

В ПОМОЩ НА ПАЦИЕНТИТЕ С ДИАГНОЗА АКСИАЛЕН СПОНДИЛОАРТРИТ – ДА ОБЯСНИМ ЗАБОЛЯВАНЕТО ИМ

д-р Лоран Гранж



Съдържание

Спондилоартрит: обща информация	3
Симптоми на спондилоартритите	4
Ентезит и спондилоартрити	5
Спондилоартритът – трудна диагноза	6
Медикаментозно лечение на аксиален спондилоартрит	7
Физическа функция, хранене и хигиена на живота	8
Живот със спондилоартрит	9
Социална подкрепа и професионален живот	10
Терапевтично обучение и информираност: болният да бъде активен участник в своето лечение	11

Спондилоартрит: обща информация



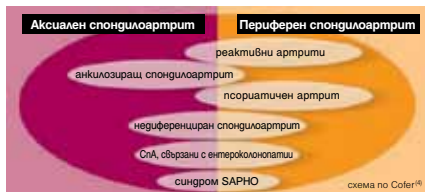
Спондилоартрити (СпА)

Тези заболявания се класифицират в подгрупи в зависимост от преобладаващата клинична картина: аксиална форма; форма, засягаща периферните стави, периферна ентезитна форма¹.

◆ Тези три форми могат да бъдат свързани или да се появяват последователно при един и същ пациент.

◆ Клиничните прояви при мъжете често са по-изявени¹.

◆ Общото разпространение на спондилоартрити в Европа е 0,30%². Обикновено болестта започва преди 40-годишна възраст.



Аксиалният спондилоартрит

Критериите за определяне на аксиален спондилоартрит са дефинирани от ASAS^{5,6}.

◆ Аксиалната форма на спондилоартрита се характеризира с възпаление на ентезите на гръбначния стълб и сакроилиачните ентези.

◆ Тя може да прогресира в анкилоза.

◆ Анкилозиращият спондилоартрит (АС) е най-типичната форма на аксиално засягане.

◆ Най-силно изявеният клиничен симптом е наличието на хронични възпалителни болки в гърба и седалищната област.

Патология на ентези⁴

СпА се характеризира с възпаление на ентезите (място на залавяне на сухожилията, лигаментите, ставните капсули и фасциите към костта).

Прогресираща скованост на гръбначния стълб⁴

Аксиалната форма на СпА обичайно не засяга периферните стави.

◆ Въпреки това в хода на заболяването е възможно да се развие прогресираща анкилоза на гръбначния стълб и понякога да се засегне тазобедрената става (коксит).

◆ След няколко години еволюция може да се наблюдава поява на сингесмофити (фини вертикални осификации) на гръбначния стълб.

◆ В най-тежките форми се образуват костни мостове най-вече в гръбначния стълб (бамбуков гръбнак), но понякога също и в раменете и в тазобедрената става.

Смесена патология

Анкилозиращият спондилоартрит (АС) засяга както мъжете, така и жените, в съотношение 2:1 (съответно мъже:жени)³. Полова разлика не се открива при другите спондилоартрити (СпА) (жени 0,29%, 0,31% мъже)².

Въпроси за обсъждане

- ◆ СпА
- ◆ АКСИАЛЕН СпА
- ◆ ПАТОЛОГИЯ НА ЕНТЕЗИТА
- ◆ СМЕСЕНА ПАТОЛОГИЯ
- ◆ HLA-B27
- ◆ НАСЛЕДСТВЕНОСТ
- ◆ ХРОНИЧНА ПАТОЛОГИЯ

Генетична предразположеност: HLA-B27

АС е тясно свързан с гена HLA-B27 (90 % от заболяемите от АС)⁷.

Почти 600 000 души в България (8% от общото население) са носители на антигена HLA-B27⁸.

По-малко от 5% от носителите на HLA-B27 развиват АС⁹. **Следователно по-голямата част от хората, носители на антигена HLA-B27 не са болни.**

Родителите на болното дете не са отговорни за появата на заболяването

Генът HLA-B27 не е единственият генетичен фактор, определящ появата на СпА¹⁰. Въз основа на фамилни генетични изследвания е установено, че HLA-B27 допринася за 37% от риска за развитие на СпА⁹. Проучванията показват, че ако болният е носител на HLA-B27, рискът от поява на заболяване у детето му зависи от предаването на гена. Ако детето е носител на гена, рискът да се отключи болестта е само 12%¹¹.

Хронична патология

Заболяването се развива хронично с периоди на подобрение и влошаване.

Библиография

1. Haute autorité de santé. *Spondylarthrite grave. Guide – Affection de longue durée*. Décembre 2008.
2. Saraux A, Guillemin F, Guggenbuhl P, et al. *Prevalence of spondylarthropathies in France*. Annals of the Rheumatic Diseases 2005; 64 : 1431-1435.
3. Braun J, Sieper J. *Ankylosing spondylitis*. Lancet 2007; 369 : 1379-1390.
4. Cofer. *Item 282 : Spondylarthrite ankylosante*. Masson 2008.
5. Rudwaleit M, Landewé R, van der Heijde D et al. *The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I): classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal*. Annals of the Rheumatic Diseases 2009; 68 : 770-776.
6. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R et al. *The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II) : validation and final selection*. Annals of the Rheumatic Diseases 2009; 68 : 777-783.
7. Taurou JD. *The role of HLA-B27 in spondyloarthritis*. The Journal of Rheumatology 2010 ; 37 : 2606-2616.
8. Toussiot E, Wending D. *The immunogenetics of ankylosing spondylitis*. La Revue de Médecine Interne 2006 ; 27 : 762-771.
9. Reveille JD, Arnett FC. *Spondylarthritides : update on pathogenesis and management*. American Journal of Medicine 2005 ; 118 : 592-603.
10. Reveille JD, MD, Ball EJ, et al. *HLA-B27 and genetic predisposing factors in spondyloarthropathies*. Current Opinion in Rheumatology 2001; 13 : 265-272.
11. Breban M. *Genetics of spondyloarthritis*. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2006 ; 20 : 593-599.

Симптоми на спондилоартритите



Въпроси за обсъждане

- ◆ ВЪЗПАЛЕНИЕ
- ◆ УМОРА
- ◆ ДОРЗОЛУМБАЛГИЯ
- ◆ ИЗВЪНСТАВНИ ПРОЯВИ
- ◆ ТАЛАЛГИЯ
- ◆ ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ЕЖЕДНЕВНИЯ ЖИВОТ

Възпаление¹

Болка, сутрешна скованост и нощно събуждане са основните симптоми, които говорят за възпаление.

Костноставните прояви на спондилоартритите се характеризират с:

- ◆ продължителност на симптомите над 3 месеца;
- ◆ характерен за възпаленията ритъм на болката – проявява се по-силно през втората част на нощта и/или при събуждане, сутрешна скованост, продължаваща над 30 минути и подобряване след раздвижване.

Умора²

Една от основните клинични симптоми е умората.

- ◆ Трима от четирима пациенти съобщават за наличие на умора.
- ◆ Физическата и психическата умора намаляват активността и мотивацията на болните.

Дорзолумбалгия^{1,3}

Става въпрос за пелвисно-гръбначен или аксиален синдром (засягане на гръбначния стъбъл или сакроилиит), който причинява:

- ◆ Възпалителни болки в гръбнака
- ◆ Възпалителни болки в гръбния кош (в областта на стерноклавикуларната и манубриостерналната става)
- ◆ Възпалителни болки в областта на сега-

лището – едностранни, двустранни или редуваща се от двете страни.

Болестта прогресира към скованост, като един от първите признаци е изчезване на физиологичната лумбална лордоза (извивката на поясния сегмент на гръбнака).

Основни извънставни прояви

Преген увеит⁴: възпаление на предния очен сегмент, което се проявява най-често със зачервяване и болезненост на окото, а понякога и със замъглено зрение. Среща се в 32% от случаите⁵.

Прояви, свързани с храносмилателната система⁴: възпалителна ентероколонопатия с обикновена или слузно-крвава диария, възпалителен панколит, анални фисури.

Кожни прояви⁴: псориазис.

Прояви, свързани с костната система¹: остеопороза.

Проявите, свързани със сърдечно-съдовата и дихателната система са редки⁴, но се срещат. Сърдечно-съдови прояви^{4,6}: аортна или митрална валвулопатия, ритъмни нарушения, миокардиопатия, перикардит, атриовентрикуларен блок. Прояви от страна на дихателната система⁷, свързани със скованост на гръбния кош (рестриктивен синдром) – ограничение в разгръщането на гръдната клетка.

Талалгия¹

Болката в петата е много показателна за спондилоартрит. Тя се проявява с първите стъпки сутрин при събуждане и намалява през деня. Болките по ходилото (във вътрешната долна част на петата) се свързват с плантарен фасциит, а болките в задната част на петата с ентезис на ахилесовото сухожилие.

Влияние върху ежедневиия живот

Както при всяко хронично заболяване, може да се появи депресия, която се отразява негативно на отношенията с околните⁸.

В такива случаи съдействието на близките оказва важна помощ на лекаря.

Значимостта на влиянието на СпА върху живота (ежедневен и професионален) трябва да бъде оценена адекватно, за да може пациентът да получи най-подходящата за негови случай грижа (лекарствена терапия, консултации с психолог или психиатър, евентуално адаптиране на работното място).

Библиография

1. Cofer. Item 282 : Spondylarthritis ankylosante. Masson 2008.
2. Aissaoui N, Rostom S, Hakrou J, et al. Fatigue in patients with ankylosing spondylitis : prevalence and relationships with disease-specific variables, psychological status, and sleep disturbance. Rheumatol Int 2011. Doi 10. 1007/s00296-011-1928-5
3. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. Lancet 2007 ; 369 : 1379-1390.
4. Haute autorité de santé. Spondylarthritis grave. Guide – Affection de longue durée. Décembre 2008.
5. Claudepierre P, Kemta Lepka F, Boissinot V, et al. 22e Congrès français de rhumatologie. Prévalence des manifestations extra-articulaires, en particulier des uvéites, chez les patients présentant une spondylarthropathie en France. 2009 (Ma. 140).
6. Bremaner A, Petersson IF, Bergman S, et al. Population-based estimates of common comorbidities and cardiovascular disease in ankylosing spondylitis. Arthritis Care & Research 2011 ; 63 : 550-556.
7. Kanathur N, Lee-Chiong T. Pulmonary manifestations of ankylosing spondylitis. Clinics in Chest Medicine 2010 ; 31 : 547-554.
8. Martindale J, Smith J, Sutton CJ, et al. Disease and psychological status in ankylosing spondylitis. Rheumatology (Oxford Journals) 2006 ; 45 : 1288-1293.

Ентезит и спондилоартрити



Въпроси за
обсъждане

- ◆ ПЕЛВИСНО-ГРЪБНАЧЕН ИЛИ АКСИАЛЕН СИНДРОМ
- ◆ СИНДРОМ НА ПЕРИФЕРНА ЕНТЕЗОПАТИЯ
- ◆ СИНДРОМ НА ПЕРИФЕРНИ СТАВИ

Кои са зоните, засегнати от спондилоартрит?

В клиничната картина на спондилоартрити-те се наблюдават вариращи прояви:

◆ **пелвисно-гръбначен или аксиален синдром** (засягане на гръбначния стълб и сакроилиит), който причинява възпалителни болки в гърба, гръбния кош и/или в седалищната област^{1,2}.

◆ **синдром на периферна ентезопатия**

- най-честа проява: талалгия, проявява се сутрин и се облекчава през деня,
- но също и пръсти „кебапчета“ на краката и ръцете (дактилит), свързан с общо възпаление на пръстите на краката и ръцете^{3, 4};

◆ **синдром от страна на периферните стави**

- олигоартрит на долните крайници, засягат се асиметрично големите стави (коляното, а също и глезена)^{1,4};

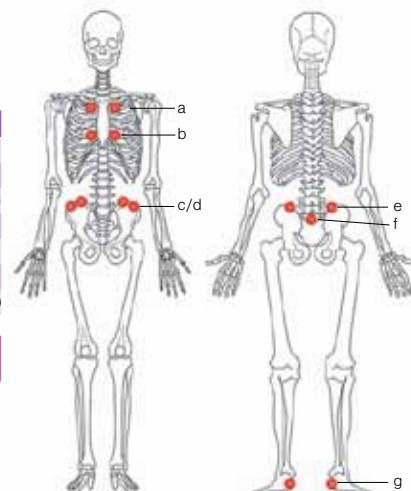
Съществува специфичен индекс, който позволява да се прецени степента на ентезита посредством 13 точки: MASES⁵.

Индексът MASES⁵ (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score)

13 точки

Хондрокостален 1 ляво/дясно (a)
Хондрокостален 7 ляво/дясно (b)
Преден горен хълбочен бодилест израстък ляво/дясно (c)
Илиачен гребен ляво/дясно (d)
Задно хълбочно бодило ляво/дясно (e)
L5 (f)
Ахилесово сухожилие, проксимална инсерция ляво/дясно (g)

Всеки пункт се оценява с 0 или 1
(в случай на болка)
Резултат MASES: от 0 до 13



Библиография

1. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. Lancet 2007 ; 369 : 1379-1390.
2. Haute autorité de santé. Spondylarthrite grave. Guide – Affection de longue durée. Décembre 2008.
3. Eulry F, Diamano J, Launay D, et al. Sausage-like toe and heel pain: value for diagnosing and evaluating the severity of spondyloarthropathies defined by Amor's criteria. A retrospective study in 161 patients. Joint Bone Spine 2002 ; 69 : 574-579
4. Cofer. Item 282 : Spondylarthrite ankylosante. Masson 2008.
5. Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, van Tubergen A, et al. Assessment of enthesitis in ankylosing spondylitis. Annals of the Rheumatic Diseases 2003; 62 : 127-132.

Спондилоартрит: трудна диагноза



Въпроси за
обсъждане

- ◆ НЕСПЕЦИФИЧНО И ТРУДНО ЗА ДИАГНОСТИЦИРАНЕ НАЧАЛО
- ◆ ДИАГНОЗАТА СЕ ПОСТАВЯ ВЪЗ ОСНОВА НА РЕДИЦА КРИТЕРИИ

Неспецифично и трудно за диагностициране начало

Диагностицирането на спондилоартрит е изключително трудно:

- ◆ Това е коварна болест при деброта, с много нетипични симптоми;
 - ◆ Около 8 години е средният интервал между първите признаци и поставянето на диагнозата¹;
- Затрудненията са още по-големи, тъй като:
- ◆ В някои случаи няма възпалителен синдром^{2,3};
 - ◆ рентгеновите снимки не показват изменения в началото^{2,4}.

Диагнозата се поставя въз основа на редица критерии.

Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS)(5,6) е създала критериите, чрез които да се класифицират пациентите със спондилоартрит.

Таблица 1. Критерии за класификация на аксиален спондилоартрит според ASAS^{5,6}

сакроилеит на ЯМР* + най-малко 1 признак на СпА		HLA-B27 + най-малко 2 признака на СпА
Възпалителна лумбалгия	или	Възпалителна лумбалгия
Артрит		Артрит
Ентезит		Ентезит
Увеит		Увеит
Дактилит		Дактилит
Псориазис		Псориазис
Болест на Крон/ хеморагичен ректоколит		Болест на Крон/ хеморагичен ректоколит
Добър отговор към НСПВС		Добър отговор към НСПВС
Фамилна анамнеза за СпА		Фамилна анамнеза за СпА
HLA-B27		
повишен С- реактивен протеин		повишен С- реактивен протеин

*Активно възпаление, видимо на ЯМР, което предполага сакроилеит, свързан със СпА, или сакроилеит, установен чрез радиологично изследване според модифицираните критерии от нюйоркски критерии.

Таблица 2. Чувствителност и специфичност на критериите за СпА^{5,6}

Критерии ASAS	Чувствителност	Специфичност
аксиален СпА	83 %	84 %

Библиография

1. Feldtkeller E, Khan MA, van der Heijde D et al. Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis. Rheumatology International 2003 ; 23 : 61–66.
2. Haute autorité de santé. Spondylarthritis grave. Guide – Affection de longue durée. Décembre 2008.
3. Dougados M, Gueguen A, Nakache JP, et al. Clinical relevance of C-reactive protein in axial involvement of ankylosing spondylitis. The Journal of Rheumatology 1999 ; 26 : 971-974.
4. Mau W, Zeidler H, Mau R, et al. Clinical features and prognosis of patients with possible ankylosing spondylitis. Results of a 10-year followup. The Journal of Rheumatology 1988 ; 15 : 1109-1114.
5. Rudwaleit M, Landewé R, van der Heijde D, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I) : classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal. Annals of the Rheumatic Diseases 2009 ; 68 : 770-776.
6. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II) : validation and final selection. Annals of the Rheumatic Diseases 2009 ; 68 : 777-783.

Медикаментозно лечение на аксиален спондилоартрит¹



Въпроси за обсъждане

- ◆ СИМПТОМАТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ
- ◆ БАЗИСНО ЛЕЧЕНИЕ
- ◆ ЛОКАЛНО ЛЕЧЕНИЕ

Симптоматично лечение

Аналгетици

В зависимост от интензитета на болката се прилага лечение с парацетамол или слаби опиоиди (трамадол, кодеин, дихидрокодеин). Понякога е необходимо използването на силни опиати.

НСПВС

Прилагат се НСПВС (нестероидни противовъзпалителни средства) перорално, като се започва от най-ниската ефикасна доза. Няма аргументи, които да дават приоритет на едно НСПВС пред друго. В клиничната практика трябва да се открие медикаментът, който е най-ефикасен за конкретния пациент. При това лечение трябва да се провежда профилактика на язви на стомаха и дванадесетопръстника.

Базисно лечение

НСПВС

***НСПВС са също и базисни препарати и са основното лечение от първа линия.**

Сулфасалазин

В някои случаи е възможно да се използва сулфасалазин (2 до 3 грама на ден), като се оцени неговата поносимост. Ефикасността му е умерена при аксиалните форми на спондилоартрит, като повлиява благоприятно главна сутрешната скованост. Той е по-ефикасен в случаи на периферен артрит.

TNF инхибитори

TNF инхибитор може да бъде предписан в случай, че лечението от първа линия не дава резултати, като се спазват условията в таблицата по-долу. При избора между съществуващите молекули за всеки пациент трябва да се вземе предвид следното: ганните за поносимост и ефикасност, придружаващи заболявания, начин на приложение на медикамента, желанията и очакванията на пациентите.

Локално лечение

Локална инфилтрация на кортикостероиди може да се използва в случаи на периферен артрит, ако общото лечение е недостатъчно. Понякога са нужни корсет и ортеза.

Към хирургическа интервенция се прибегва в много редки случаи. Такъв е случаят с протезирането на тазобедрената става, като се вземат предвид болката и функционалните нарушения, структурните увреждания, желанията и очакванията на пациента.

Оскъдните данни от литературата не позволяват да се определи мястото на хирургията на гръбначния стълб при лечението на спондилоартритите.

Таблица 1. Стратегия за лечение на спондилоартрити с преобладаващо аксиална форма:

Медикамент	Уточнения	Условия на приложение
Лечение от първа линия НСПВС	Минимална ефикасна доза	Да се ограничи за периодите с иззвена симптоматика**
Лечение от втора линия Метотрексат или Сулфасалазин или TNF инхибитор	Оценка случай по случай на съотношението полза/риск	Ако няма резултат от първа линия лечение
	TNF инхибитор: 4 абсолютно необходими условия: • доказан спондилоартрит • активно заболяване: BASDAI > 4 • тежка активна форма на заболяването • неговляване от максимално препоръчаната или поносима доза НСПВС	
Аналгетици	НСПВС ± Парацетамол ± Опиоиди	Аналгетици, различни от НСПВС по време на лечението от първа линия
		Във всички стадии на болестта

Библиография

1. Haute autorité de santé. Spondylarthritis grave. Guide – Affection de longue durée. Décembre 2008.

Физическа активност, хранене и хигиена на живот



Въпроси за обсъждане

- ◆ ЕЖЕДНЕВНИ УПРАЖНЕНИЯ
- ◆ КИНЕЗИТЕРАПИЯ
- ◆ СПОРТ
- ◆ БАЛНЕОТЕРАПИЯ
- ◆ АДАПТИРАНЕ НА ФИЗИЧЕСКАТА ДЕЙНОСТ
- ◆ БАЛАНСИРАНО ХРАНЕНЕ
- ◆ ТЮТЮНОПУШЕНЕ

Да се избегне анкилозата – основна цел при лечението на СпА¹

Прости физически дейности предпазват от появата на анкилоза и тежките последствия, които произтичат от нея.

Ежедневни упражнения

Ежедневните упражнения не само облекчават симптомите (болка, скованост и т. н.), но и предпазват от тежки последствия. Особено важно е всеки ден в продължение най-малко на 20 минути да се стои в положение на хиперекстензия на гръбнака.

Кинезитерапия¹

Прилага се под формата на индивидуални сесии и по лекарско предписание. Кинезитерапията помага за лечението на ставната скованост и намалява болката. Кинезитерапевтът разработва за пациента програма с упражнения за предпазване от анкилоза, която той да изпълнява в дома си.

Спорт¹

Спортът допълва ежедневната гимнастика. Подходящи са спортове, които не предполагат риск от получаване на травми или микротравми, като плуването например.

Балнеотерапия

Това е терапевтична възможност, която има ефективно действие срещу симптомите на пациентите, засегнати от СпА, и води до видимо клинично подобрение. Лечението с минерални и термални води оказва благоприятно въздействие.

Адаптиране на физическата дейност към заболяването

Важно е да се предпазват ставите, т.е. пациентът да се научи да избягва прекомерното механично натоварване по време изпълнение на ежедневните дейности.

Необходимо е също да се правят почивки след по-голямо натоварване на мускулите и ставите.

Балансирано хранене, внимание с ексцентричните диети!

Не съществува хранителен режим, който да намали симптомите или да излекува болестта. Внимавайте с диетите, които забраняват определени храни! Те водят до недостиг на вещества, което може да има вредни последици върху здравето.

Балансът е в основата на доброто хранене.

Тютюнопушене

Препоръчва се спирането на тютюнопушенето, тъй като сърдечно-съдовият риск се увеличава от болестта в сравнение с общото население (2.2 пъти по-висок риск от исхемична болест на сърцето и 1.98 пъти по-висок риск от арт. хипертония)². Следователно тютюнопушенето е противопоказано за пациентите със СпА.

Библиография

1. Haute autorité de santé. Spondylarthritis grave. Guide – Affection de longue durée. Décembre 2008.

2. Bremander A, Petersson IF, Bergman S, et al. Population-based estimates of common comorbidities and cardiovascular disease in ankylosing spondylitis. Arthritis Care & Research 2011 ; 63 : 550-556.

Живот със спондилоартрит



Въпроси за обсъждане

- ◆ КАК ДА ОБЛЕКИМ САМИ БОЛКАТА
- ◆ ПОДХОДЯЩО ПОВЕДЕНИЕ
- ◆ ПОЛОЖЕНИЕ НА ТЯЛОТО
- ◆ ВАКСИНАЦИИ
- ◆ ПОДГОТОВКА ЗА МЕДИЦИНСКА КОНСУЛТАЦИЯ
- ◆ БРЕМЕННОСТ

СПА е хронично заболяване с дългосрочно протичане. Пациентът „ще живее с него“ през целия си живот. Прилагането на подходящи стратегии може да намали неблагоприятното му влияние върху качеството на живота.

Как да облекчим сами болката

Препоръчва се в няколко пъти на ден раздвижване и разтягане на ставите: разтягане на краката и ръцете, раздвижване на гръбначния стълб, дишателни упражнения.

Подходящо поведение

Препоръчва се в периоди на криза да не се натоварват болезнените стави. Почивката, подходящото положение на тялото и масажите могат да облекчат болката.

Извън периодите на криза болките затихват след „загръване“ на ставите. Затова горещо се препоръчват редовни физически упражнения, но съобразени със заболяването.

Положение на тялото

Хората, страдащи от аксиален спондилоартрит, често стоят приведени или прегърбени, тъй като в това положение изпитват най-малко болка. Това положение на тялото обаче благоприятства в голяма степен развитието на анкилоза. Затова се старайте да имате изправена стойка.

Ваксинации

На болните, засегнати от спондилоартрит, се поставят обичайните ваксини. Ваксина срещу грип може да се постави независимо от лечението им в момента.

Подготовка за медицинска консултация

По време на консултация се препоръчва¹:

- ◆ да се оцени активността на заболяването чрез индекса BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index);
- ◆ да се оцени степента на функционално ограничение с индекса BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index);
- ◆ да се оцени подвижността чрез измерване на страничния наклон на гръбнака, измерване на разширяването на гръдния кош, проба на Шобер, измерване на разстоянието тил-стена, тразус-стена и подвижността на шията;
- ◆ да се измери ръстът;
- ◆ да се направи клиничен преглед на тазобедрените стави;
- ◆ да се прегледат болезнените стави и/или ентези.

Системни лабораторни и рентгенологични изследвания се препоръчват само при тежките случаи.

От значение е да бъде оценена еволюцията на заболяването чрез индекса ASDAS-CRP (An-

kylosing Spondylitis Disease Activity Score)².

Консултацията се подготвя, като се отбелязват въпросите, които ще бъдат поставени, и проблемите, възникнали през изминалите месеци.

Препоръчително е пациентът да бъде разположен да участва активно в своето лечение, да се подготвя за консултациите, като сам прави тестовите BASDAI и BASFI.

Бременност

Днес благодарение на терапевтичния прогрес, свързан с новите медикаменти, от една страна, и от друга, с грижите за пациента, полагани съгласувано от ревматолози и гинеколози, жените могат без проблем да родят дете, при условие че планират бременността заедно със своите лекари³.

Библиография

1. Haute autorité de santé. Spondylarthritis grave. Guide – Affection de longue durée. Décembre 2008.
2. Lukas C, Landewé R, Sieper J, et al. Development of an ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. Annals of the Rheumatic Diseases 2009; 68 : 18-24.
3. Pham T, Bachelez H, Berthelot JM, et al. Traitements anti-TNF ALPHA et suivi de tolérance. Fiches pratiques élaborées par le Club Rhumatismes et Inflammations (CRI). Mise à jour décembre 2010. Rev Rhum 2010; 77 (HS n° 3) : 1-198.

Социална подкрепа и професионален живот



Болезтта води до ограничаване на активността, което се отнася до двигателната дейност, количеството извършвана работа, продължителността или силата, необходима за извършването ѝ.

Реимбурсация на лечението

В България НЗОК реимбурсира някои видове НСПВС на 25%, а съвременните антицитотинови медикаменти на 75%.

Редът и условията за предписване на антицитотиновите медикаменти са определени съобразно чл. 78 т. 2 от ЗЗО (експертиза и издаване на протоколи). Протоколи се издават от НЗОК за 6 месеца. Няма ограничение за броя протоколи, които даден пациент може да ползва. Антицитотиновите медикаменти се ползват до постигане на трайна клинична ремисия.

Поборна информация за реда и условията (стъпките при кандигатстване) за издаване на протокол за лечение с антицитотинови медикаменти може да се намери на сайта на ОПРЗБ* <http://blog.revmatologia.org/>, както и на facebook групата <https://www.facebook.com/groups/revmatologia/>

Медицинска експертиза на трайно намалената работоспособност¹

Тя е неразделна част от диагностично-лечебната и профилактичната дейност на лечебните заведения. Експертизата на трайно намалената работоспособност има за цел да определи вида и степента на увреждане на лицата, в резултат на различни заболявания, в т.ч. на аксиален спондилоартрит. Осъществява се от ТЕЛК и НЕЛК.

Тя включва определяне на: степента на трайно намалената работоспособност в проценти спрямо здравя човек; потребността от чужда помощ и срока; противопоказаните условия на труд; трудоспособно ли е лицето за работното си място и необходимостта от трудоустройство; 5. препоръки за по-нататъшно наблюдение и рехабилитация и др.

Процентът на трайно намалената работоспособност при заболявания на опорно-двигателния апарат се определя съобразно функционалните му ограничения и отражението им върху другите органи и системи. За болезнта на Бехтереф са предвидени следните проценти:

“6.1. ранен стадий (независимо от локализацията - гръбначен стълб и периферни стави), без функционални нарушения и без оплаквания в хода на лечението: 10%

6.2. централна форма (ангажиране на шия, торакален и лумбален отдел на гръбначния стълб):

6.2.1. начално развитие с лек функционален дефицит: 20–40%

6.2.2. при ограничение на движението в засегнатите отдели на гръбначния стълб, без кифоза и лордоза: 50–70%

6.2.3. при липса на движение, с оформена кифоза и лордоза: 71–100%

Забележка 3. В съображението влизат функционалните дефицити от страна на опорно-двигателния апарат, сърдечно-съдовата и дихателната система, оценени в съответните части на таблицата.

6.3. Гръбначно-периферна форма. Оценката на окончателния процент трайно намалена работоспособност/степен на увреждане се изчислява, като се вземат предвид процентите, отразени в т. 4 и 6.2, които се включват в диапазона”.

ТЕЛК описва противопоказаните условия на труд, които могат да провокират обостряне на заболяването. Обикновено това са: тежък физически труд, труд, свързан с продължително застояване на едно място (без промяна на стойката и с минимално движение), голямо натоварване на долните крайници, работа при висока влажност, студ и др.п.

Внимание: много важно е своевременното професионално ориентиране и правилната (само)оценка на необходимостта и възможностите на всеки пациент да промени (да се преквалифицира) професията си.

Въпроси за обсъждане

- ◆ ЕЖЕДНЕВНИ УПРАЖНЕНИЯ
- ◆ КИНЕЗИТЕРАПИЯ
- ◆ СПОРТ
- ◆ БАЛНЕОТЕРАПИЯ
- ◆ АДАПТИРАНЕ НА ФИЗИЧЕСКАТА ДЕЙНОСТ
- ◆ БАЛАНСИРАНО ХРАНЕНЕ
- ◆ ТЮТЮНОПУШЕНЕ

Медицинска рехабилитация

Това е лечебна дейност, осъществявана от мултидисциплинарни екипи при условията и по реда на Закона за лечебните заведения и на Закона за здравното осигуряване, която включва физикална терапия, ерготерапия, кинезитерапия, поддържаща медикаментозна терапия, назначаване на помощни средства, приспособления и съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания и др.

Възможност за медицинска рехабилитация чрез НЗОК са специализираните болници (центрове) за рехабилитация. Достъпът до тях става чрез Талон №7 – за хоспитализация, издаден от личния лекар. Всички болници имат налична леглова база и дават възможност за хоспитализация.

За хората с аксиален спондилоартрит е важно ежедневно да изерят лечебна физкултура в дома си в продължение минимум на 30 минути, като се придържат към установения комплекс от упражнения и не се претоварват. При наличие на по-силни болки лечебната физкултура е с по-слаба интензивност.

Медицински изделия и помощни средства

Получаването на необходимите помощни средства и финансовата подкрепа е регламентирана в Закона за интеграция на хората с увреждания и в подзаконовите документи. Конкретните помощни средства и максималния размер на финансовата подкрепа са подробно описани в Заповед на Министъра на Труда и Социалната политика за пределни размери (лимита) на помощите за изработване, покупка или ремонт на помощни средства, приспособления и съоръжения, и медицински изделия за хората с увреждания. Редът за получаването им изисква да бъдат назначени от ЛКК или в решението на ТЕЛК.

Списъкът за лимитите не е изчерпателен и част от помощните средства, необходими на хората с аксиален спондилоартрит остават извън него.

* ОПРЗБ - Организация на пациентите с ревматологични заболявания в България

Библиография

1. Наредба за медицинската експертиза, приета с ПМС №87/05.05.10г., обн. ДВ бр. 36/14.05.10г., изм. ДВ бр. 41/31.05.11г.

Терапевтично обучение и информираност: да научим болния да бъде активен участник в своето лечение



Информацията е важна за пациента, който ще я търси посредством различни средства (в интернет, статии в печата, книги и т. н.).

Образователните програми

Терапевтичното обучение се стреми да направи пациента по-независим, като създаде у него умения да спазва предписаните терапии и същевременно като подобрява качеството му на живот³.

Терапевтичното обучение има за цел да:

- ◆ допринесе за подобряването и поддържането на здравословното състояние на пациента;
- ◆ да подпомага непрекъснато пациента в придобиването на умения, които му позволяват да се грижи по-добре за себе си и да се справя по-добре в определени ситуации;
- ◆ да научи пациента да наблюдава развитието на болестта и да разпознава признаците на влошаване, както и да придобие навика незабавно да се консултира с лекар, за да се избегнат усложнения.

Терапевтичното обучение научава пациента²:

- ◆ да познава и разбира заболяването си и ползата от лекарствените и нелекарствени терапии;
- ◆ да се научи на правилни движения, които да не натоварват ставите;
- ◆ да съобразява с особеностите на заболяването хранителните си навици и физическата си активност;
- ◆ да направи околните съпричастни към ограниченията, наложени от болестта и терапията, както и произтичащите от тях последици.

Въпроси за обсъждане

- ◆ ИНФОРМАЦИЯ В ИНТЕРНЕТ
- ◆ ПАЦИЕНТСКИ ОРГАНИЗАЦИИ
- ◆ ТЕРАПЕВТИВТИЧНО ОБУЧЕНИЕ

Пациентските организации играят важна роля, предоставяйки информация и съвети на пациентите:

◆ Организация на Пациентите с Ревматологични Заболявания в България

тел.: 0898 401 439 и 0898 787 950

<http://blog.revmatologia.org/>

e-mail: revmatologia.org@gmail.com

Библиография

1. Haute autorité de santé. *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. Guide méthodologique. Juin 2007.
2. Haute autorité de santé. *Spondylarthrite grave. Guide – Affection de longue durée*. Décembre 2008.
3. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires ». *Éducation thérapeutique du patient*. Articles L. 1161-1 à L. 1161-5 du Code de la santé publique.
4. Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Речник

- ◆ **ASAS:** Assessment of SpondyloArthritis international Society.
- ◆ **ASDAS:** нов комбиниран индекс за оценка на активността на анкилозиращия спондилоартрит.
- ◆ **BASDAI** (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index): гесетобална скала, оценяваща активността на заболяването.
- ◆ **BASFI** (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index): гесетобална скала, оценяваща функционалното ограничение на болестта.
- ◆ **Ентеза:** място на залавяне на сухожилията и лигаментите за костта.
- ◆ **Увеит:** възпаление на цялата или на част от увеята (съдовата обвивка на окото), обикновено придружено с намаляване на зрителната острота. Необходимо е незабавно лечение, за да бъдат избегнати необратими увреждания на окото.
- ◆ **HLA-B27:** човешки левкоцитен антиген от клас I на главния комплекс на тъканната съвместимост (МНС). Наличието му се свързва със спондилоартритите.

- ◆ **ЯМР:** метод за образна диагностика чрез магнитен резонанс, техника, която използва силно магнитно поле.
- ◆ **Сакро-илиачна става:** става, която свързва сакрума с двете хълбочни (илиачни) кости.
- ◆ **Синдезмофит:** фина вертикална прогресираща осификация, която се образува между два съседни прешлена и ги споява.
- ◆ **НСПВС** (нестероидни противовъзпалителни средства): лекарства с обезболяващо, антипиретично и противовъзпалително действие.
- ◆ **TNF:** TNF алфа (tumor necrosis factor или тумор-некротизиращ фактор) са естествено съществуващи в организма молекули, които участват във възпалителните процеси и имунната защита. По време на заболяване от спондилоартрит TNF алфа се синтезира в твърде големи количества и е отговорен за възпалението.
- ◆ **TNF инхибитори:** инхибиторите на TNF алфа са лекарства, които блокират действието на TNF алфа. Това са антитела или рецептори, чието действие е насочено срещу тази молекула. Те имат свойството да се фиксират върху нея и да блокират излишния TNF алфа.