

Алгоритм дії лікаря загальної сімейної практики при наданні медичної допомоги хворим на ревматоїдний артрит

Наприкінці 2012 р. в Україні офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги, в основу якого лягає створення медико-технологічних документів (далі — МТД), що базуються на засадах доказової медицини з урахуванням найкращих світових практик. Виконання вимог МТД є обов'язковим для всіх практикуючих лікарів незалежно від закладу, в якому вони працюють, а також фізичних осіб-підприємців. Редакція «Українського медичного часопису» підготувала більш зручну, на нашу думку, форму інформації щодо необхідних дій лікарів первинної ланки та лікарів-ревматологів при наданні медичної допомоги хворим на ревматоїдний артрит (РА) відповідно до вимог наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 11.04.2014 р. № 263, підготовленого мультидисциплінарною робочою групою, до складу якої входили фахівці зі спеціальностей «Ревматологія», «Кардіологія», «Загальна практика — сімейна медицина», «Терапія», «Ортопедія і травматологія», «Алергологія, імунологія, клінічна імунологія», за методичної підтримки Департаменту стандартизації медичних послуг Державного експертного центру МОЗ України.

Діагноз «ревматоїдний артрит» (РА) встановлює лікар-ревматолог на підставі оцінки стану пацієнта за критеріями, визначеними у рекомендаціях Американського коледжу ревматологів і Європейської антиревматичної ліги 2010 р. (American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism — ACR/EULAR, 2010) (табл. 1), які враховують ознаки залучення суглобів у запальний процес, серологічні критерії, гострофазові показники та тривалість симптомів.

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

Таблиця 1. Критерії діагнозу РА (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	
А. Залучення суглобів⁴	
1 великий суглоб	0
2–10 великих суглобів	1
1–3 дрібних суглоби (із чи без залучення великих) ⁵	2
4–10 дрібних суглобів (із чи без залучення великих)	3

>10 суглобів (із них принаймні один дрібний) ⁶	5
В. Серологічні критерії (для класифікації потрібні результати принаймні одного аналізу)⁷	
Негативний ревматоїдний фактор (РФ) та негативні антитіла до циклічного цитрулінового пептиду (АЦЦП)	0
Слабопозитивний РФ чи слабопозитивні АЦЦП	2
Різко позитивний РФ чи різко позитивні АЦЦП	3
С. Гострофазові показники (для класифікації потрібні результати принаймні одного аналізу)⁸	
Нормальний рівень С-реактивного білка (СРБ) та нормальна швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ)	0
Підвищення СРБ чи підвищення ШОЕ	1
Д. Тривалість симптомів⁹	
<6 тиж	0
≥6 тиж	1

¹Критерії, 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, мають бути класифіковані як ті, у яких є РА.

²Диференційний 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, має бути проведена консультація експерта-ревматолога.

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

⁴Під «залученням суглобів» розуміють будь-який болісний чи припухлий суглоб під час об'єктивного обстеження, що може підтверджуватися ознаками синовіту за результатами візуалізувальних інструментальних методів обстеження. Дистальні міжфалангові, перші зап'ястно-п'ясткові, перші плесно-фалангові суглоби не оцінюються. Категорії залучення суглобів класифікуються згідно з їх кількістю та розташуванням. Хворого потрібно відносити до категорії з найбільш можливою кількістю балів відповідно до кількості та характеру залучення суглобів. Наприклад, якщо у пацієнта є синовіт чотирьох великих та двох дрібних суглобів, він належить до категорії «1–3 дрібних суглоби». До «великих суглобів» відносять плечові, ліктьові, кульшові, колінні та гомілково-ступневі суглоби.

⁵До «дрібних суглобів» належать п'ястно-фалангові, проксимальні міжфалангові, 2–5 плесно-фалангові суглоби, міжфалангові суглоби перших пальців кисті та променезап'ясткові суглоби.

⁶У 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 цьому переліку.

⁷«Негативний» результат відповідає значенню, що є меншим або дорівнює верхній межі норми (ВМН) показника в певній лабораторії; слабкопозитивний результат — значення $>ВМН$ але $\leq 3 \cdot ВМН$; високопозитивний результат — значення $>3 \cdot ВМН$ певної лабораторії. Якщо результати аналізу на РФ оцінюють лише як «позитивний» чи «негативний», то «позитивний» результат такого аналізу відповідає «слабопозитивному» РФ у наведених класифікаційних критеріях.

⁸Нормальні/підвищені показники визначають за стандартами кожної конкретної лабораторії.

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

Дії лікаря загальної практики відповідно до вимог Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України

Діагностика

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.

РА — хвороба, що має хронічний прогресуючий незворотний перебіг. Найбільш вираженою ознакою раннього РА є клінічне виявлення синовіту. Водночас при ранньому РА всі показники аналізів крові можуть бути в нормі.

Існують докази, що затримка звернення хворого за спеціалізованою медичною допомогою підвищує ризик ушкодження суглобів і затримує початок прийому хворобо-модифікуючих лікарських засобів; тому пацієнти, які звертаються до сімейного лікаря з розгорнутою стадією захворювання, повинні негайно бути направлені до спеціаліста для мінімізації будь-якого подальшого ушкодження суглобів, особливо якщо симптоми вже були наявні протягом >3 міс.

Дії лікаря

1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:

1.1. Наявність ознак стійкого синовіту невизначеної етіології.

1.2. Наявність загрозливих симптомів:

- ураження дрібних суглобів кистей і стоп;
- ураження >1 суглоба;
- інтервал ≥ 3 міс 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 протягом >2 тиж.

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

2. Фізикальне обстеження.

3. Лабораторні методи обстеження:

3.1. Загальний аналіз крові з обов'язковим визначенням ШОЕ.

3.2. Загальний аналіз сечі.

3.3. Направлення на лабораторне дослідження крові для визначення рівня СРБ.

4. Інструментальні методи обстеження.

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

5. Скерувати пацієнта на консультацію до:

- ревматолога протягом 1 тиж — при підозрі РА;
- ортопеда-травматолога — за наявності деформації суглобів.

Лікування

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

Хворобо-модифікуюче лікування РА призначає лікар-ревматолог з метою досягнення ремісії або мінімальної активності захворювання.

Існують докази, що призначення ГК (меншою мірою — НППЗ) може на тривалий час замаскувати клінічні симптоми, відтермінувати встановлення діагнозу та призначення хворобо-модифікуючої терапії.

Існують факти на підтвердження того, що своєчасне призначення хворобо-модифікуючих лікарських засобів позитивно впливає на перебіг захворювання, сповільнює структурні зміни в суглобах, попереджає втрату працездатності та інвалідизацію.

Дії лікаря

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

2. Під час обстеження та хворобо-модифікуючого лікування сприяти виконанню пацієнтом усіх рекомендацій ревматолога та інших спеціалістів, у тому числі щодо моніторингу побічних ефектів хворобо-модифікуючих препаратів, ГК та НППЗ.

3. Надавати інформацію щодо методів лікування РА на основі даних адаптованої клінічної настанови «Ревматоїдний артрит» (табл. 2) та пам'ятки для пацієнта з РА (табл. 3).

Таблиця 2. Інформація щодо методів лікування РА на основі даних адаптованої клінічної настанови «Ревматоїдний артрит»

R1 Направляйте на огляд до спеціаліста будь-якого хворого з підозрою на стійкий синовіт невизначеної етіології. Також направляйте до спеціаліста, якщо виявлено будь-яку ознаку з перелічених нижче:

- ураження дрібних суглобів кистей і стоп;
- ураження >1 суглоба;
- інтервал ≥ 3 міс між настанням симптомів і зверненням за медичною допомогою.

R2 Не сумнівайтеся щодо негайного направлення будь-якого хворого з підозрою на стійкий синовіт невизначеної етіології, результати аналізу крові якого показують нормальну відповідь гострої фази або негативний РФ.

R3 Розглянути виявлення АЦЦП у хворих із прогнозованим РА, якщо:

- вони є негативними за РФ та
- існує необхідність прийняття обґрунтованих рішень про початок комбінованої терапії (див. рекомендацію 16).

R4 Пропонується проводити аналіз крові на РФ у хворих із підозрою на РА, у яких виявлено синовіт при клінічному обстеженні.

R5 Робити рентгенівські знімки кистей і стоп на ранніх стадіях захворювання у пацієнтів із стійким синовітом.

R6 Поясніть пацієнтам ризики і користь лікування РА таким чином, щоб вони могли їх легко зрозуміти. Упродовж перебігу хвороби слід надавати пацієнтам можливість поговорити про неї та узгодити всі аспекти лікування, а також поважати рішення, які вони приймають.

R7 Надавайте усну та письмову інформацію людям з РА:

- поліпшуйте розуміння ними їхнього стану та лікування при ньому, а також
- враховуйте будь-які помилки, які вони можуть допустити.

R8 Пацієнтам з РА, які хочуть знати більше про свою хворобу та її лікування, необхідно давати можливість брати участь в існуючій освітній діяльності, у тому числі в програмах з самоконтролем.

R9 Пацієнти з РА повинні мати постійний доступ до мультидисциплінарної команди. Це має забезпечувати можливість періодичної оцінки (див. рекомендації 36 і 37) впливу хвороби на їхнє життя (наприклад біль, втома, повсякденна діяльність, мобільність, здатність працювати або брати участь у соціальній діяльності або дозвіллі, якість життя, настрій, сексуальні стосунки) і допомагати керувати станом.

R10 Пацієнти з РА повинні мати доступ до члена мультидисциплінарної команди (наприклад до медсестри-спеціаліста), який відповідає за координацію їхнього лікування.

R11 Пацієнти з РА повинні мати доступ до фізіотерапевта щодо періодичного огляду (див. рекомендації 36, 37), щоб:

- поліпшити загальну фізичну форму та одержати заохочення до регулярного виконання фізичних вправ;
- вивчити вправи для зміцнення гнучкості суглобів, сили м'язів і керування іншими функціональними порушеннями;

— навчитися полегшувати біль на короткий термін такими методами, як черезшкірні електричні стимулятори нервів (transcutaneous electrical nerve stimulation — TENS) і ванни з воском.

R12 Хворі на РА повинні мати можливість отримувати кваліфіковані реабілітаційні заходи та періодичні ревізії (див. рекомендації 36, 37), якщо вони мають:

— труднощі з виконанням щоденних справ;

— проблеми з функцією руки.

R13 Запропонувати психологічну допомогу (релаксація, антистресова терапія, когнітивні практики), щоб полегшити пристосування до життя з хворобою.

R14 Усі хворі на РА, які мають проблеми в ділянці стоп, повинні мати можливість звернутися до подіатра для оцінки та періодичного огляду стоп (див. рекомендації 36, 37).

R15 За необхідності всі пацієнти з РА повинні бути забезпечені функціональними устілками та терапевтичним взуттям.

R16 У хворих із вперше діагностованим активним РА як терапію першої лінії запропонуйте якомога швидше (ідеально — у межах 3 міс з моменту появи стійких симптомів) комбінацію хворобо-модифікуючих протиревматичних препаратів (ХМПРП) (у тому числі метотрексату та принаймні ще одного іншого ХИПРП, із додаванням на короткий час — ГК).

R17 У хворих із раннім РА, які отримують комбіновану терапію із використанням ХМПРП та у яких був досягнутий стійкий та задовільний рівень контролю захворювання, обережно спробуйте знизити дози препаратів до рівнів, які продовжують підтримувати контроль захворювання.

R18 У хворих із вперше діагностованим РА, для яких комбінована терапія з використанням ХМПРП не підходить (наприклад при супутній патології чи під час вагітності, коли певні препарати протипоказано), розпочніть монотерапію з використанням ХМПРП, віддаючи перевагу швидкому підвищенню до клінічно ефективної дози, ніж ХМПРП.

R19 У хворих із вперше діагностованим РА, для яких комбінована терапія із використанням ХМПРП не підходить (наприклад при супутній патології чи під час вагітності, коли певні препарати протипоказано), розпочніть монотерапію із використанням ХМПРП, віддаючи перевагу швидкому підвищенню до клінічно ефективної дози, ніж ХМПРП.

R20 При введенні нових препаратів для поліпшення контролю захворювання у режим лікування осіб із встановленим РА розгляньте зниження дози чи припинення прийому вже призначених ревматологічних препаратів, тільки-но хвороба стане контрольованою.

R21 У будь-яких осіб із встановленим діагнозом РА, у яких дози лікарських засобів, які модифікують перебіг захворювання, чи біопрепаратів знижені або прийом припинено, мають бути визначені заходи для швидкої перевірки.

R22 Розгляньте пропозицію короткотривалого лікування ГК (пероральними, внутрішньом'язовими чи інтраартикулярними) для швидкого зменшення вираженості симптомів у хворих із вперше діагностованим РА, якщо вони ще не приймають ГК як компонент комбінованої терапії ХМПРП.

R23 Запропонуйте короткотривале лікування ГК для врегулювання загострень у хворих із раннім чи пізнім РА для швидкого зменшення запалення.

R24 У хворих із пізнім РА продовжуйте лікування за допомогою ГК лише, якщо:

— ускладнення, викликані довготривалою терапією ГК, були повністю обговорені та

— було запропоновано всі інші варіанти лікування (включно із біопрепаратами).

R25 Взявши до уваги усі клінічні переваги та економічно зважену ефективність, анакінру не слід рекомендувати для лікування РА, за винятком використання у контрольованих, тривалих клінічних дослідженнях*.

R26 Якщо різко перервати лікування пацієнтів з РА, які саме приймають анакінру, їх самопочуття може погіршитися. Тому терапія анакінрою має продовжуватися до прийняття пацієнтом разом з консультантом рішення про припинення прийому препарату.

R27 Не рекомендується комбінована терапія РА анакінрою та інгібіторами фактора некрозу пухлини (ФНП)- α .

R28 Анальгетики (наприклад парацетамол, кодеїн чи комбіновані препарати) можуть бути запропоновані хворим на РА, у яких не вдається досягти адекватного контролю болю, щоб знизити їх потребу у тривалому лікуванні НППЗ чи інгібіторами циклооксигенази (ЦОГ)-2.

R29 Пероральні НППЗ та інгібітори ЦОГ-2 мають бути застосовувані у найнижчій ефективній дозі протягом можливого найкоротшого періоду.

R30 При призначенні лікування за допомогою НППЗ або інгібітору ЦОГ-2 спершу слід обрати стандартний НППЗ або інгібітор ЦОГ-2 (крім еторикоксибу в дозі 60 мг). У будь-якому разі їх необхідно призначити одночасно з інгібіторами протонної помпи (ІПП), обираючи препарат найнижчої вартості.

R31 Усі пероральні НППЗ та інгібітори ЦОГ-2 мають знеболювальний ефект подібної інтенсивності, який, однак, відрізняється за потенційною токсичністю для шлунково-кишкового тракту (ШКТ), печінки, серця та нирок; тому при виборі лікарського засобу та дози працівник охорони здоров'я повинен брати до уваги індивідуальні фактори ризику пацієнтів, у тому числі — вік. При призначенні цих препаратів увагу слід приділити належній оцінці та/або поточному контролю цих факторів ризику.

R32 Якщо особа з РА потребує призначення ацетилсаліцилової кислоти у низьких дозах, працівник охорони здоров'я перед заміною чи додаванням НППЗ або інгібітору ЦОГ-2 (з ІПП) (якщо купірування болю є неефективним або недостатнім) повинен розглянути інші анальгетики.

R33 Якщо НППЗ або інгібітори ЦОГ-2 не забезпечують належного контролю симптомів, слід переглянути режим прийому препаратів, які модифікують перебіг захворювання.

R34 Слід регулярно оцінювати СРБ та ключові компоненти активності захворювання (із використанням сумарного індексу, такого як DAS28) у хворих із РА, аби отримати інформацію для прийняття рішення відносно:

— посилення лікування для контролю захворювання;

— обережного зниження інтенсивності лікування, коли хвороба є контрольованою.

R35 У хворих із ранньою активною стадією РА слід оцінювати СРБ та ключові компоненти активності захворювання (використовуючи сумарний індекс, такий як DAS28) щомісячно, доки лікування не контролюватиме хворобу на рівні, попередньо узгодженому з хворим на РА.

R36 Запропонуйте особам із задовільно контрольованим пізнім РА призначення огляду із частотою та місцем проведення, які відповідають його потребам. Крім того, переконайтеся, що вони:

- мають можливість додаткових візитів з приводу загострення хвороби;
- знають, коли та як отримати швидкий доступ до спеціаліста;
- мають систематичний моніторинг медикаментозного лікування.

R37 Запропонуйте пацієнтам із РА щорічний огляд для оцінки активності захворювання та пошкодження:

- визначте функціональну здатність, використовуючи, наприклад, анкету оцінки стану здоров'я Health Assessment Questionnaire (HAQ);
- перевірте розвиток супутніх захворювань, таких як артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, остеопороз і депресія;
- оцініть симптоми, які наводять на думку про ускладнення, такі як васкуліт і захворювання шийного відділу хребта, легенів чи очей;
- організуйте належне перенаправлення у межах мультидисциплінарної команди;
- оцініть потребу у направленні на операцію;
- оцініть, який вплив має хвороба на життя хворого.

R38 Пропонуйте людям з РА звернутися до хірурга для отримання його думки на ранніх етапах, якщо будь-що з наведеного нижче не відповідає на оптимальне нехірургічне лікування:

- персистуючий біль через пошкодження суглоба чи інша пов'язана із м'якою тканиною причина, що піддається ідентифікації;
- погіршення функціонування суглоба;
- прогресуюча деформація;
- персистуючий локалізований синовіт.

R39 Пропонуйте людям із наведеними нижче ускладненнями звернутися до хірурга для отримання його думки, перш ніж пошкодження чи деформація стане незворотною:

- неминучий або фактично існуючий розрив сухожилка;
- компресія нерва (наприклад зап'ястний синдром);
- стресовий перелом.

R40 Коли операція пропонується людям з РА, поясніть, що головними* очікуваними перевагами є:

— знеболення;

— поліпшення чи попередження подальшого руйнування, зниження функціонування суглоба;

— попередження деформації.

R41 Запропонуйте термінове комбіноване медикаментозне та хірургічне лікування особам з РА, які мають підозру чи підтверджений септичний артрит (особливо протезованого суглоба).

R42 Якщо у людини з РА розвиваються будь-які симптоми чи ознаки, що вказують на шийну мієлопатію**:

— вимагайте термінового проведення магнітно-резонансної томографії;

— направте на консультацію до хірурга.

R43 Не дозволяйте занепокоєнню стосовно довготривалості функціонування протезованих суглобів впливати на рішення запропонувати заміну суглоба більш молодим хворим з РА.

R44 Надайте інформацію особам з РА, які бажають поекспериментувати зі своєю дієтою, що немає переконливих доказів, що саме це буде корисним для них при артриті. Однак вони можуть бути заохочені дотримуватися принципів середземноморської дієти (більше хліба, фруктів, овочів та риби; менше м'яса та заміна масла та сиру на продукти на основі овочевих та рослинних олій).

R45 Надайте інформацію особам з РА, які бажають спробувати додаткові способи лікування, стосовного того, що, хоча окремі із них можуть забезпечити короткотривалу симптоматичну користь, їх довготривала ефективність слабо доведена, чи доказів немає.

R46 Якщо особа з РА вирішує спробувати додаткову терапію, попередьте її, що:

— ці підходи не мають замінити звичайного лікування;

— це не має суперечити настановам членів міждисциплінарної команди чи впливати на запропоноване лікування.

**Усунення косметичних дефектів не має бути домінантним завданням.*

***Наприклад парестезія, слабкість, нестабільність, знижена м'язова сила.*

Таблиця 3. Пам'ятка для пацієнта з РА

Що таке ревматоїдний артрит?

Ревматоїдний артрит (РА) — аутоімунне захворювання, яке проявляється запаленням внутрішньої (синовіальної) оболонки суглобів з розвитком ушкодження хряща, кісток, сухожилків і зв'язок, що утворюють суглоб, також можливе ураження внутрішніх органів. Перебіг РА тривалий, протягом багатьох років з поступовим залученням у процес різних груп суглобів. Причина РА досі невідома. Захворювання може розвинути в будь-якому віці, включаючи дитячий та літній.

Прояви РА можуть відрізнятися. Захворювання може проявлятися запаленнями суглоба у вигляді його потепління, набряку, інколи — почервоніння, болісності суглоба та утруднення руху в ньому. РА, особливо в періоди загострення, може супроводжуватися загальним нездужанням, втратою апетиту, зменшенням маси тіла, підвищенням температури, загальною слабкістю. Характерним симптомом РА є скутість у суглобах, особливо в ранкові години. Приблизно у п'ятої частини людей з РА розвиваються ревматоїдні вузлики — досить щільні утворення під шкірою, зазвичай біля суглобів або в ділянках, що зазнають тиску та тертя (наприклад навколо ліктя).

Як діагностувати РА?

Для встановлення діагнозу РА лікар має розпитати Вас про історію розвитку захворювання, уточнити послідовність появи різних симптомів і провести обстеження. Необхідно провести аналіз крові та рентгенологічне дослідження, за необхідності — ультразвукове дослідження суглобів чи магнітно-резонансну томографію.

Яка мета лікування?

На сьогодні неможливо повністю вилікувати РА, оскільки причина хвороби невідома. Мета лікування — зменшити біль, запалення, зупинити або сповільнити швидкість пошкодження суглобів і поліпшити якість життя хворого. Сучасне лікування РА у більшості випадків дозволяє істотно поліпшити якість життя пацієнтів з цією хворобою.

Що допоможе усунути біль і зменшити ранкову скутість?

Для зменшення болю у суглобах, ранкової скутості лікар може призначити НППЗ — диклофенак, ібупрофен тощо, які мають знеболювальну, протизапальну та жарознижувальну дію. Однак НППЗ мають побічні дії, насамперед, це подразнювальна дія на ШКТ із розвитком виразкових змін слизової оболонки, які іноді ускладнюються кровотечею, вплив на функцію печінки, нирок, нервову систему, загострення бронхіальної астми, шкірний свербіж, висипання на шкірі. Тому при застосуванні НППЗ лікар може призначити лікарські засоби для профілактики ускладнень з боку ШКТ (наприклад ІПП) або загострень з боку серцево-судинної системи (наприклад ацетилсаліцилова кислота в низьких дозах). Під час прийому НППЗ необхідно дотримуватися дієти з обмеженням гострої, смаженої їжі, приймати рекомендований препарат тільки через 15–20 хв після їди. Слід виключити тютюнопаління, обмежити вживання алкоголю, особливо одночасно з прийомом ліків. Необхідно чітко дотримуватися призначень лікаря, не можна перевищувати дозу НППЗ, призначену на один прийом, приймати одночасно декілька НППЗ.

Що треба знати про лікування глюкокортикоїдами (ГК)?

ГК призначають при високій активності запального процесу, а також на період очікування початку дії базисної терапії. Підбір дози препарату та режиму застосування здійснюється тільки лікарем-ревматологом. Небезпечно раптово припиняти або значно знижувати дозу ГК, оскільки це може призвести до вираженого загострення хвороби. За наявності вираженого запалення в суглобі, що супроводжується накопиченням запальної синовіальної рідини, ГК за призначенням лікаря вводять в один або декілька суглобів (не частіше ніж 1 раз на 3 міс в один суглоб!).

Що таке базисна терапія?

Базисні протиревматичні препарати — це лікарські засоби, які безпосередньо впливають на імунopatологічний процес, відповідальний за розвиток артриту (метотрексат, лефлуномід, ритуксимаб тощо). Завдяки застосуванню цієї групи лікарських засобів у більшості пацієнтів вдається досягти значного зниження активності захворювання або

повного припинення його прогресування і в цілому поліпшити прогноз хвороби. Майже всі базисні препарати починають діяти поступово, через 2–3 міс від початку прийому, тому на цей період зазвичай призначають НППЗ або ГК. У подальшому, залежно від ефекту базисної терапії, може виникати потреба в періодичному чи постійному прийомі ГК чи НППЗ у низьких дозах.

Метотрексат приймають 1 раз на тиждень в таблетках або вводять у вигляді ін'єкції. У період лікування метотрексатом слід періодично проводити аналіз крові з метою своєчасного виявлення можливих розладів функції кісткового мозку та печінки. Пацієнти, які отримують метотрексат, не повинні вживати алкоголь (особливо в дні прийому метотрексату). Для зниження ймовірності появи побічних ефектів призначають фолієву кислоту у дні, коли не приймають метотрексат, в дозі, яку визначає лікар. Про всі небажані реакції в період лікування метотрексатом слід негайно повідомити Вашого лікаря!

Лефлуномід. Лікувальний ефект починає проявлятися досить швидко — через 4 тиж після початку лікування і посилюється протягом 4–6 міс. При лікуванні лефлуномідом можуть виникати побічні ефекти у вигляді дисфункції кишечника, нудоти, блювання, підвищення рівня печінкових трансаміназ, шкірного висипання, зниження рівня лейкоцитів, тромбоцитів у крові. Препарат призначає лікарем-ревматолог з обов'язковим регулярним контролем показників крові.

Сульфасалазин. Частіше призначають для лікування більш легких форм захворювання. Побічні ефекти можуть включати шкірні висипання, розлади шлунка та зменшення кількості лейкоцитів і тромбоцитів в крові. Препарат призначає лікар-ревматолог з обов'язковим регулярним контролем аналізів крові.

При агресивному перебігу захворювання або при недостатньому ефекті лікування одним із базисних препаратів лікар може призначити комбінацію з 2–3 базисних препаратів.

Терапія біологічними агентами (БА). БА — це група сучасних препаратів, отриманих шляхом генної інженерії. Призначення та лікування БА проводиться суворо під контролем лікаря. У більшості випадків БА призначають у комбінації з метотрексатом чи іншим базисним препаратом.

Фізична активність

Лікувальна фізкультура, призначена власним лікарем або фахівцем з лікувальної фізкультури, допоможе зберегти або поліпшити фізичну активність, гнучкість у суглобах, силу м'язів, покращити роботу серця і легенів. Співвідношення обсягу лікувальної фізкультури, тривалості діяльності та відпочинку визначається особливостями перебігу захворювання.

Фізіотерапевтичне лікування

При високому ступені активності РА проведення фізіотерапевтичного лікування протипоказане, при помірному — обмежене. Найбільш широке застосування фізіотерапія має при мінімальному ступені активності або клінічній ремісії РА за призначенням лікаря, який веде пацієнта.

Як уникнути загострень РА?

Профілактика загострень РА полягає в обов'язковому регулярному контролі реакції організму на базисну терапію. Пацієнта з РА повинен оглядати лікар-ревматолог не рідше ніж 1 раз на 3 міс, особливо в перші роки виявлення захворювання. Лікар

призначає і за необхідності здійснює корекцію лікування, визначає показання до санаторно-курортного та стаціонарного лікування.

Коли можна застосовувати санаторно-курортне лікування?

Санаторно-курортне лікування хворих на РА в період ремісії може проводити щорічно. При доброякісному перебігу захворювання без виражених змін у суглобах показано застосування радонових ванн у Хмельнику, Миронівці. При прогресуючому перебігу зі згасанням запального процесу в суглобах — лікування сірководневими ваннами у Великому Любіні. При розвитку виражених деформацій суглобів, контрактур — лікування грязьовими аплікаціями у Євпаторії, Саках, Одесі, Бердянську. Санаторно-курортне лікування протипоказане за наявності загострення та в найближчі 3–6 міс після стихання загострення РА.

Хірургічне лікування

При вираженому болю, порушеннях функції суглоба при його серйозному ушкодженні можлива заміна суглоба чи інше коригуюче хірургічне втручання. Для попередження прогресування деформацій суглобів стоп або кистей лікар може направити на консультацію до ортопеда-травматолога з метою підбору необхідних допоміжних засобів чи пристроїв.

Чи впливає дієта на перебіг РА?

Без проведення адекватного медикаментозного лікування дієта не здатна суттєво вплинути на перебіг РА. Однак в процесі лікування важливо дотримуватися дієти, яка включає споживання необхідної кількості білка, вітамінів (краще — у складі овочів та фруктів), солей кальцію, а також морської риби. Необхідно обмежити вживання гострої, смаженої, жирної, кислої їжі. Харчування має бути три-чотириразове, невеликими порціями.

Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію

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

Існують докази позитивного впливу психологічних технік на зменшення больових відчуттів та підвищення якості життя хворих на РА у ранній та розгорнутій стадії, а також того, що антистресові техніки та когнітивно-поведінкова терапія покращують психологічний статус пацієнта; навчання пацієнтів (у тому числі групові) за програмами, які заохочують здійснювати самоконтроль, є важливим аспектом надання медичної допомоги при РА.

Дослідження показали, що підвищення фізичної активності сприяє поліпшенню виживаності.

Існують доведені факти, 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.

Активність захворювання при РА визначається за допомогою таких клінічних індексів: DAS 28 — індекс активності захворювання з урахуванням 28 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 обчислення індексів активності захворювання:

$$DAS\ 28 = 0,56\sqrt{КБС} + 0,28\sqrt{КПС} + 0,70[\ln(ШОЕ)] + 0,0143ОЗП.$$

Для обчислення 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

prodiagnosi.com/DAS28/
(російськомовний).

$$SDAI = КБС + КПС + ЗОАЗП + ЗОАЗЛ + СРБ; CDAI = КБС + КПС + ЗОАЗП + ЗОАЗЛ,$$

де КБС — кількість болісних суглобів (0–28); КПС — кількість суглобів з припухлістю (0–28); ШОЕ — швидкість осідання еритроцитів (мм/год); ЗОЗП — загальна оцінка здоров'я пацієнтом (0–100): оцінюється за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ, мм); ЗОАЗП — загальна оцінка активності захворювання пацієнтом (0–10): оцінюється за ВАШ, см; ЗОАЗЛ — загальна оцінка активності захворювання лікарем (0–10): оцінюється за ВАШ, см; СРБ — вміст С-реактивного білка в сироватці крові — мг/дл (при використанні методик, для яких нормальні значення становлять <1 мг/дл, діапазон вимірювань — від 0,1 до 10 мг/дл) (табл. 4, 5).

Таблиця 4. Порівняльна характеристика індексів активності хвороби

Елемент	SDAI	CDAI	DAS 28
КПС	Звичайне обчислення 0–28	Звичайне обчислення 0–28	$0,28\sqrt{КПС}$ 0–1,48
КБС	Звичайне обчислення 0–28	Звичайне обчислення 0–28	$0,56\sqrt{КБС}$ (0–28) 0–2,69
Реактанти гострої фази	СРБ (мг/дл) 0,1–10	–	$0,7[\ln(ШОЕ)]$ 0,49–3,22
ЗОЗП	–	–	$0,07$ ВАШ (мм) (0–1,4)
ЗОАЗП	ВАШ (см) 0–10	ВАШ (см) 0–10	–
ЗОАЗЛ	ВАШ (см) 0–10	ВАШ (см) 0–10	–
Діапазон значень індексу	0,1–86	0–76	0,49–9,07

Таблиця 5. Критерії активності захворювання залежно від значень індексів SDAI, CDAI та DAS 28

Критерій	SDAI	CDAI	DAS 28
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

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль дотримання Плану обстежень, які виконуються під час лікування пацієнтів з РА (див. розділ Діагностика у діях лікаря-ревматолога).
2. Погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 025/о).
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 направляти пацієнта до лікаря-ревматолога. Пацієнтів із задовільно контрольованим РА не рідше одного разу на рік направляти на консультацію до лікаря-ревматолога для контролю перебігу хвороби, ефективності та безпеки лікування.

Бажані

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

Первинна профілактика

Відсутні докази щодо специфічної профілактики РА, але своєчасне виявлення та лікування РА позитивно впливає на перебіг захворювання.

Існують докази, що частота захворювання на РА є вищою серед осіб з певними генетичними детермінантами, які можуть передаватися спадково.

Існують дані, що на РА частіше хворіють жінки, ніж чоловіки; хвороба може розвинутися у будь-якому віці.

Дії лікаря

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