулінованого пептиду.

8 Нормальні/підвищені показники визначаються за стандартами кожної конкретної лабораторії. СРБ - С-реактивний білок, ШОЕ - швидкість осідання еритроцитів.

9 Тривалість симптомів синовіту (біль, припухлість) визначається зі слів пацієнта щодо суглобів, які на момент оцінки мають клінічні ознаки залучення.

IV.1.2. Алгоритм визначення активності РА

Активність захворювання при РА визначається за допомогою таких клінічних індексів: DAS 28 - індекс активності захворювання з урахуванням 28-ми суглобів (2 плечових, 2 ліктьових, 2 променезап'ясткових, по 2 п'ясно-фалангових 1 - 5 пальців кисті, 2

міжфалангових 1 пальця та по 2 проксимальних міжфалангових 2 - 5 пальців кисті, 2 колінних); SDAI - спрощений індекс активності захворювання; CDAI - клінічний індекс активності захворювання. На сьогодні найбільш доказово обґрунтованим та уніфікованим для використання в клінічній практиці залишається DAS 28.

Формули для підрахунку індексів активності захворювання:

$$\text{DAS 28} = 0,56\sqrt{\text{ЧБС}} + 0,28\sqrt{\text{ЧПС}} + 0,70[\ln(\text{ШОЕ})] + 0,0143\text{ЗОЗП}$$

Для обрахунку слід використовувати стаціонарні калькулятори або офіційні онлайн-калькулятори:

<http://www.das-score.nl/das28/DAScalculators/dasculators.html> або

<http://www.4s-dawn.com/DAS28/> або

<http://prodiagnosi.com/DAS28/> (російськомовний)

$$\text{SDAI} = \text{ЧБС} + \text{ЧПС} + \text{ЗОАЗП} + \text{ЗОАЗЛ} + \text{СРБ}$$

$$\text{CDAI} = \text{ЧБС} + \text{ЧПС} + \text{ЗОАЗП} + \text{ЗОАЗЛ},$$

де ЧБС - число болючих суглобів (0 - 28), ЧПС - число суглобів з припухлістю (0 - 28), ШОЕ - швидкість осідання еритроцитів в мм/год., ЗОЗП - загальна оцінка здоров'я пацієнтом, оцінюється за візуально-аналоговою шкалою в мм (0 - 100), ЗОАЗП - загальна оцінка активності захворювання пацієнтом, оцінюється за візуально-аналоговою шкалою в см (0 - 10), ЗОАЗЛ - загальна оцінка активності захворювання лікарем, оцінюється за візуально-аналоговою шкалою в см (0 - 10), СРБ - вміст С-реактивного білка в сироватці крові в мг/дл (при використанні методик, для яких нормальні значення складають < 1 мг/дл, діапазон вимірювань - від 0,1 до 10 мг/дл).

Порівняльна характеристика індексів активності хвороби

Елемент	SDAI	CDAI	DAS 28
Число суглобів із припухлістю	Звичайний підрахунок 0 - 28	Звичайний підрахунок 0 - 28	$0,28\sqrt{\text{ЧПС}}$ 0 - 1,48
Число болючих суглобів	Звичайний підрахунок 0 - 28	Звичайний підрахунок 0 - 28	$0,56\sqrt{\text{ЧБС}}$ (0 - 28) 0 - 2,69
Реактанти гострої фази	СРБ в мг/дл 0,1 - 10	-	$0,7[\ln(\text{ШОЕ})]$ 0,49 - 3,22
Загальна оцінка здоров'я пацієнтом	-	-	0,07 ВАШ (візуально-аналогова шкала в мм) (0 - 1,4)
Загальна оцінка активності захворювання пацієнтом	Візуально-аналогова шкала в см 0 - 10	Візуально-аналогова шкала в 0 - 10	
Загальна оцінка активності захворювання лікарем	Візуально-аналогова шкала в 0 - 10	Візуально-аналогова шкала в 0 - 10	
Діапазон значень	0,1 - 86	0 - 76	0,49 - 9,07

індексу			
Критерії активності захворювання залежно від значень індексів DAS 28, CDAI та SDAI			
	SDAI	CDAI	DAS 28
Критерій			
Ремісія	≤ 3,3	≤ 2,8	≤ 2,6
Низька активність захворювання	≤ 11	≤ 10	≤ 3,2
Помірна активність захворювання	≤ 26	≤ 22	≤ 5,1
Висока активність захворювання	> 26	> 22	> 5,1

Алгоритм призначення санаторно-курортного лікування

1. Лікування в санаторно-курортних закладах призначається:

- пацієнтам з РА в неактивній фазі хвороби (медикаментозно-індукованої чи спонтанній ремісії захворювання), за умови самостійного пересування/ обслуговування;
- пацієнтам з РА із суглобово-вісцеральними формами РА (в анамнезі), за умови відсутності активності РА (медикаментозно-індукованої чи спонтанній ремісії захворювання) чи мінімальному (I) ступеню активності, а також відсутності клініко-лабораторних проявів вісцеритів (допускаються залишкові явища у вигляді транзиторних змін лабораторних показників).

2. Протипоказання до призначення санаторно-курортного лікування:

- системні прояви РА (суглобово-вісцеральна форма);
- високий (II - III) ступінь активності РА;
- наявність незворотніх уражень суглобового апарата (анкілозування);
- втрата можливості до самообслуговування.

3. Особливості призначення санаторно-курортного лікування:

- за умови стійких артралгій та слабо виражених ексудативних змін - направлення на санаторно-курортне лікування з родоновими водами;
- за наявності переважно ексудативно-проліферативних проявів РА - направлення на санаторно-курортне лікування з сірчано-водневими ваннами;
- за наявності переважно проліферативних змін та контрактур суглобів (рентгенологічні стадії II - IV за прийнятою класифікацією) - санаторії з грязьовими факторами).

Контрольні питання:

1. Назвіть основні ланки патогенезу ревматичних захворювань.
2. Охарактеризуйте суглобовий синдром при ревматичних хворобах, назвіть особливості цього синдрому при різних нозологіях.
3. Назвіть основні діагностичні критерії хвороби Бехтерева, клінічні варіанти та ознаки, які впливають на втрату працездатності людини.
4. Перерахуйте основні методи лікування та реабілітації хворих наанкілозуючий спондиліт.
5. Дайте рекомендації щодо профілактики інвалідності при анкілозуючому спондиліт.
6. Назвіть основні ланки патогенезу ревматоїдного артрити.
7. Охарактеризуйте суглобовий синдром при ревматоїдному артриті.
8. Назвіть основні діагностичні критерії, характерні для першої рентгенологічної стадії ревматоїдного артрити (2, 3, 4 стадій).
9. Перерахуйте основні методи лікування ревматоїдного артрити.
10. Складіть, користуючись медичною документацією, індивідуальну реабілітаційну програму хворому з 3 групою інвалідності, діагноз: «Хвороба Бехтерева».
11. Складіть, користуючись медичною документацією, індивідуальну реабілітаційну програму хворому з 3 групою інвалідності, діагноз: «Ревматоїдний артрит».
13. Назвіть клініко-функціональну характеристику порушень у хворого на анкілозуючий спондиліт 1,2,3 груп інвалідності.
14. Назвіть клініко-функціональну характеристику порушень у хворого на ревматоїдний артрит 1,2,3 груп інвалідності.
15. Які умови праці протипоказані хворим на ревматичні хвороби?

Література:

1. Наказ МОЗ України №189 від 09.04.2008 «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності».
2. Постанова Кабінету міністрів України №1317 від 03.12.2009 «Питання медико-соціальної експертизи».
3. Наказ МОЗ України №455 від 13.11.2001 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян».
4. Наказ МОЗ України №183 від 07.04.2004 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності».
5. Коваленко В. Н., Шуба Н. М., Шолохова Л. Б. и др. Ревматоидный артрит. Диагностика и лечение/ Под ред. В. Н. Коваленко. – К.: Морион, 2001.
6. Насонов Е. Л. Нестероидные противовоспалительные препараты при ревматических заболеваниях: стандарты лечения// РМЖ. – 2001. – Т. 9, № 7–8. С.265–270.
7. Насонов Е. Л. Перспективы фармакотерапии воспалительных ревматических заболеваний: моноклональные антитела к фактору некроза опухоли// РМЖ. – 2001. – Т. 9, № 7–9. – С. 280–284.
8. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis// Arthritis Rheum.– 1996. – Vol.39.–P.713–722.
9. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. Guidelines for monitoring drug therapy in rheumatoid arthritis// Arthritis Rheum. – 1996.–Vol. 39.– P. 723–731.
10. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid arthritis Guidelines.for theManagement Rheumatoid arthritis. 2002 Update// Arthritis Rheum. – 2002. – Vol. 46. – P. 328–346.
11. El-Gabalawy H. D., Lipsky P. E. Why do we not have a cure for rheumatoid arthritis?// Arthritis Rheum. – 2002.–Vol. 4 (Suppl. 3).–P. S297–S301.
12. O'Dell. Treating rheumatoid arthritis early: a window of opportunity?// Arthritis Rheum. – 2002. – Vol. 46. – P. 283–285.
13. Scott D. L. The diagnosis and prognosis of early arthritis: rationale for new prognostic criteria// Arthritis Rheum. – 2002. – Vol. 46. –P. 286–290.
14. Pincus T., Gibofsky A., Weinblatt M. E. Urgent care and tight control of rheumatoid arthritis as in diabetes and hypertension: better treatment shortage of rheumatology// Arthritis Rheum. – 2002. – Vol. 46. – P. 851–854.