

Алгоритм дії лікаря 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, сприяттні виконанню рекомендацій спеціалістів під час хворобо-модифікуючого лікування, забезпеченні належної медичної реабілітації.

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 па-

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
Різно 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 задовольняє би критерії ACR/EULAR, 2010, мають бути класифіковані як ті, у яких є РА.

²Диференційний діагноз може відрізнитися 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 виключення 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; слабопозитивний 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.

цієнта 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.

Таблиця 2

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

<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ураження дрібних суглобів кистей і стоп; - ураження >1 суглоба; - інтервал >3 міс між настанням симптомів і зверненням за медичною допомогою. <p>R2 Не сумнівайтесь 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.</p> <p>R3 Розглянути виявлення АЦЦП у хворих із прогнозованим РА, якщо:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вони є негативними за РФ та - існує необхідність прийняття обґрунтованих рішень про початок комбінованої терапії (див. рекомендацію 16). <p>R4 Пропонується проводити аналіз крові на РФ у хворих із підозрою на РА, у яких виявлено синовіт при клінічному обстеженні.</p> <p>R5 Робити рентгенівські знімки кистей і стоп на ранніх стадіях захворювання у пацієнтів із стійким синовітом.</p> <p>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.</p> <p>R7 Надавайте усну та письмову інформацію людям з РА:</p> <ul style="list-style-type: none"> - поліпшуйте розуміння ними їхнього стану та лікування при ньому, а також - враховуйте будь-які помилки, які вони можуть допустити. <p>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.</p> <p>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, настрої, сексуальні стосунки) і допомагати керувати станом.</p> <p>R10 Пацієнти з РА повинні мати доступ до члена мультидисциплінарної команди (наприклад до медсестри-спеціаліста), який відповідає за координацію їхнього лікування.</p> <p>R11 Пацієнти з РА повинні мати доступ до фізіотерапевта щодо періодичного огляду (див. рекомендації 36, 37), щоб:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>R12 Хворі на РА повинні мати можливість отримувати кваліфіковані реабілітаційні заходи та періодичні ревізії (див. рекомендації 36, 37), якщо вони мають:</p> <ul style="list-style-type: none"> - труднощі з виконанням щоденних справ; - проблеми з функцією руки. <p>R13 Запропонувати психологічну допомогу (релаксація, антистрессова терапія, когнітивні практики), щоб полегшити пристосування до життя з хворобою.</p> <p>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).</p> <p>R15 За необхідності всі пацієнти з РА повинні бути забезпечені функціональними устілками та терапевтичним взуттям.</p> <p>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 ХМПРП, із додаванням на короткий час — ГК).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
--

- 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 введених нових препаратах для поліпшення контролю захворювання у режимі 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** Взв'язавши 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 ліванні 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).
- R31** У будь-якому разі їх необхідно призначити одночасно з інгібіторами протонної помпи (ІПП), обираючи препарат найнижчої вартості.
- R32** 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.
- R33** Якщо особа з РА потребує призначення ацетилсалicyлової 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.
- R34** Якщо НППЗ або інгібітори ЦОГ-2 не забезпечують належного контролю симптомів, слід переглянути режим прийому препаратів, які модифікують перебіг захворювання.
- R35** 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.
- R36** 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.
- R37** 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.
- R38** 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.
- R39** 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'язою тканиною причина, що піддається ідентифікації;
- погіршення функціонування суглоба;
- прогресуюча деформація;
- персистуючий локалізований синовіт.
- R40** 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.
- R41** Коли операція пропонується людям з РА, поясніть, що головними* очікуваними перевагами є:
- знеболення;
- поліпшення чи попередження подальшого руйнування, зниження функціонування суглоба;
- попередження деформації.
- R42** Запропонуйте термінове комбіноване медикаментозне та хірургічне лікування особам з РА, які мають підозру чи підтверджений септичний артрит (особливо протезованого суглоба).
- R43** 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.
- R44** Не дозволяйте занепокоєнню стосовно довготривалості функціонування протезованих суглобів впливати на рішення запропонувати заміну суглоба більш молодим хворим з РА.
- R45** 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).
- R46** Надайте інформацію особам з РА, які бажають спробувати додаткові способи лікування, стосовно того, що, хоча окремі із них можуть забезпечити короткотривалу симптоматичну користь, їх довготривала ефективність слабо доведена, чи доказів немає.
- R47** 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 домінуючим 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, сухожильків 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 період загострення, може супроводжуватися загальною нездужанням, втратою апетиту, зменшенням маси тіла, підвищенням температури, загальною слабкістю. Характерним симптомом РА є скутість у суглобах, особливо в ранкові години. Приблизно у п'ятій частині 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 повністювилікувати 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 імунопатологічний 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 фізіотерапії має при мінімальній 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, кислій їжі. Харчування має бути три-чотириразове, невеликими порціями.

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 НПЗС.

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).

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 болювих 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 за-

хворювання з урахуванням 28 суглобів (2 плечових, 2 ліктьових, 2 промене-зап'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:

$$DAS\ 28 = 0,56\sqrt{KBC} + 0,28\sqrt{KPC} + 0,70[\ln(SHOE)] + 0,014303P.$$

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

www.das-score.nl/das28/DAScalculators/dasculators.html або www.4s-dawn.com/DAS28/ або prodiagnosi.com/DAS28/ (російськомовний).

$$SDAI = KBC + KPC + ZOAZP + ZOAZL + CPB;$$

$CDAI = KBC + KPC + ZOAZP + ZOAZL$, де *KBC* — кількість болісних суглобів (0–28); *KPC* — кількість суглобів з припухлістю (0–28); *SHOE* — швидкість осідання еритроцитів (мм/год); *ZOAZP* — загальна оцінка здоров'я пацієнтом (0–100); оцінюється за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ, мм); *ZOAZL* — загальна оцінка активності захворювання пацієнтом (0–10); оцінюється за ВАШ, см; *ZOAZL* — загальна оцінка активності захворювання лікарем (0–10); оцінюється за ВАШ, см; *CPB* — 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).

Дії лікаря Обов'язкові

1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль дотримання Плану обстежень, які виконуються під час лікуван-

ня 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.

Дії лікаря-ревматолога відповідно до вимог МОЗ України

Пацієнт з підозрою на РА упродовж 1 тиж направляється до закладу, що надає спеціалізовану допомогу за місцем реєстрації або інший (за бажанням пацієнта), для встановлення діагнозу і призначення лікування.

Діагностика

Діагноз РА встановлює лікар-ревматолог на підставі оцінки стану пацієнта за критеріями ACR/EULAR, 2010 (див. табл. 1).

Пацієнти, у яких оцінка становить ≥ 6 балів із можливих 10 за критеріями ACR/EULAR, 2010, та особи, які мають ерозивні зміни, характерні для РА, або певний анамнез, який ретроспективно відповідав би критеріям ACR/EULAR, 2010, вважаються такими, які мають РА.

Пацієнти, у яких оцінка становить <6 балів із 10, не можуть вважатися такими, які мають РА, їх статус має бути оцінений за діагностичними критеріями РА через 3 міс.

Таблиця 4 Порівняльна характеристика індексів активності хвороби

Елемент	SDAI	CDAI	DAS 28
KPC	Звичайне обчислення 0–28	Звичайне обчислення 0–28	0,28√KPC 0–1,48
KBC	Звичайне обчислення 0–28	Звичайне обчислення 0–28	0,56√KBC (0–28) 0–2,69
Реактанти гострої фази	CPB (мг/дл) 0,1–10	–	0,7[ln(SHOE)] 0,49–3,22
ZOЗП	–	–	0,07 ВАШ (мм) (0–1,4)
ZOAZP	ВАШ (см) 0–10	ВАШ (см) 0–10	–
ZOAZL	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

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 використовуватися як з діагностичною, так і з прогностичною метою. Існують докази, що визначення АЦЦП може бути дуже ефективним для пацієнтів, які серонегативні за РФ (табл. 6).

Водночас, при ранньому РА усі лабораторні показники можуть залишатися 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 (у першу чергу синовіту) мають магнітно-резонансна томографія (МРТ) та ультразвукове дослідження (УЗД).

Своєчасна оцінка наявності у пацієнта факторів несприятливого перебігу захво-

рування сприяє правильному призначенню специфічного лікування, позитивно впливає на перебіг захворювання, сповільнює структурні зміни в суглобах, попереджає втрату працездатності та інвалідизацію.

Оскільки при застосуванні БА підвищується ризик розвитку тяжких інфекцій, у тому числі туберкульозу, пацієнт з РА має бути обстежений на наявність активного або латентного туберкульозу перед початком та протягом лікування БА.

Оскільки у пацієнтів з РА існує високий ризик розвитку серцево-судинних

Таблиця 6

Диференційна діагностика РА

У багатьох випадках, особливо на початку розвитку патологічного процесу, при неоднозначних результатах лабораторно-інструментального обстеження необхідно проводити диференційну діагностику з ревматичними хворобами.

Реактивні артрити, у тому числі синдром Рейтера, розвиваються переважно у чоловіків віком 20–35 років після перенесеної сечостатевої або кишкової інфекції. Суглобовий синдром характеризується несиметричним висхідним ураженням суглобів нижніх кінцівок, частим розвитком ахілобурситу або болю в п'яткових кістках. Залучаються окремі пальці стоп, нерідко великий палець, з дифузним набряком та багрянно-синошним забарвленням шкіри над ураженим суглобом. Може виникати односторонній сакроілеїт і ураження середньогрудного відділу хребта. Суглобовий синдром часто супроводжує уретрит, кон'юнктивіт, папулезне висипання, кератодермія підошов і ураження слизових оболонок. При обстеженні виявляють урогенітальний хламідіоз або кишкову інфекцію, зазвичай сальмонельоз, шигельоз або іерсиніоз. У крові та синовіальній рідині не визначаються РФ і АЦЦП, при HLA-типуюванні не менше ніж у половини хворих виявляють антиген B27.

Хвороба Бехтерева також є захворюванням майже виключно чоловіків молодого віку. Провідним клінічним симптомом є двобічний сакроілеїт, як правило, симетричний. Серед периферичних суглобів частіше симетрично піддаються ураженню гомілковостопні та колінні. Можуть розвиватися ахілобурсити та іридоцикліти. На момент звернення хворого нерідко турбує виключно периферичний артрит, однак при опитуванні вдається встановити наявність у минулому рецидивних попереково-крижових або грудних «радикулітів», а при огляді виявити обмеження рухів у поперековому відділі хребта, випрямлення поперекового лордозу або позитивні симптоми сакроілеїту. Більш ніж у 90% хворих визначають HLA-B27; відсутні РФ і АЦЦП.

Перебіг псоріатичного артрити у більшості випадків характеризується ураженням шкіри. Якщо на відкритих ділянках шкіри бляшки не візуалізуються, слід уважно оглянути волосисту частину голови, вуха, лікті, пупок, крижі, пахові западини, а також розпитати про наявність псоріазу у родичів. Важливими відмінними рисами суглобового синдрому є ураження всіх трьох суглобів одного, нерідко вказівного, пальця (осьово ураження), дистальних міжфалангових суглобів, раннє залучення великого пальця стопи, виражений набряк і багряно-фіолетове забарвлення шкіри над ураженими суглобами, біль у п'яткових кістках. Зазвичай артрит асиметричний і обмежується кількома суглобами, ранкова скрутість не виражена і негенералізована. Характерним є ураження нігтів – помутніння і смугастість нігтьових пластинок, симптом «наперстка». Менше ніж у половини хворих може бути одно- або двобічний сакроілеїт, спондилоартрит і при цьому виявлятися HLA-B27. РФ і АЦЦП не визначаються.

На **подагру** хворіють в основному чоловіки (95%) з надмірною масою тіла у віці 35–55 років. Якщо перебіг захворювання класичний – гострі напади моноартриту з частим ураженням і плесно-фалангового суглоба, яскравим почервонінням і набряком шкіри, різким болем, підвищенням температури тіла і самостійною регресією симптомів протягом 5–10 днів, – труднощі у диференційній діагностиці не виникає. У рідкісних випадках первинно-поліартритичної форми захворювання вирішальне значення можуть мати відсутність РФ і АЦЦП, підвищення рівня сечової кислоти в крові та виявлення кристалів уратів у синовіальній рідині. Діагноз інших мікрокристалічних артритів також базується на виявленні характерних кристалів при дослідженні синовіальної рідини за допомогою поляризаційної мікроскопії.

Остеоартроз трапляється приблизно в 10 разів частіше, ніж РА. Хоча чоловіки і жінки хворіють майже з однаковою частотою, до лікаря переважно звертаються особи жіночої статі середнього та похилого віку. Такий контингент хворих і, як правило, симетричний характер ураження, добрий лікувальний ефект НППЗ можуть створювати деякі діагностичні проблеми. При остеоартрозі великих суглобів (колінних, кульшових) слід звертати увагу на те, що процес довгі місяці та навіть роки обмежується тільки значною локалізацією. Немає температурної реакції, хворі не худнуть, а найчастіше набирають масу тіла. Біль має не запальний, а механічний характер: посилюється у другій половині дня, після фізичних навантажень, на початку ходи, при спусканні сходами і послаблюється в спокої. Часто визначається крепітація в суглобі. Ранкова скрутість нетривала (зазвичай до 30 хв) і наявна тільки в уражених суглобах. При розвитку реактивних синовітів лікувальний ефект від місцевого введення ГК може зберігатися тривалий час без будь-якої підтримувальної терапії. Ураження суглобів кистей майже завжди починається з зап'ястно-п'ясткового суглоба і пальця або дистальних міжфалангових суглобів, у ділянці останніх можуть пальпуватися вузлики Гебердена. Полегшує диференційну діагностику відсутність лабораторних відхилень. Лише іноді при реактивному синовіті може ненадовго підвищуватися ШОЕ до 25–30 мм/год. Уже на етапі першого звернення до лікаря на рентгенограмах великих суглобів можна виявити остеофіти, склероз субхондральної кістки, звуження суглобової щілини.

Вірусні артрити часто проходять із симетричним ураженням дрібних суглобів кистей і променезап'ясткових суглобів. Більшість таких артритів розвивається в продромальний період або їх виникнення збігається за часом із симптоматикою вірусного захворювання і протягом 1–3 тиж проходить самостійно. Проте в деяких випадках артрит, зумовлений парвовірусом і рідше – вірусом краснухи, може тривати місяцями і навіть роками. При цьому можливий розвиток теносиновіту кисті та синдрому карпального каналу. Однак при хронічному перебігу вірусного артрити не відзначають жодних запальних лабораторних змін, руйнування внутрішньосуглобових тканин, деформації суглобів та істотного порушення їх функції.

Ревматичний артрит лише у невеликої кількості хворих може мати деяку схожість з РА. Це буває у разі нетипового затяжного перебігу суглобового синдрому з ізольованим симетричним ураженням колінних, скронево-нижньощелепних або променезап'ясткових суглобів. Хворіють на ревматизм головним чином діти і підлітки. Характерні переважно залучення великих і середніх суглобів, олігоартрит, нестійкий, мігруючий його характер, набряк і помірне почервоніння шкіри над суглобами, швидкий зворотній розвиток при застосуванні НППЗ. У більшості випадків артрит супроводжує кардит, виявляють підвищені титри АСЛ-О.

Системний червоний вовчак може починатися або деякий час проявлятися тільки суглобовим синдромом. Зазвичай це симетричний поліартралгія в дрібних і великих суглобах. Ексудативні зміни, як правило, відсутні, можна відмітити ранкову скрутість, субфебрилітет. Нерідко артралгія супроводжує міалгію. Навіть при тривалому перебігу артрити немає кісткових ерозій та істотного звуження суглобової щілини. Частіше хворіють жінки молодого віку. За відсутності типових еритематозних уражень шкіри на відкритих ділянках тіла встановленню діагнозу можуть сприяти виявлення енантеми твердого піднебіння, афтозного стоматиту, алопеції, сітчастого ліведо, а також ознаки фотосенсибілізації та ураження центральної нервової системи. Хоча приблизно у третини хворих на системний червоний вовчак можна виявити РФ (АЦЦП не визначаються), проте наявні інші характерні гематологічні відхилення: лейкопенія і тромбocyтопенія, гемолітична анемія, хибнопозитивна реакція Вассермана, антинуклеарний фактор, антитіла до ядерних антигенів – нативної ДНК, Sm, Ro (SS-A).

Системна склеродермія починається в більшості випадків з синдрому Рейно. У частини хворих відзначають симетричні поліартралгії в дрібних і великих суглобах, рідше виникають гонартрити. Найважливішим диференційно-діагностичним симптомом є ураження шкіри кистей і обличчя, що характеризується щільним набряком, індурацією, гіперлігментозом, пізніше – атрофією і склерозом. Зміни лабораторних показників зазвичай незначні, у 30–40% хворих виявляють РФ; АЦЦП не виявляють. На **вузликовий поліартрит** хворіють переважно чоловіки (до 70%) середнього віку. Артралгія або артрит можуть бути одними з перших симптомів захворювання. Уражаються частіше обидва гомілковостопних або колінних суглоба, іноді виявляють мігруючий артрит. Поряд з цим типова підвищена температура тіла, швидко прогресуюче схуднення, біль у литкових м'язах. Досить рано розвиваються ураження шкіри (пурпура, вузлики, ліведо, ішемічні некрози), абдомінальний синдром, асиметричні неврити кінцівок, частіше нижніх, ураження нирок з артеріальною гіпертензією. В аналізах крові відзначають загально-запальні зміни. Серед лабораторних відхилень найбільше значення мають лейкоцитоз, часте виявлення поверхневого антигену до вірусу гепатиту В (до 30% хворих), підвищення рівня лунової фосфатази та наявність у 20% пацієнтів антинейтрофільних цитоплазматичних антитіл, частіше перинуклеарних.

захворювань внаслідок поширення системного запалення на внутрішні органи та судини, необхідно оцінювати фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань перед початком і протягом усього лікування.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Збір анамнестичних даних, спрямований на:

- визначення тривалості симптомів хвороби;
- визначення КБС та КПС;
- виявлення сімейного анамнезу захворювання на РА чи іншу системну ревматичну хворобу.

2. Фізикальний огляд, спрямований на виявлення ознак РА, у тому числі визначення КБС та КПС.

3. Лабораторне дослідження крові.

3.1. Розгорнутий загальний аналіз крові з обов'язковим визначенням ШОЕ.

3.2. Визначення РФ та/або АЦЦП.

3.3. Визначення рівня СРБ.

3.4. Визначення рівня загального холестерину, тригліцеридів та холестерину ліпопротеїдів низької щільності.

3.5. Визначення маркерів вірусних гепатитів.

4. Інструментальні дослідження.

4.1. Електрокардіографія/ехокардіографія.

4.2. Оцінка рентгенограм суглобів; за відсутності рентгенограм — виконати рентгенографію кистей і стоп, за наявності моноолігоартрикулярного ураження іншої локалізації — інших суглобів.

4.3. Рентгенографія органів грудної клітки.

5. Консультація.

5.1. Хірурга — за необхідності хірургічного лікування.

5.2. Ортопеда-травматолога — за необхідності застосування ортезів.

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

5.3. Фтизіатра — за наявності ознак латентного туберкульозу.

5.4. Невропатолога, нейрохірурга — за наявності захворювань шийного відділу хребта, неврологічних розладів.

5.5. Офтальмолога — за наявності склериту та ін. за показаннями.

Бажани

1. УЗД суглобів.

2. МРТ суглобів.

3. Рентгенденситометрія кісток.

Лікування

РА — хвороба, що має хронічний прогресуючий незворотній перебіг, метою лікування є ремісія або мінімальна активність захворювання, які можуть бути досягнуті шляхом якомога раннього (ідеально — протягом 3 міс з моменту появи стійких симптомів) призначення хворобо-модифікуючої протиревматичної терапії.

Після початку використання хворобомодифікуючих протиревматичних препаратів (ХМПРП) необхідно проводити регулярну оцінку відповіді на лікування за результатами обстеження (див. розділ Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію) 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: лікаря-ревматолога, який веде пацієнта, 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 з медичних питань терапевтичного профілю.

Визначати початок застосування БА та проводити подальшу оцінку відповіді на лікування має лише лікар-ревматолог з досвідом застосування цих засобів.

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 як терапію першої лінії доцільно якомога швидше (ідеально — у межах 3 міс з моменту появи стійких симптомів) призначати комбінацію ХМПРП (включаючи метотрексат і мінімум ще один інший ХМПРП), з додаванням на короткий час ГК, а за неможливості застосування комбінованої терапії — монотерапію із швидким підвищенням дози до клінічно ефективною. Доведено, що у пацієнтів із розгорнутою стадією хвороби додавання БА до терапії синтетичними ХМПРП дозволяє суттєво покращити контроль симптомів,

функціональні можливості та якість життя, уповільнити швидкість рентгенологічного прогресування. При ранньому РА застосування ГК у низьких дозах перорально сприяє поліпшенню симптоматики та якості життя, водночас ГК модифікують перебіг раннього РА, але мало впливають на РА з хронічним перебігом. ГК у низьких дозах зазвичай добре переносяться та може зменшувати потребу в супутньому симптоматичному лікуванні.

Доведено, що неселективні НПЗ та інгібітори циклооксигенази-2 (ЦОГ-2) є корисними для зменшення вираженості симптомів РА (кількість болісних та набряклих суглобів, біль (за ВАШ)), тривалість ранкової скрутості, поліпшення функціональної здатності, загальної оцінки активності захворювання пацієнтом і лікарем). Відсутні докази щодо наявності відмінностей в ефективності при порівнянні одних неселективних НПЗ з іншими або інгібіторами ЦОГ-2.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Призначення ХМПРП (табл. 7).

1.2. Синтетичні ХМПРП є препаратами першої лінії.

а) Метотрексат є препаратом вибору за відсутності протипоказань; за наявності протипоказань терапію слід розпочати з лефлуноміду або сульфасалазину.

б) У разі недостатнього ефекту монотерапії метотрексатом чи (при протипоказаннях до нього чи непереносимості) лефлуномідом або сульфасалазин, за відсутності факторів несприятливого прогнозу і протипоказань застосовують комбінацію метотрексат + лефлуномід та/або сульфасалазин чи гідроксихлорохін.

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

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

1.3. ГК.

Таблиця 7

Особливості призначення синтетичних ХМПРП

1. Метотрексат призначають у дозі 10–15 мг/тиж з подальшим підвищенням дози залежно від ефективності – на 5 мг кожні 2–4 тиж до 20–25 мг/тиж. Для підвищення ефекту препарату та зниження частоти побічних явищ можлива заміна на його парентеральну форму.
2. На фоні терапії метотрексатом призначають фолієву кислоту в дозі, що дорівнює половині тиждневої дози метотрексату. Приймати фолієву кислоту слід не раніше ніж через добу після і не пізніше ніж за добу до наступного прийому метотрексату.
3. У разі протипоказань або непереносимості метотрексату наступними ХМПРП мають бути лефлуномід (у дозі 20 мг/добу) або сульфасалазин (у дозі до 3,0 г/добу), або гідроксихлорохін (за умови легкого перебігу РА) у дозі до 400 мг/добу.
4. Дозу ГК слід поступово знижувати аж до відміни відповідно до ступеня активності РА.
5. Рішення про додавання біологічних ХМПРП або перехід на інші синтетичні ХМПРП чи їх комбінацію приймають, якщо мета терапії не була досягнута при застосуванні першого ХМПРП. За наявності несприятливих прогностичних факторів слід розглянути можливість застосування біологічного ХМПРП, а за відсутності несприятливих факторів – можливість заміни/застосування комбінації синтетичних ХМПРП.
6. У хворих із раннім РА, які отримують комбіновану терапію і у яких були досягнуті стійкі та задовільні показники контролю хвороби, слід обережно намагатися знизити дозу лікарських засобів до рівнів, які все ще забезпечують контроль захворювання. При перших ознаках загострення рекомендовано швидко повернутися до дози, яка контролює захворювання.

а) Пацієнтам із вперше діагностованим РА ГК призначаються короткими курсами для швидкого поліпшення симптомів РА.

б) ГК призначаються короткими курсами для швидкого зменшення запалення при загостреннях РА.

в) ГК призначаються тривалим курсом пацієнтам із пізнім РА, при цьому мають бути обговорені ускладнення, викликані довготривалою терапією ГК, та запропоновані всі інші варіанти лікування (включно з БА).

1.4. Біологічні препарати (БА).

а) Призначають пацієнтам із тяжким активним РА, які приймали синтетичні ХМПРП та у яких виявлено неадекватну відповідь на лікування або непереносимість синтетичних ХМПРП.

б) Пацієнтам із несприятливим перебігом РА, які на момент прийняття рішення про призначення терапії, не застосовували жодних ХМПРП, як виняток, первинно може бути призначена комбінація метотрексату з блокаторами ФНП-α або тоцилізумабом.

в) Вибір БА та його застосування проводять згідно з алгоритмом призначення БА, викладеному в табл. 8.

2. Симптоматична знеболювальна та протизапальна терапія.

2.1. НППЗ призначають з урахуванням вихідного рівня ризику з боку травної та

серцево-судинної системи (табл. 9); лікарські засоби мають бути призначені у найнижчій ефективній дозі протягом найкоротшого можливого періоду.

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

Бажані

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 міс.

Госпіталізація

Госпіталізація здійснюється при:

- першому введенні БА;
- відсутності відповіді на ініціальну терапію;
- загостренні РА (рецидивний артрит, залучення нових суглобів, підвищення рівня 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 від-

повідно до виду ускладнення — ревмато-логічному, хірургічному, нейрохірургічному, відділенні ортопедії та травматології тощо.

Існують докази, що своєчасне направлення на госпіталізацію позитивно впливає на перебіг захворювання. Проведення деяких видів лікування може забезпечуватися тільки в умовах стаціонару.

Хірургічне лікування може бути необхідним за наявності стійкого болю внаслідок ураження суглоба або іншої причини, яка погіршує функцію суглобів, через прогресуючу деформацію, за наявності стійкого локалізованого синовіту тощо. Для запобігання розвитку незворотних ушкоджень консультація хірурга є доцільною на ранніх етапах, навіть якщо операція терміново не показана.

Дії лікаря

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 № 003-6/о), погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 003/о).

Таблиця 8

Особливості призначення БА

1. Обстеження пацієнтів на наявність туберкульозу перед призначенням імуносупресивної терапії, лікування латентної туберкульозної інфекції та подальший моніторинг з метою діагностики активного та латентного туберкульозу проводять згідно з положенням Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз».
2. Після початкової оцінки відповіді на лікування БА його ефективність має контролюватися не рідше ніж 1 раз на 6 міс з оцінкою DAS 28. Лікування має бути припинене, якщо адекватна відповідь не досягнута чи не підтримується.
3. Блокатори ФНП-α (інфліксимаб, адалімумаб, етанерцепт) або блокатор рецепторів до інтерлейкіну-6 (тоцилізумаб) для лікування хворих на РА призначають за наявності обох нижчезазначених характеристик:
 - активний РА, оцінений за індексом активності хвороби (DAS 28), >5,1, підтверджений принаймні двічі, з інтервалом 1 міс;
 - були застосовані два ХМПРП, включно із метотрексатом (якщо не протипоказано). Застосування ХМПРП визначається як нормальне тривалістю 6 міс, із 2 міс у стандартній дозі, якщо тільки значна токсичність не обмежила дозу чи тривалість лікування.
4. Блокатори ФНП-α слід застосовувати в комбінації з метотрексатом (у разі непереносимості – з іншим синтетичним ХМПРП).
5. Лікування блокаторами ФНП-α або тоцилізумабом може бути продовжено >6 міс лише у разі досягнення ремісії або мінімальної активності захворювання. Упродовж тривалої терапії за умови відсутності адекватної ефективності препарат відмінюють.
6. Альтернативний інгібітор ФНП-α чи тоцилізумаб можуть бути препаратами вибору для пацієнтів, у яких лікування припинене через небажані реакції перед початковою 6-місячною оцінкою ефективності, за умови, що ризики та користь було повністю обговорено з пацієнтом і задокументовано.
7. Блокатор В-лімфоцитів (ритуксимаб) призначають у комбінації з метотрексатом (у разі непереносимості – з іншим синтетичним БА) як варіант лікування дорослих хворих з тяжким активним РА, які мали неадекватну відповідь чи непереносимість інших ХМПРП, включаючи лікування з використанням принаймні одного інгібітору ФНП-α або тоцилізумабу.
8. Лікування з використанням ритуксимабу слід продовжувати лише, якщо після початку терапії є адекватна відповідь (підвищення DAS 28 на >1,2 бала). Повторення курсу лікування слід проводити не частіше ніж кожні 6 міс.

Таблиця 9

Алгоритм раціонального вибору НППЗ

Підбір селективного за ЦОГ-2 чи неселективного НППЗ та супутньої терапії (ІПП, ацетилсаліцилова кислота) слід здійснювати з урахуванням вихідного рівня ризику з боку травної та серцево-судинної системи для конкретного хворого, згідно з рекомендаціями Європейської мультидисциплінарної групи експертів відносно зваженого застосування НППЗ при ревматичних захворюваннях (2011 р.), в яких визначено 6 категорій пацієнтів за ризиками з боку серцево-судинної системи та ШКТ. Серцево-судинний ризик кількісно оцінюється за шкалою HeartScore Європейської асоціації кардіологів, а шлунково-кишковий ризик – залежно від кількості супутніх факторів ризику. У хворих, які не мають обох вищезазначених факторів ризику, можливе застосування як класичних НППЗ, так і ЦОГ-2-специфічних інгібіторів без ІПП. За наявності будь-якого фактора шлунково-кишкового ризику застосування класичних НППЗ без ІПП стає неприйнятним. Хворим з низьким серцево-судинним та помірним шлунково-кишковим ризиком (відсутність чи неускладнені події з боку верхніх відділів ШКТ в анамнезі) слід призначати інгібітори ЦОГ-2 (целекоксиб, еторикоксиб) або класичні НППЗ у поєднанні з ІПП. При комбінації низького серцево-судинного ризику з високим шлунково-кишковим (зокрема, ускладнені події з боку верхніх відділів ШКТ в анамнезі) рекомендовано застосовувати інгібітори ЦОГ-2 разом з ІПП або ібупрофен/диклофенак у поєднанні з ІПП. У пацієнтів з високим серцево-судинним і низьким чи помірним шлунково-кишковим ризиком з усіх НППЗ можливе застосування тільки напроксену (має найкращий профіль серцево-судинної безпеки), але в комбінації з ІПП, оскільки напроксен має несприятливий профіль шлунково-кишкової безпеки. При поєднанні високого серцево-судинного та шлунково-кишкового ризику рекомендують уникати призначення будь-яких НППЗ; у разі клінічної необхідності допускається застосування інгібіторів ЦОГ-2 або диклофенаку/напроксену в комбінації з ІПП. Вважається, що пацієнти з підвищеним серцево-судинним ризиком за відсутності протипоказань повинні приймати ацетилсаліцилову кислоту в низьких дозах.

Виписка з рекомендаціями після госпіталізації

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.

Виписка пацієнта планується відповідно до критеріїв:

а) пацієнт з РА, госпіталізований вперше, має бути виписаний зі стаціонару після остаточної верифікації діагнозу та підбору адекватної терапії;

б) у 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 (у тому числі 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 (у тому числі внутрішньосуглобовому) введенні лікарських засобів;
- якщо подальше лікування може здійснюватися амбулаторно.

Дії лікаря

1. Оформити Виписку з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о).

2. Надати пацієнтам інформацію про можливі віддалені побічні ефекти лікування (див. табл. 3), необхідність неухильного дотримання плану подальшого лікування, проведення періодичних обстежень відповідно до плану диспансеризації.

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

Реабілітація

Пацієнти з РА повинні мати можливість отримувати кваліфіковану реабілітацію та періодичні огляди спеціалістів, які відповідають за реабілітацію, якщо вони мають труднощі зі щоденними

справами, проблеми з функцією руки, ноги.

Існують докази, що реабілітаційні заходи, які включають фізіотерапевтичні процедури, лікувальну фізкультуру, санаторно-курортне лікування, психологічну допомогу, мають позитивний вплив на перебіг захворювання та психологічний стан пацієнтів з РА.

Дії лікаря

Обов'язкові

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).

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

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

Бажані

1. Направити пацієнта з РА на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (табл. 10).

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

Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію

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

Пацієнтам з активним РА планові огляди лікаря-ревматолога призначаються 1 раз на місяць, поки лікування не забезпечить контролю хвороби на рівні, який був з ними узгоджений.

Пацієнти із задовільно контрольованим РА (низька активність або ремісія захворювання) можуть перебувати під спостереженням лікаря загальної практики — сімейного лікаря/дільничного терапевта. У такому разі планові огляди пацієнтів лікарем-ревматологом слід здійснювати із частотою, узгодженою з ними, але не рідше 1 разу на рік.

Під час хвороби слід надавати пацієнтам можливість поговорити про неї та узгодити всі аспекти лікування, а також поважати рішення, які вони приймають.

Стратегічні дослідження показали, що досягнення низької активності захворювання або ремісії шляхом коригування лікування кожні 1–3 міс 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 DAS 28), що надає інформацію для прийняття рішення стосовно необхідності посилення лікування для контролю захворювання, можливості обережного зниження 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 із РА до членів мультидисциплінарної команди. Це забезпечує періодичну оцінку впливу хвороби на життя пацієнтів (наприклад біль, втома, повсякденна діяльність, настрій, сексуальні стосунки) і допомагає їм керувати своїм станом.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Визначати активність хвороби (використовуючи сумарний індекс DAS 28 та згідно з Планом обстежень, які виконуються під час лікування РА) у пацієнтів з активним РА — щомісячно, із задовільно контрольованим РА (низька активність або ремісія) — відповідно до узгодженого з ними плану, але не рідше 1 разу на рік.

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'язів тканин, що піддається ідентифікації;
- погіршення функціонування суглоба;

Таблиця 10

Алгоритм призначення санаторно-курортного лікування

<p>1. Лікування в санаторно-курортних закладах призначають:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пацієнтам з РА в неактивній фазі хвороби (медикаментозно-індукованій 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-індукованій чи спонтанній ремісії захворювання) чи мінімального (I) ступеня активності, а також відсутності клініко-лабораторних проявів вісцеритів (допускаються залишкові явища у вигляді транзиторних змін лабораторних показників). <p>2. Протипоказання до призначення санаторно-курортного лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системні прояви РА (суглобово-вісцеральна форма); - високий (II-III) ступінь активності РА; - наявність незворотних уражень суглобового апарату (анкілозування); - втрата можливості до самообслуговування. <p>3. Особливості призначення санаторно-курортного лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - за умови стійких артралгій та слабковиражених ексудативних змін — направлення на санаторно-курортне лікування з радоновими 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). 	<p>Алгоритм призначення санаторно-курортного лікування</p>
---	--

- прогресуюча деформація;
- персистуючий локалізований синовіт;
- неминучий або фактично існуючий розрив сухожилка;
- 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 тому числі протезованого суглоба).

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

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

Бажані

Пацієнтам із 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 із самоконтролем.

План обстежень, які виконуються під час лікування пацієнтів з РА

1. Обстеження, які після призначення хворобо-модифікуючого лікування виконують в період індукції ремісії щомісячно та протягом ремісії — 1 раз на 3 міс або за потребою.

1.1. Лабораторні дослідження крові з обов'язковим визначенням ШОЕ, СРБ та біохімічних показників (рівень загального білка, креатиніну, сечовини, аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, глюкози).

1.2. 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, АЦЦП).

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

2.3. Електрокардіографія/ехокардіографія.

2.4. Рентгенографія органів грудної порожнини.

3. Рентгенографію кистей та стоп виконують не рідше 1 разу на 2 роки.

4. Рентгенографію інших суглобів проводять за необхідності.

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

Використана література

Міністерство охорони здоров'я України (2014) Наказ МОЗ України від 11.04.2014 р. № 263 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ревматоїдному артриті».

Реферативна інформація

5 неожиданных причин преждевременной смерти

Смерть является неотъемлемой частью жизни, предотвратить которую невозможно. Однако отсрочить ее наступление, немного изменив образ жизни, под силу каждому. В настоящее время известно множество факторов риска, способных привести к развитию хронических заболеваний и преждевременной смерти. Многие из них достаточно хорошо изучены (курение, употребление алкогольных напитков, повышенное артериальное давление), что позволяет разрабатывать программы профилактических мероприятий. Однако существуют и другие факторы — привычки или поведенческие особенности — которые на первый взгляд кажутся безопасными, но также могут сокращать продолжительность жизни. К ним относятся:

1. Частый и длительный просмотр телевизора. Большое количество людей после долгого трудового дня выбирают пассивный вариант отдыха — просмотр телепередач. Однако малоактивный образ жизни может серьезно угрожать состоянию здоровья. Ученые из Университета Наварры (University of Navarra) проанализировали ежедневное поведение 13 284 студентов за 8,2 года с целью оценки вероятности преждевременной смерти в зависимости от количества времени, проведенного перед телевизором, за рулем автомобиля или в интернете. За все время исследования умерли 97 участников (19 — вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, 46 — онкологической патологии, 32 — по другим причинам). Чаще, практически в 2 раза, преждевременно умирали люди, которые смотрели телевизор ≥3 ч, по сравнению с теми, кто проводил перед экраном ≤1 ч. Увлечение интернетом или вождение не влияли на риск преждевременной смерти.

2. Одиночество. Ученые из Университета Чикаго (University of Chicago) на ежегодной встрече Американской ассоциации содействия развитию науки представили результаты исследования, в ходе которого отметили, что различные аспекты жизни, связанные с одиночеством, могут повышать риск преждевременной смерти. Так, люди пожилого возраста, ощущающие себя одинокими, имеют меньше шансов справиться со стрессовыми ситуациями и принять позитивный взгляд на окружающий мир. У них чаще отмечается повышенное артериальное давление, высокий уровень кортизола и нарушения сна. У одиноких людей пожилого возраста риск преждевременной смерти на 14% выше, чем у их сверстников, имеющих близких людей.

3. Ранний уход на пенсию. Может показаться, что ранний уход на пенсию — хорошая возможность по-настоящему на-

сладиться жизнью, однако в ходе последних исследований исследователи из Цюрихского университета (University of Zurich) пришли к выводу, что это не так. Они проанализировали взаимосвязь между риском преждевременной смерти и ранним уходом на пенсию у офисных сотрудников. Оказалось, что у мужчин такое самоустранение от ежедневной работы повышает риск смерти до достижения ими 67 лет. Причем каждый дополнительный год раннего ухода на пенсию повышает риск преждевременной смерти на 13,4%.

4. Проживание в местности с высоким уровнем загрязнения воздуха. Многими специалистами этот экологический фактор риска рассматривается как наиболее агрессивный. Постоянное проживание в местности с высоким уровнем загрязнения атмосферного воздуха повышает риск развития инсульта, инфаркта миокарда, респираторных заболеваний и онкологической патологии. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, основной причиной каждой восьмой смерти на планете является загрязненный атмосферный воздух. С каждым годом ученые получают все больше данных о пагубном влиянии загрязненного воздуха. Это заставляет задуматься о необходимости разработки крупномасштабных программ по его очистке.

5. Несоблюдение правил гигиены ротовой полости. Шведские ученые из Каролинского института (Karolinska Institutet) доказали, что люди, которые пренебрежительно относятся к чистке зубов, подвергают себя повышенному риску преждевременной смерти.

Ученые анализировали образ жизни 1390 человек, факторы, потенциально способствующие развитию онкологических заболеваний, и оценили их активность в соблюдении правил гигиены ротовой полости. Через 24 года после начала исследования констатировали смерть 58 участников, причем рак стал причиной 35 смертей. Исследователи пришли к выводу, что большое количество зубного налета повышало риск развития онкологических патологий. Они предположили, что бактерии, содержащиеся в нем, являются источником инфекции, которая играет ключевую роль в развитии злокачественных новообразований.

Caba J. (2014) Early death risk factors: 5 seemingly innocent behaviors that are increasing your risk of premature death. Medicaldaily, July 1 (www.medicaldaily.com/early-death-risk-factors-5-seemingly-innocent-behaviors-are-increasing-your-risk-premature-death).

Юлія Котикович