

**ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕН ӘЛЕУМЕТТІК
ДАМУ МИНИСТРЛІГІ
ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**

Т.О. Әбуғалиева

**АМСКК ДЕНГЕЙІНДЕГІ РЕВМАТОЛОГИЯЛЫҚ
САЛА НАУҚАСТАРЫН ДИАГНОСТИКАЛАУ,
АУРУДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ
РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ**

Қарағанды, 2016

ӘОЖ 616.1(035.3)

Ә 19

Рецензенттер:

Уразова С.Н. – №2 АО «Астана медициналық университеті» жалпы дәрігерлік тәжірибе кафедрасының меңгерушісі, медицина ғылымдарының докторы

Канафина А.К. – Қарағанды облысы денсаулық сақтау Басқармасының бас терапевт маманы

Щевелева Н.И. – медициналық реабилитология және тәрбиесі кафедрасының меңгерушісі, медицина ғылымдарының докторы

Әбуғалиева Т.О.

Ә 19 АМСКК деңгейіндегі ревматологиялық сала науқастарын диагностикалау, аурудың алдын алу және реабилитациялау: монография / Т.О. Әбуғалиева. – Қарағанды: «Гласир», 2016. – 176 б.

ISBN 978-601-202-198-1

Монографияда АМСКК деңгейінде кеңінен таралған ревматологиялық аурулары бар науқастарды диагностикалау, алдын алу және реабилитациялау туралы мәліметтер берілген. Монография АМСКК мамандарына, жалпы тәжірибелік дәрігерлерге, үздіксіз кәсіби жетілдіру факультетінің резиденттері мен тыңдаушыларына арналған.

ӘОЖ 616.1(035.3)

Басылымды шығару тек авторларға құқылы. Осы басылымның қандай да бөлігін басу мен тарату құқық иесінің жазбаша рұқсатынсыз жүзеге асырыла алмайды.

ISBN 978-601-202-198-1

© Әбуғалиева Т.О., 2016
© Қарағанды мемлекеттік
медицина университеті, 2016

МАЗМҰНЫ

Шартты қысқартулар тізімі	4
Анықтамалар – терминдер	5
Кіріспе	7
1. РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАР ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ	8
1.1. Ересек тұрғындар ревматикалық ауруларының сырқаттылығы...	8
1.2. Ересек тұрғындар ревматикалық ауруларының МӘС-ы және реабилитациясы.....	19
2. РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАР ДАМУЫНЫҢ ҚАУШПТІ ФАКТОРЛАРЫ	23
3. РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАР (РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТ, ОСТЕОАРТРОЗ, АНКИЛОЗДАУШЫ СПОНДИЛОАРТРИТ) КЛИНИКАСЫ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАСЫ	27
4. РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ЖОЛДАРЫ	83
5. РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ	149
6. «САУ БУЫНДАР» АТТЫ ДЕНСАУЛЫҚ МЕКТЕБІНІҢ РОЛІ	159
Қорытынды	164
Қолданылған әдебиеттер тізімі	165

ШАРТТЫ ҚЫСҚАРТУЛАР ТІЗІМІ

АС – анкилоздаушы спондилоартрит
АХЖ – аурулардың халықаралық жіктелуі
БҚҚД – базалық қабынуға қарсы дәрілер
ГК – глюкокортикоидтар
ДКК – дәрігерлік-консультативтік комиссия
ДЖДСҰ – дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ДҰ – денсаулық сақтау ұйымы
ЕЖУЖ – еңбекке жарамдылықты уақытша жоғалту
ЖРҚ – жедел ревматикалық қызба
ЖҚЖ – жүйелі қызыл жегі
ЖСРА – жүректің созылмалы ревматикалық аурулары
КРТ – клиникалық реабилитациялық топ
ҚАЖ – қан айналым жеткіліксіздігі
ҚҚА – қолқа қақпақшасының ақауы
МӘС – медициналық-әлеуметтік сараптама
МӘСБ – медициналық- әлеуметтік сараптау бөлімі
МТ – метотрексат
МҚА – митральді қақпақша ақауы
ОА – остеоартроз
РА – ревматоидты артрит
РЖБ – реабилитациялаудың жеке бағдарламасы
РП – реабилитациялық потенциал
РКЗ – рандомизирленген клиникалық зерттеулер
СБЖ – сүйек бұлшықет жүйесі
СБЖДТА – сүйек-бұлшықет жүйесі және дәнекер тінінің аурулары
СЕҚҚД – стероидты емес қабынуға қарсы дәрілер
СРБ – С - реактивті белок
ТКҚ – техникалық көмекші құралдар
ТҚШ – тіршілік қызметінің шектелуі
УЕЖ – уақытша еңбекке жарамсыздық
ФХЖ – тіршілік ету қызметі мен денсаулық шектелуінің, фунционирлеуінің халықаралық жіктелуі
ФК – функциональді класс
ЭКГ – электрокардиография
ЭХО КГ – эхокардиография
ЦОГ – циклооксигеназа

АНЫҚТАМАЛАР – ТЕРМИНДЕР

Гоноартроз – тізе буынының барлық компоненттерінің зақымдануы, ең алдымен шеміршек, тізе буынының субхондральді бөлігінің, синовиальді қабығының, байламның, капсуланың және периартикулярлы бұлшықеттің зақымдануы.

Мүгедек – ауру, жарақат салдарлары, ақауларымен сипатталатын ағза қызметінің шайқалуы нәтижесінде өмір сүруі мен әлеуметтік қорғалуының қажеттілігі шектелетін, денсаулығы бұзылған тұлға.

Мүгедектік – ағзаның қызметі шайқалуынан денсаулықтың бұзылуы нәтижесінде адамның өмір сүруі шектелуінің сатысы.

Жеке реабилитациялық бағдарлама – міндетті мүгедекті қалпына келтірудің нақты көлемін, түрі мен өткізілуі мерзімін анықтайтын құжат.

Өмір сапасы – жеке адамның қоғамда өзінің жағдайына сәйкес қызмет ету қабілеттілігі және одан қанағат алуы.

Коксоартроз – жамбас буыны шеміршегінің, субхондральді бөлігінің, синовиальді қабығының, байламның, капсуланың және периартикулярлы бұлшықетінің зақымдануы.

Медициналық реабилитация – ағзаның бұзылған немесе жоғалған қызметімен мүгедектің денсаулығын қалпына келтіруге бағытталған емдеу шараларының кешені.

Медициналық-кәсіби реабилитация – кәсіби айтулы қызмет жаттығулары мен оған бейімделген медициналық қалпына келтіруді қамтитын еңбек ету қабілетін қалпына келтіру процесі.

Тіршілік әрекетінің шектелуі – тұлғаның өзіне-өзі қызмет етуінің жүзеге асуының, өз бетімен қозғалуының, айналамен қарым-қатынас жасауының, өзінің тәртібін бақылауының, оқу мен еңбекпен шұғылдандуының қабілеттілігі мен мүмкіндігінің толық немесе жартылай жоғалуы.

Остеоартроз – негізінде буынның барлық компоненттерінің, әсіресе шеміршек, сүйек субхондральді аймақтарының, байламдардың, капсуланың, периартикулярлы бұлшықеттердің зақымдануы бар, биологиялық, морфологиялық, клиникалық көріністері мен соңы ұқсас түрлі этиологиялы аурулардың гетерогенді тобы.

Жедел ревматикалық безгек – А тобының бета гемолитикалық стрептококк әсерінен дамидын, жедел инфекцияға бейім 7 – 15 жастағы адамдардың жүрек қан тамыр жүйесінде орналасатын дәнекер тінінің жүйелі қабыну ауруы.

Мүгедектерді кәсіби реабилитациялау - мүгедектердің бұзылған немесе жоғалған кәсіби дағдылары, білімдері мен қабілеттерін алуға немесе қалпына келтіруге және оларға ұсынылған еңбектің талаптарына бейімделуіне бағытталған шаралар кешені.

Реабилитация – мүгедектің физикалық, зерделік, психикалық және әлеуметтік іс-әрекет деңгейіне қол жеткізуге көмектесу және оларды

қолдауда өмірлерін өзгертетін, тәуелсіздіктерін кеңейтетін құралдарды ұсыну мақсатындағы процесс.

Реабилитациялық потенциал (РП) – адамның биологиялық және психофизиологиялық мінездемелерінің, сонымен бірге өмір сүрудің бұзылған сфераларын өтеу немесе қалпына келтіру мен потенциалдық қабілетін тарату үшін қандай да бір деңгейде белгілі бір жағдайлар тудыратын әлеуметтік орта факторларының жиынтығы.

Ревматоидты артрит – шеткері буындардың симметриялы созылмалы эрозивті артритімен (синовитімен) және ішкі мүшелердің жүйелі қабынулы зақымдануымен сипатталатын этиологиясы белгісіз ревматикалық ауру.

Ревматикалық аурулар - негізінде дәнекер тінінің жүйелі немесе нақты зақымдануы жатқан, ал клиникасында буын синдромымен көрінетін аурулар тобы.

Мүгедектерді әлеуметтік реабилитациялау - мүгедектердің шектелген өмір сүруге қарсы тұрулары үшін жағдай жасауға, әлеуметтік статусы қалпына келтіруге, әлеуметтік-тұрмыстық және ортаға бейімделуге бағытталған шаралар кешені.

КІРІСПЕ

Ревматикалық аурулар (РА) - барлық дүние жүзі денсаулық сақтау ұлттық жүйелерінің басымдығына жататын созылмалы жұқпалы емес аурулар арасындағы кең таралған аурулар. Жыл өткен сайын ревматикалық аурулар кеңінен таралып тек қарт жастағы адамдарды ғана емес, сонымен қатар еңбекке жарамды жастағы адамдарды да зақымдауда. РА сырқаттылығы мен таралуының өсуі қоғамға медициналық-әлеуметтік салмақ түсіріп тұрғындардың денсаулығы мен өмір сапасына, елдің экономикалық мүмкіндігіне кері әсер етеді.

ДСДҰ мәліметтері бойынша жер шары тұрғындарының 4% көбі тірек-қимыл аппаратының ауруларымен ауырады. Ревматикалық аурулар (ревматоидты артрит, анкилоздаушы спондилоартрит, остеоартроз және т.б.) қимылдау және өз өзін күту қабілеттілігінің шектелуіне, әлеуметтік дезадаптацияға алып келеді. Сондықтан осы уақытқа дейін бұл патология кезіндегі мүгедектік пен реабилитациялау сұрақтары өзекті болып келеді.

Мүгедектерге байланысты сұрақтарды қамтитын заңды актілерді қабылдағаннан кейін және тұрғындардың әлеуметтік қорғау жүйесін жетілдіргеннен кейін Министрлік арқылы мүгедектіктің алдын алу үшін, медициналық-әлеуметтік сараптама мен мүгедектерді реабилитациялауды жүргізудің ғылыми негізделген қағидаларын енгізу шаралары жүргізіліп жатыр. Мүмкіндіктері шектелген адамдардың денсаулығын қорғаудың теориялық негіздері толығымен 2001 жылы ДСДҰ бекіткен «Функционирулеу, тіршілік ету мен денсаулық шектелуінің халықаралық жіктелуінде» (ФХЖ) берілді [1].

Сонымен, ревматикалық ауруларды ерте диагностикалау мен емдеу, алдын алудың жүйелі тәсілін қолдану еңбекке жарамды жастағы адамдар арасындағы сырқаттылық, мүгедектік пен өлімді азайтуға мүмкіндік береді. Науқастарды "Сау буындар" денсаулық метебіне белсенді қатыстыру науқастардың өмір сапасы мен олардың әлеуметтік бейімделуінің жақсаруына алып келеді.

1. РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАР ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

1.1. Ересек тұрғындар ревматикалық ауруларының сырқаттылығы

Ревматикалық аурулар дүние жүзінде қазіргі қоғамның ең жиі кездесетін патологиясы ретінде қарастырылады. Олар өмір сапасын едәуір төмендетіп денсаулық сақтау саласындағы ресурстарды шамадан тыс қолдануға әкеледі, ұлттық экономикаға кері әсер етеді [2].

Ревматикалық аурулар жиілігі мен таралуы бойынша еңбекке жарамды жастағы адамдар арасында басты орын алып еңбекке қабілеттілігінің төмендеуіне, мүгедектіктің ерте дамуына әкеледі [3,4,5].

Денсаулық сақтау дүние жүзілік ұйымының (ДСДҰ) мәліметтері бойынша еңбекке жарамсыздықтың 1/10 және мүгедектіктің 1/3 бөлігі осы сырқатқа келеді [6]. «Ревматикалық аурулар» термині ретінде буын, омыртқа, буын маңының тіндерінің қабынулы және дегенеративті сипаттағы түрлі патологиясы, сонымен қатар дәнекер тінінің жүйелі зақымдануы қарастырылады. Ревматикалық аурулардың нозологиялық құрылымы АХЖ–Х –гі XIII тобымен берілген – сүйек-бұлшықет жүйесі мен дәнекер тінінің аурулары (СБЖА). Ол 80 нозологиялық формаларды біріктіреді [7].

Ревматикалық аурулар сырқаттылығының көрсеткіштері АХЖ–Х-ң IX тобына - қанайналым жүйесінің ауруларына жататын ревматизм және XIII статистикалық топ – СБЖА үшін де жеке қарастырылады. "Ревматизм" тобына жедел ревматикалық қызба (ЖРҚ) және жүректің ревматикалық ақаулары (ЖРА) бар науқастар жатады.

Түрлі популяцияда аурулардың кең таралуы, соған байланысты дамыған күрделі медициналық, әлеуметтік, экономикалық мәселелер 2000 жылдың қаңтар айында Женевада өткен «Bone and joint decade, 2000-2010» атты сүйек пен буындардың Халықаралық 10-жылдық Декаданы құруға стимул болды. Декаданың мақсаты болып сүйек – буын аурулары бар науқастардың өмір сапасын жақсарту табылды. Ол мына міндеттерді шешу арқылы жүзеге асыру ұсынылды: қоғамға сүйек-буын ауруларының зардабын сезіндіру; науқастардың өз денсаулықтарына байланысты шешім қабылдауына мүмкіндік беру; зерттеу жұмыстарын жүргізу арқылы осы аурулардың алдын алу мен емдеу шараларын жақсарту қажеттілігін қоғамға түсіндіру [8,9].

Көптеген елдерде ревматикалық аурулардың маңыздылығын көрсететін статистикалық зерттеулер жүргізіледі, олардың мақсаты - осы елдер тұрғындары денсаулығы жағдайындағы ревматикалық аурулар маңыздылығын көрсету. Ресейде 1999 жылы сүйек бұлшықет жүйесінің аурулары бар 12 миллионнан астам адам тіркелді. Бұл 1995 жылға қарағанда 16,9% және онжылдықтың басына қарағанда 40% көп кездесті. Балалар мен жасөспірімдер арасындағы сырқаттылық 21,0% - дан 43,7% - ке дейін өсті [10].

Сүйек-бұлшықет жүйесінің және дәнекер тінінің аурулары көп жағдайда созылмалы сырқатқа әкелетіндіктен күрделі мәселе болып табылады. О.М.Фоломееваның айтуы бойынша (2005 ж.) біріншілік сырқаттылық РФ тұрғындары арасында 1999-2003 жылдары 4,2%-ға көбейді (бес жыл бұрынғы көрсеткіштермен салыстырғанда 2003 жылы алғаш рет диагноз қойылғандар саны 4316,5 мың адамға көбейді), ал біріншілік сырқаттылықтың салыстырмалы көрсеткіші 7%-ға өсті [11].

Е.А.Огрызко (2007 ж.) мәліметтері бойынша 2005 жылы Ресейде сүйек-бұлшықет жүйесі және дәнекер тіні ауруларының 15 670 618 жағдайы тіркелді, 100000 тұрғынға шаққанда 11 009,8 болды. Осы патологияның үлесі ересектер арасында – 82,9%, 0 жастан 17 жасқа дейінгі аралықта - 17,8% жағдайда кездесті. 2000 – 2006 жж. динамикада Ресей бойынша сүйек-бұлшықет жүйесінің және дәнекер тінінің ауруларының (СБЖДТА) жалпы сырқаттылық деңгейі 24,9% көбейді. Ересектер арасындағы СБЖДТА жалпы сырқаттылық деңгейі 2005 жылы түрлі болды: Южный – 100000 адамға шаққанда 8068,8; Алысшығыс федеральды аймақтарында – 9844,4; Привольжск – 12933,7; Ресей Федерациясы субъектілерінде – 2513,7, Алтайда – 20419,8 болды. Ересектер арасында ортопедиялық сырқаттылық құрылымы былай көрінді: артроз (20,5%), серопозитивті және серонегативті ревматоидты артрит (2,1%), остеопороз (0,5%), реактивті артропатиялар (0,3%), дәнекер тінінің жүйелі аурулары (0,3%), анкилозирлеуші спондилит (0,3%). Осы нозологиялық формалардың жалпы саны 24% болды [12].

2005 ж. Ресейдің барлық тұрғындарында сүйек-бұлшықет жүйесінің және дәнекер тінінің ауруларының 4 745 652 жағдайы алғаш рет тіркелді, ол 100000 тұрғынға шаққанда 3334,2 болды. Ересек тұрғындар үлесіне – 75%, 0 жастан 17 жасқа дейінгі балаларда - 25% жағдайда кездесті. 2000–2005 жж. динамикада осы ел бойынша СБЖДТА бірінші тіркелген сырқаттылық деңгейі 8,2% көбейді. СБЖДТА бірінші тіркелген сырқаттылық құрылымы екі нозологиялық формамен көрінді – реактивті артропатия (0,57%) және дәнекер тінінің жүйелі аурулары (0,15%). Бұл тек осы кластың 0,72% құрады. 27,4% жағдайда осы топтың жалпы сырқаттылығы ішінде ересектердегі диагноз алғаш рет қойылған [13].

Ресейде жалпы СБЖДТА нәтижесінде уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайлардың абсолюттік саны 3 273 896 болды, ал еңбекке жарамды күндерін жоғалту 49770040 болды. СБЖДТА сырқаттылығының әлеуметтік-экономикалық маңызы уақытша еңбекке жарамдылықтың жоғарғы көрсеткіштерімен дәлелденеді, ол тыныс алу мүшелері ауруларынан кейін екінші орны алады. Сырқаттылықтың жалпы құрылымында СБЖДТА нәтижесіндегі УЕЖ 13,1% күн болды, СБЖДТА бойынша - 14,1% болды. 2000–2005 жж. Ресей Федерациясында СБЖДТА көрсеткіштерінің динамикасын талдау жалпы және бірінші сырқаттылық деңгейінің жоғарылағанын, осы кластың созылмалы аурулар жиілеуі көрсеткіштерінің жоғарылауы, ауруханадан шыққан

науқастар санының өсуі, осы топта уақытша еңбекке жарамсыздық пен мүгедектік көрсеткіштерінің жоғарылағанын анықтады [13].

Бүкіл әлемде ревматикалық аурулар мәселесі осы аурулармен ауыратын адамдар санының үнемі өсуіне байланысты кең масштабты болуда. Мысалы, Нидерландта 25 жастан асқан адамдарға жақында жүргізілген сұраунама ер адамдарда СБЖДТА таралуы - 40,8%, әйел адамдарда - 48% болғанын анықтады [14].

Carmona L. et all (2001) мәліметі бойынша испан популяциясында 20 жастан асқан адамдарда 5 ревматикалық аурулар бар екенін анықтады (ревматоидты артрит, бел тұсының ауруы, гоноартроз, буын артрозы, фибромиалгии) - 34% [15].

Остеоартроз тұрғындардың 10-12% кездесіп 80% жағдайда аяқ буындарын зақымдайды. 60 жастан адамдарда ОА 90% жағдайда кездеседі. Соңғы кезде бұл сырқат жас және орта жастағы адамдар арасында кездесіп өмір сапасын төмендетуде. ОА ер адамдар мен әйел аламдар арасында бірдей кездеседі, тек қолдың фаланг аралық буындарының ОА ер адамдарда әйелдерге қарағанда 10 есе жиі кездеседі [16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30].

Кейбір зерттеушілер [31] ауыл тұрғындарының ірі буындары артрозы кезіндегі мүгедектіктің құрылымын анықтады. 109 науқас зерттелді (53% - ер адам, 47% - әйел адамдар), оларда жамбас буыны (68,8%) және тізе буынының (16,5%) артрозы басым болды. 61,0% науқаста I және II мүгедектік тобы, ал 39,0% науқаста III мүгедектік тобы анықталды.

ДСДЖҰ сарапшыларының мәліметі бойынша (2000 жыл есебі) соңғы 5 жылда жедел ревматикалық қызба бірінші ретті сырқаттылығының 1000 адамға шаққанда 0,05 ден 0,92 дейін жоғарылағаны байқалды. Кейбір аймақтарда сырқаттылық 5-6 рет өсті, ал МӘСК мәліметі бойынша 50% науқастарда ревматикалық ақаулар мүгедектік дамуының себебі болды [32].

Н.И. Брико (2007) мәліметі бойынша РФ-да тіркелген жедел ревматикалық қызбасы бар науқастар саны 5 жыл ішінде азайған. Сырқаттылықтың бұл абсолютті және салыстырмалы көрсеткіші 41% болды [33].

Түрлі елдерде ревматизм сырқаттылығы, жүректің ревматикалық зақымдануының таралуы біркелкі емес. Бұл әлеуметтік-экономикалық статус, мекен жай жағдайы және медициналық көмекке қол жеткізушілік ерекшеліктерімен түсіндіріледі. 1950 жылдардан бастап дамыған елдерде ревматизм тез төмендеп 1970 жылдары сырқаттылық көрсеткіші АҚШ, Жапония, Дания, Ұлыбритания, Австралия елдерінде 100 000 адамға шаққанда 0,23 – 1,88 болды [34, 35, 36, 37].

Соңғы жылдары ревматизм сырқаттылығының өсуі байқалды. Индияда ревматизм сырқаттылығы соңғы жылдарда 1000 адамға шаққанда 2-11 болды. Жыл сайын бұл ауру 2-3 млн. адамды зақымдайды. Әсіресе біріншіден мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балаларды

зақымдайды. Мұндай тенденция дамыған және дамып келе жатқан елдерде де байқалады [37, 38, 39].

Батыс Европа елдерінде де ревматикалық аурулар кеңінен таралған аурулар қатарына жатады. Мысалы, дәлелденген созылмалы полиартритпен 800 000 тұрғын ауырады, ал буындардың дегенеративті ауруларымен тұрғындардың тең жартысы сырқаттанады. ФРГ-да ревматикалық аурулармен байланысты экономикалық шығындар көп болуда: төленетін еңбекке жарамсыздық қағазының 25% және ауруханалық орынды медициналық сақтаудың 50%-н құрайды. Ревматикалық аурулар мүгедектіктің 1-3 жағдайында себеп болады. Арқа ауыру синдромы бұл көрсеткіштер бойынша екінші орын алады [40].

РФ – да сырқаттылық таралу динамикасының көрсеткіші 1996-2003 жж. 100000 тұрғынға шаққанда 288,9 - ден (423 292 жағдай) 209,8 – ге (300 266 жағдай) дейін төмендеді; өсудің орташа жылдық қарқыны (ОӨҚ) - 5% болды. Сырқаттылық 2002 жылға дейін 100000 тұрғынға шаққанда 16,4 - ден (23 966 жағдай) 12,4-ге (17 785 жағдай) дейін төмендеді. 2003 жылы көрсеткіштің 100000 тұрғынға шаққанда 13,7 – ге (19 631 жағдай) дейін көтерілгені байқалды. ӨОҚ - 3% болды. Ревматизмнен өлу көрсеткіші де соңғы жылдары азайды (100000 тұрғынға шаққанда 1999 ж. 6,0 -ден 2003 ж. 4,7-ге дейін). Ресейде 2001 жылы ЖРБ бар науқастардың жалпы саны 12 200 болды, ал жүректің созылмалы ревматикалық аурулары (ЖСРА) бар науқастар саны - 313 300, оның ішінде жүректің ревматикалық ақаулары 233 600 құрады. Өлім 100000 тұрғынға шаққанда 5,8-6,0 болды.

Сонымен, РФ тұрғындарының 1996-2003 ж. ревматизм сырқаттылығы (ЖРҚ және ЖРА) ӨОҚ-мен бірге 3% - ге дейін азаюмен сипатталды, ревматизм таралуы – 5% болды [33].

Сонымен қатар, ревматикалық аурулар арасында буындардың дегенеративті аурулары бар науқастар саны да көбейді. Ресейде соңғы 3 жылда ересектердегі ОА -ң жалпы және біріншілік сырқаттылық деңгейі 26,0-28,0%, реактивті артрит - 10,0%, остеопороз 4,6% дейін жоғарылады [41, 42].

Саатова Г.М. мәліметі бойынша [43] Қырғызстан Республикасында ревматикалық аурулар арасында ревматизм екінші орын алды - 16,37%. Жалпы тіркелген сырқат арасында сүйек-бұлшықет жүйесі ауруларының өсу динамикасы +69,2% тең болды.

Қазақстан Республикасындағы сырқаттылық көрсеткіштерін зерттеу ересектер арасында жүректің созылмалы ревматикалық аурулары (ЖСРА) және сүйек-бұлшықет жүйесі ауруларының өсуін көрсетті. Барлық топта жасөспірімдермен қатар жедел ревматикалық қызба, ЖСРА, артроз көрсеткіштері жоғарылады [44].

Қазақстан Республикасы тұрғындарының жалпы сырқаттылығы арасында сүйек-бұлшықет жүйесі аурулары 2003 жылы 100 000 адамға шаққанда - 4250,0 болды, 2004 жылы 100 000 адамға шаққанда - 4364,4,

2005 жылы на 100 000 адамға шаққанда– 4330,6, ал 2006 жылы 100 000 адамға шаққанда - 4180,8 болды [45, 46, 47].

Қарағанды облысының ересек тұрғындар арасында СБЖА сырқаттылық көрсеткіші 2003 жылы 14 орында, ал 2006 жылы 7 орында болды.

Қарағанды облысының ересек тұрғындары арасында жүректің созылмалы ревматикалық аурулары сырқаттылығы 2003 жылы 20,7-ден 2006 жылы 16,6-ға дейін төмендеді. Ревматикалық аурулар ағымының үдемелі болуына, еңбек қабілеттілігінің төмендеуі дамидындықтан бұл мәселе уақытша және тұрақты еңбекке жарамсыздық сұрақтарын зертеуді қаже етеді. Мысалы, ревматикалық аурулар себебінен болатын еңбекке жарамдылықты уақытша жоғалту күн бойынша екінші орын және аурулардың барлық топтарының ішіндегі жағдайлар саны бойынша үшінші орны алады. Әсіресе жас адамдар арасында тұрғындардың мүгедектігінің үдемелі жоғарылауы байқалады [48].

Мүгедектік себептері арасында басты орынды тірек-қимыл аппараты қызметінің бұзылуымен сипатталатын аурулар алады.

Ер адамдарда кеңінен тараған тірек-қимыл аппараты аурулары ішінде омыртқа аурулары (26,5%), ал әйелдерде - омыртқа аурулары (24,8%) мен буын аурулары кездеседі (20,6%) [49].

В.П. Москалев зерттеуі бойынша (1992 ж.) Санкт-Петербуртта 45 жасқа дейін тірек-қимыл аппараты ауруларынан алғаш рет мүгедек болғандар саны 10 000 адамға шаққанда 1,4 болды. Жас ұлғайған сайын 19 жастан жас адамдардағы мүгедектік көрсеткіші 10 000 адамға шаққанда 0,2 көбейді; 40-45 жастағы адамдарда 10 000 адамға шаққанда 41,5 болды. Мүгедектікке алып келетін ауруларға ревматоиды артрит, полиомиелит асқынулары, туа біткен ақаулар, остеохондроз. Тірек-қимыл аппараты аурулары себебінен 6,5% науқастар мүгедектік тобын бергенге дейін 1 жыл бұрын өз мамандықтарын ауыстыруға мәжбүр болған. Алғаш рет куәләндіру кезінде ІІІ топты 48,9% мүгедектер алды, ал 51,1% тексерілгендер толығымен еңбекке жарамсыз болып саналды. РА кезінде І топты 20,8% науқас; ІІ топты - 49,0%; ІІІ топты - 30,2 % науқас алды. Туа біткен ақауда І топты - 7,7%, ІІ - 28,2%, ІІІ - 64,1%; остеохондрозда І топты - 3,1%, ІІ - 43,8%, ІІІ - 53,1%; ОА І топты - 38%, ІІ - 42,3%, ІІІ - 53,9% науқас алды. Әсіресе тұрақты еңбекке жарамдылықты жоғалтқандар мына науқастар арасында кездесті; РА (69,8%), остеохондроз (46,9%), ОА (46,1%), Литтл ауруы (72,2%).

Мүгедектердің көпшілігі еңбекке жарамды жаста болды: 50 жасқа дейінгі ерлер - 48%, әйелдер - 38,9% [50]. Әйелдер арасындағы мүгедектік себептері арасында буын аурулары 10 000 адамға шаққанда 15,5 кездесті. Сонымен қатар, кейбір зерттеушілер тірек-қимыл аппараты кейбір ауруларындағы мүгедектікті зерттеді: остеоартроз [51, 52], остеохондроз [53, 54], ревматоидты артрит [55, 56], туберкулезді спондилит [57], жарақат [58, 59, 60, 61], анкилоздаушы спондилит [62], жүйелі қызыл жегі [63].

РА кезіндегі мүгедектік динамикасын зерттеу мынаны көрсетті: I топ мүгедектері 24,7%, II топ – 60,2%, III топ– 15,1% болды. Еңбекке жарамды жаста 64% мүгедек кездесті, олардың көбісі (50,6%) –40-54 жаста болды. Мүгедектік динамикасын зерттеу I топ мүгедектерінің 4,0% дейін көбейгенін көрсетті, II топ 56,0% дейін азайды, III топ мүгедектері 39,0% -дан 37%-ге дейін азайды. Жалпы еңбекке қабілеттілігін жоғалту дәрежесі 9,0% мүгедекте, жартылай қалпына келу– 6,0%, толығымен қалпына келу – 3,0% науқаста болды[55].

БҰҰ сарапшыларының бағалауы бойынша мүгедектер саны орташа 10% құрайды. Қазақстан Республикасы бойынша мүгедектердің салмағы 2,7% болды [64].

Оңтүстік-Қазақстан облысында [65] тек соңғы 10 жылда мүгедектердің саны 60% жетті. Атырау облысында СБЖА аурулары 10 000 адамға шаққанда 1,8 ден 2,6 дейін өсті. Семей облысында [66] мүгедектіктің жалпы деңгейі 10 000 адамға шаққанда 3,52 болды. Алғашқы мүгедектік себептері құрылымында сүйек-буын жүйесінің аурулары ауылды жерде бесінші орын алса (7,2%), қала тұрғындары арасында - төртінші орынға ие болды (5,3%).

Бұрынғы СССР республикаларында 7 млн.-нан астам мүгедектер бар [52]. Жыл сайын 500 000 адам мүгедек болып табылады. Қазақстан Республикасы тұрғындар саны бойынша егеменді республикалардың бастапқы бестігіне кіре отырып азаматтар мүгедектігінің ең жоғарғы деңгейіне ие. Қазіргі кезде жалпы және кәсіби аурулар себебінен болатын мүгедектік республиканың еңбекке жарамды тұрғындарын қоғамдық өндіріс үрдісіне қатысуды 3,2% шектейді.

Өзбекістан Республикасы бойынша мүгедектік динамикасын талдау кезінде 2000-2001 жж. СБЖ аурулары 4 орын алды, олардың салыстырмалы салмағы 9,6%, 9,7% болды [67].

Азербайжанда ауру класстары ескерілген алғашқы мүгедектіктің өз ерекшеліктері бар. Мысалы, сүйек-бұлшықет жүйесінің аурулары 11 орын алды - 4,3% [68].

Сонымен қатар, басқа авторлар айтуы бойынша [69], мүгедектіктің жиі себебіне тірек-қимыл аппаратының жарақаттары да жатты. Украинада тек 2001 жылы иық жарақатынан 970 науқас мүгедек болды (7,8%), оның ішінде 30-50 жас аралығындағы III топ мүгедектері (87,6%) болды.

Артриттер мен тірек-қимыл аппаратының аурулары мәселесінің маңыздылығынын мүгедектік пен экономикалық шығын мәліметтері көрсетеді. Мысалы, АҚШ-та артритпен 42 млн. адам ауырады, оның 7 млн мүгедек болды. АҚШ-та жыл сайын 39 млн адам артритпен дәрігерге қаралады, 500 000 – ауруханаға жіберіледі. Бұл кездегі медициналық шығын 15 млрд. доллар құрайды, ал жалпы экономикалық шығын – 65 млрд. 1990 жылы Канадада жүргізілген зерттеулер тірек-қимыл аппаратының аурулары таралуы бойынша созылмалы аурулар ішінде бірінші орын алады (40%), мүгедектік ұзақтығы бойынша (54%), емдік

шығын (20%) құрайды. Мұндай ұқсас мәліметтер Канада мен Ұлыбританиядан да алынды [6, 70, 71].

Сонымен, ревматикалық аурулардың әлеуметтік маңызы тек қана олардың кең таралуымен ғана емес, онымен қоса еңбекке жарамдылықты жоғалтудың жоғары көрсеткіштері мен олардың ерте мүгедектенуімен анықталады. Осы патология ауруларының едәуір таралуы, олардың көп жыл бойы үдеуге бейім болуы, еңбекке жарамды жаста ауыр мүгедектікті туғызу қабілеттілігі осы аурулар кезіндегі мүгедектікті белсенді зерттеуді қажет етеді [72, 73, 74].

Мүгедектіктің өсуінің негізі себептеріне жағымсыз экологиялық жағдаймен қатар, әлі де өндірістердегі жұмыс пен қауіпсіздік техникасының қанағаттанарлықсыз жағдайлары, жұмысшыларды сауықтыру бойынша шаралардың жеткіліксіз болуы, денсаулық сақтау ұйымдарының мүгедектіктің алдын алу мен медициналық реабилитацияны сапасыз ұйымдастыру жатады [75, 76, 77, 78].

Алғашқы мүгедектік сырқат ауырлығына, емдеу кезіндегі асқынуларға және реабилитациялаудың түрлі кезеңдерінде көрсетілетін емдік-профилактикалық көмектің кемшіліктеріне, тұрақты еңбекке жарамсыздықты сараптау сапасы мен деңгейіне байланысты болғандықтан науқастардың өмір сапасын жақсарту үшін мүгедектіктің алдын алу ұсыныстары мен реабилитациялау бағдарламасын құрастыру қажет.

2005 - 2012 жылдары Қарағанды облысы бойынша созылмалы ревматикалық аурулар кезіндегі эпидемиологиялық көрсеткіштер динамикасы

2005-2012 жылдары Қарағанды облысы бойынша созылмалы ревматикалық аурулардың таралуы 1, 2 кестелерде берілген.

1 кесте – 2005-2012 жылдары Қарағанды облысы бойынша созылмалы ревматикалық аурулардың таралуы

Аурулар тобы	Таралуы															
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш
Жедел ревматикалық безгек	162	12,2	134	10,0	128	9,5	121	9,0	85	6,3	71	5,3	95	7,0	72	5,3
Жүректің созылмалы ревматикалық аурулары	3065	230,2	2499	187,3	2394	178,5	2388	177,9	2246	166,5	2273	168,5	2081	153,6	1783	131,0
Облыс	1377461	103436,1	1431648	107284,7	1473391	109870,9	1443881	107585,2	1439039	106688,6	1428360	105864,4	1420504	104824,7	1372766	100889,4

1 кестеде көрсетілгендей, жедел ревматикалық безгек пен жүректің созылмалы ревматикалық ауруларының таралуы 1,6 есе төмендеді.

2 кесте – Жасөспірімдер арасында Қарағанды облысы бойынша созылмалы ревматикалық аурулардың таралуы

Аурулар тобы	15-17 ж.															
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш
Жедел ревматикалық безгек	9	11,1	11	14,2	10	13,5	12	17,1	5	7,5	1	1,6	6	9,7	7	12,0
Жүректің созылмалы ревматикалық аурулары	72	89,2	91	117,4	68	91,9	61	87,1	55	82,8	62	97,0	46	74,7	57	97,3
Облыс	94450	116981,9	98200	126693,33	99433	134403,4	94665	135131,5	93868	141297,2	88512	138492,6	87599	142321,7	78114	133400,5

2 кестеде көрсетілгендей, жасөспірімдер арасында созылмалы ревматикалық аурулардың таралуының көрсеткіштері тұрақсыз болды, ЖРА көрсеткіші 2005 жылы 100 мың тұрғындарға шаққанда - 11,1, 2008 жылы - 17,1 болды.

3 кесте – Қарағанды облысы бойынша созылмалы ревматикалық аурулардың сырқаттылығы

Аурулар тобы	Сырқаттылық															
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш
Жедел ревматикалық безгек	33	2,5	18	1,3	18	1,3	33	2,5	12	0,9	14	1,0	8	0,6	14	1,0
Жүректің созылмалы ревматикалық аурулары	213	16,0	201	15,1	128	9,5	137	10,2	84	6,2	85	6,3	180	13,3	113	8,3
Облыс	762716	57213,7	789380	59045,6	818334	61037,8	814684	60606,2	813507	60291,0	779788	57779,2	774561	57154,7	745944	54822,1
ҚР		1749,1		1911,4		1906,6		2170,5		2273,1		2086,7		2277,1		22,4

3 кестеде көрсетілгендей, жедел ревматикалық безгек сырқаттылығы 100 мың тұрғындарға шаққанда 2,5 -на 1,0 дейін, ал жүректің созылмалы ревматикалық аурулары 16,0 -дн 8,3 дейін азайды.

4 кесте – Жасөспірімдер арасында Қарағанды облысы бойынша созылмалы ревматикалық аурулардың сырқаттылығы

Аурулар тобы	15-17 ж.															
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш
Жедел ревматикалық безгек	-	-	-	-	1	1,4	6	8,6	-	-	-	-	3	4,9	1	1,7
Жүректің созылмалы ревматикалық аурулары	18	22,3	18	23,2	1	1,4	5	7,1	7	10,5	9	14,0821	11	17,9	20	34,2
Облыс	55518	70187,1	59604	78737,1	62342	86586,1	57756	84632,9	59293	91079,9	53491	85176,8	54802	91336,7	46056	78652,9
ҚР		1228,5		1236,7		1304,3		1296,3		1429,8		1379,3		1299,4		28,2

4 кестеде көрсетілген жасөспірімдер арасында созылмалы ревматикалық аурулардың сырқаттылығын талдау облыстық көрсеткіштердің ҚР көрсеткіштерінен 1,5-2 есе жоғары болғанын көрсетті.

2005-2012 жылдары Қарағанды облысының аудандары бойынша созылмалы ревматикалық аурулардың сырқаттылығы 5 кестеде берілген.

5 кестеде көрсетілгендей Жезқазған қаласы тұрғындарының жүректің созылмалы ревматикалық ауруларының сырқаттылығы 2005 жылы облыстың қала тұрғындары арасында ең жоғары болды - 27, ал 2012 жылы сырқаттылық көрсеткіші 35 көрсетті.

2005-2012 жылдары Қарағанды облысының аудандары бойынша созылмалы ревматикалық аурулардың сырқаттылығын анықтау республикалық көрсеткіштермен салыстырғанда төмен болды (6 кесте).

5 кесте – 2005-2012 жылдары Қарағанды облысының аудандары бойынша созылмалы ревматикалық аурулардың сырқаттылық көрсеткіші

Аймақтар аты	Жүректің созылмалы ревматикалық аурулары															
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш
Балқаш	5	6,8	3	4,1	5	6,8	4	5,4	7	9,3	11	14,4	4	5,2	10	12,9
Жезказған	27	28,2	23	23,9	21	21,6	14	14,4	6	6,2	5	5,5	8	8,9	35	39,2
Қарағанды	30	6,8791	47	10,5	32	7,0	63	13,7	45	9,6	35	7,5	27	5,7	23	4,8
Қаражал	10	51,3	5	25,9	4	21,1	13	68,4	0	0,0	1	5,2	2	10,4	-	-
Теміртау	45	26,6	27	15,8	5	2,9	5	2,9	0	0,0	8	4,5	7	3,9	5	2,8
Приозерск	-	-	6	48,4	4,0	30,7	3	22,9	4	2,3	-	-	98	724,6	-	-
Абай	10	51,3	5	25,9	5,0	9,2	3	5,5	1	1,8	1	1,9	1	1,9	2	3,7
Ақтоғай	4	19,9	9	46,4	-	-	-	-	-	-	1	5,3	2	10,8	1	5,4
Бұхар-Жырау	18	29,1	15	24,6	9	14,9	7	11,6	5	8,4	2	3,1	5	7,9	7	11,1
Жаңа-Арқа	6	20,6	13	45,5	22	77,5	2	7,1	1	3,5	13	41,7	5	15,8	6	18,7
Қарқаралы	9	19,8	19	43,5	4	9,6	6	14,5	3	7,6	1	2,4	6	14,6	11	27,1
Нұра	6	18,9	2	6,4	3	10	1	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Осакаровка	2	5,2	1	2,7	-	-	1	2,8	-	-	1	2,9	2	5,9	3	9,0
Ұлытау	2	5,2	1	2,7	-	-	1	2,8	3	23,1	3	22,0	1	7,4	2	14,5
Шет	-	-	7	14,9	4	8,6	1	2,2	1	2,2	1	2,2	3	6,6	4	8,9
Облыс бойынша	213	16,0	201	15,1	128	9,5	137	10,2	84	6,2	85	6,3	180	13,3	113	8,3
ҚР		32,7		35,4		32,6		34,5		31,2		26,9		21,5		22,4

6 кесте – 2005-2012 жылдары Қарағанды облысының аудандары бойынша жедел ревматикалық безгектің сырқаттылық көрсеткіші

Аймақтар аты	Жедел ревматикалық безгек															
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш	абс. сан	көрсеткіш
Балқаш	1	1,4	-	-	-	-	2	2,7	2	2,7	2	2,6	3	3,9	2	2,6
Жезқазған	3	3,1	2	2,1	-	-	1	1,0	-	-	1	1,1	-	-	1	1,1
Қарағанды	13	2,98	3	0,7	3	0,7	3	0,7	2	0,4	4	0,9	1	0,2	6	1,3
Қаражал	-	-	-	-	1	5,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Теміртау	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,6	1	0,6	-	-
Приозерск	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Абай	2	3,6	2	3,6	2	3,7	1	1,8	-	-	-	-	-	-	1	1,9
Ақтоғай	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бұхар-Жырау	-	-	1	1,6	1	1,7	2	3,3	-	-	1	1,6	-	-	-	-
Жаңа-Арқа	4	13,8	3	10,5	7	24,7	13	46,0	5	17,7	-	-	-	-	-	-
Қарқаралы	-	-	-	-	-	-	2	4,8	1	2,5	-	-	2	4,9	2	4,9
Нұра	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	19,6	-	-	1	4,0
Осакаровка	-	-	-	-	-	-	1	2,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Ұлытау	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Шет	2	4,2	-	-	1	2,2	-	-	2	4,4	-	-	1	2,2	-	-
Облыс бойынша	33	2,5	18	1,3	18	1,3	33	2,5	12	0,9	14	1,0	8	0,6	14	1,0
ҚР		15,9		12,7		12,9		6,6		6,0		6,4		6,9		6,2

1.2. Ересек тұрғындар ревматикалық ауруларының МӘС-ы және реабилитациясы

ДСДҰ және еңбектің халықаралық ұйымы (ЕХҰ) сарапшыларының анықтамасы бойынша, реабилитация – бұл функциональді мүмкіндіктерін жоғарылату үшін мүгедектерді оқыту және қайта оқыту мақсатында медициналық, әлеуметтік және кәсіби шараларды үйлесімді түрде қолдану. Реабилитацияның міндеті болып ауруды емдеу кезінде мүгедектік пен асқынулардың алдын алу, денсаулық жағдайының нашарлауының алдын алу табылады [79, 80].

Қалпына келтіру процессін сипаттау кезінде біраз ғалымдар “медициналық-әлеуметтік реабилитация” (МӘР) терминін қолданады. Олар оны бір бірімен тығыз байланысқан жалпы мемлекеттік, медициналық, әлеуметтік, педагогикалық, кәсіби, экономикалық және заңдық шараларды қолдану жүйесі ретінде қарастырады. Олар адамның жарақат, сырқат немесе жасына байланысты өзгерістер себебінен еңбекке жарамдылығын жоғалтқан немесе төмендеген қабілеттерін қалпына келтіреді [81, 82].

Науқастар мен мүгедектерді реабилитациялау концепциясы өзінің заманға сай орнын екінші дүние жүзілік соғыс жылдарында Англия мен Америкада алды, бірақ бөлек шаралар мен публикациялардың одан да ерте болғаны туралы мәліметтері бар. Басқа да мемлекеттерде (Франция, Голландия, Швецария, КСРО) қазіргі уақытта реабилитацияға жатқызылатын әлеуметтік қамтамасыз ету және денсаулық сақтау аймақтарында біраз жұмыс жасалынды. Бірақ терминология, жинақталған білімдердің нақты бағыты және олардың жүйеленуі өз бастамасын Англасаксон елдерінен басталады [83, 84]. Кейбір авторлардың мәліметтері бойынша Францияда және франк тілдес елдерде адаптация немесе реадатация туралы - бейімделушілікті қалпына келтіру, көп жағдайда ауру себебінен өзгерген деңгейде бейімделушілікті қалпына келтіру туралы айтады [85,86,87].

1967 жылы Прагада Денсаулық сақтау және әлеуметтік қамсыздандыру министрлерінің ІХ жиналысында, реабилитация - еңбекке қабілеттіліктің уақытша және тұрақты төмендеуіне әкелетін патологиялық процесстің алдын алуға, мүгедектер мен ауруларды қоғамдық өмірге қатыстыруға бағытталған мемлекеттік жүйе, әлеуметтік, экономикалық, медициналық, психологиялық шаралар жүйесі деп анықталды.

Мүгедектерді реабилитациялау туралы толық түсінік реабилитация бойынша сарапшылар комитетінің екінші есебінде берілді (БҰҰ,1969) [88], яғни реабилитациялау дегеніміз медициналық, әлеуметтік шараларды, мүгедектерді оқыту және қайта оқытумен қоса жоғарғы деңгейде жеке мүшелердің функционалды жағдайын қалпына келтіретін кәсіптік шараларды бірігіп қолдану.

Қазіргі заманғы анықтама бойынша [89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104], мүгедектер реабилитациясы – бұл организм қызметінің тұрақты бұзылысы себебінен дамыған тіршілік ету шектелуін жоюға немесе толық компенсациялауға бағытталған медициналық, психологиялық педагогикалық, әлеуметтік-экономикалық шаралардың жүйесі. Ғылыми терең негіздерде, реабилитация концепциясымен реабилитология айналысады – объективті заңды тұлғалардың ғылыми процестердің қалпына келуі, қоршаған ортадағы адамдардың психо-физиологиялық бұзылыстары, организмнің анатомиялық біртұтастығы, әлеуметтік әрекеттегі ауытқулар туралы ғылым [105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114].

Тірек-қимыл аппараты аурулары себебінен мүгедек болғандарды реабилитациялауда үлкен ролді кәсіби оқыту мен жұмысқа тиімді орналастыру алады. Ресейдің он административті аймақтарының әлеуметтік қамтамасыз ету органдарының есебінде тұратын мүгедектер контингентін әлеуметтік гигиеналық зерттеулер мәліметтері бойынша 19,4% - 40 жасқа дейінгі адамдар болды, оның ішінде осы жастық топтағы 18,7% мүгедектер Ресейдің оқу орындарында оқи алады. Факт бойынша білімді қажет ететіндердің тек 2,9% ғана оқуға жіберіледі.

Н.А. Кузиевпен [21] коксоартроз себебінен мүгедек болғандарды жартылай, толық және суммарлы реабилитациялау деңгейі зерттелді. 1993 жылы 1989 жылмен салыстырғанда толық реабилитация 1/3-ге төмендеді; жартылай - 1% -ға, суммарлы – 3%-ға азайды. Мүгедектік топтарының тұрақтылық және ауырлау көрсеткіштері 10,0 -нан 22%-ға дейін жоғарылады. Жас ұлғайған сайын реабилитация көрсеткіштері тез төмендеді. Толық реабилитация 20 жасқа дейінгі адамдарда 7% болды, 51-60 жас және одан да жоғары жастағыларда 0-ге дейін, ал жартылай реабилитация 16,0-дан 2% дейін азайды. Толық реабилитация физикалық жұмыс жасайтын адамдар арасында ойлай жұмысымен айналысатын адамдарға қарағанда 3 есе төмен болды. Жартылай реабилитация ойлау жұмысымен айналысатындарға қарағанда физикалық жұмыс жасайтын адамдар арасында 2 есе төмен болды.

И.И. Заболотных [51] айтуы бойынша остеоартроз кезіндегі әлеуметтік-реабилитациялық шаралар ішінде жұмысқа рационалды орналастыруға аса көңіл бөлінеді, қарсы көрсеткіштер саны көп болғанына қарамастан осы науқастарға арналған қол жетімді кәсіптер саласы біршама кең. Оларға экстремальді жұмыстармен байланыссыз (инженерлік-техникалық жұмысшылар, экономистер, юристер, кітапханашылар, лаборанттар және т.б.) ой еңбегімен қатысты кәсіптер жатады. Физикалық еңбекпен айналысатын адамдар үшін (квалификацияландырылған және квалификацияландырылмаған) шамалы немесе баяу кернеулі кәсіптер қол жеткілікті болады. Ересек жастағы адамдарды (50 жас және одан да жоғары) жұмысқа орналастыру кезінде көбіне кәсіби стереотипін ескере отырып олардың өндірулік қызметін шектейтін жұмыстарды іріктеуге тура келеді. Жасы кіші науқастарды

жаңа білікті кәсіпті меңгеру үшін қайта оқытуға жіберіледі. ОА кезіндегі денсаулығына байланысты берілетін қол жеткілікті жұмыс емдеуші факторға жататындықтан тіпті II топа мүгедектеріне де арнайы жасалынған жағдайдарда, үйде де еңбек етуге болады (переплетчик, тоқушы, шағын құрылымдарды жинайтын слесарь-жинаушы, чертежник, аудармашы, кеңесші).

МӘСК -да куәландіру кезінде мүгедектің кәсіби жарамдылығын болжау мен еңбек ұсыныстарын құру кезінде кәсіби оқыту медициналық, психологиялық және әлеуметтік факторларды ескере отырып жүйелі жолды қарастырады.

Реабилитация нәтижелілігін жоғарылату мақсатында дүние жүзінде тірек-қимыл аппараты аурулары аурулары кезінде реабилитациялық индустрияға, түрлі техникалық құралдарды ойластыруға, кәсіби бейімделуге көп көңіл бөлінеді [115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125].

Реабилитацияның негізгі міндеттері болып мүгедектің реабилитациялық потенциалын, медициналық-әлеуметтік реабилитацияның түрлерін қажет етушілікті анықтау, тіршілік ету шектелуінің дәрежесін анықтай отырып мүгедектік тобын анықтау табылады. Осы мақсаттарды нәтижелі шешу үшін физиологиялық көрсеткіштер бұзылыстарын тереңірек зерттеп жүйелі зерттеулер жүргізу қажет. Реабилитациялық процесстің нәтижелі болуы үшін міндетті түрде науқастың немесе мүгедектің реабилитациялық потенциал дұрыс анықтау қажет. Түрлі аурулары бар мүгедектерді реабилитациялаудың ғылыми негізделген бағдарламаларын құрастыру үшін реабилитациялық мүмкіндіктер мен медициналық-әлеуметтік реабилитацияның негізгі түрлерін қажет етушілікті анықтай білу керек.

Денсаулық сақтауды қорғаудың теориялық негіздері 2001 жылы 22 мамырда ДСДҰ ассамблеясының 54 сессиясында қабылданған, 5 жыл бойы түрлі тексерулер мен халықаралық кеңестерден кейін жаңа редакцияда шыққан «Тіршілік ету қызметі мен денсаулық шектелуінің, функционирлеуінің халықаралық жіктелуінде» (ФХЖ) берілді [126]. ДДСҰ сарапшылары адамның қызмет ету, оқу сферасында кездесетін әлеуметтік-мәдениеттік факторлар мен аурудың клиникалық көріністерін бірге бағалау ұсынылады. Қазіргі кездегі клиникалық жіктелулер ауруды түрлі жағынан қарастырады, бірақ ауру тасушы - адамды, индивидуумды ескермейді [127].

«Тіршілік ету қызметі мен денсаулық шектелуінің, функционирлеуінің халықаралық жіктелуінде» тіршілік ету шектелуінің жеті көрсеткіші берілген:

- 1) қозғалу қабілетінің шектелуі;
- 2) өз-өзін күту қабілетінің шектелуі;
- 3) бағдарлану қабілетінің шектелуі;
- 4) араласу қабілетінің шектелуі;
- 5) өзін бақылау қабілетінің шектелуі;
- 6) оқу қабілетінің шектелуі;
- 7) еңбек ету қабілетінің шектелуі [127].

Мүгедектік даму фактісі әлеуметтік дезадаптациямен, мүгедек жағдайының тез төмендеуімен, өмір сапасының төмендеуімен байланысты болғандықтан бұл әлеуметтік қорғауды қажет етеді. Соңғы жылдары объективті себептерге байланысты мүгедектер қаражаты инфляция деңгейіне жоғарылады. Сондықтан мүгедектерді әлеуметтік қорғау нәтижелі болған жоқ екенін мойындау керек, себебі мүгедектер өмір деңгейін лайықты және сенімді етіп қамтамасыз еткен жоқ, қатты қайта бөлу нәтижесін көрсеткен жоқ.

Республика үшін маңыздысы 13.04.05 жылы күшіне енген Қазақстан Республикасының «Мүгедектерді әлеуметтік қорғау» туралы заңы болды. Онда мүгедектерді қорғау саласындағы ҚР мемлекеттік саясаты мынаған бағытталғаны туралы айтылған: 1) мүгедектіктің алдын алу, 2) мүгедектерді реабилитациялау, әлеуметтік қорғау, 3) мүгедектерді қоғамға интеграциялау. Бұл заңда мүгедектерді әлеуметтік қорғауды жүзеге асыру сұрақтары бойынша ведомстволар мен ұйымдар нақты анықталған[128].

Сонымен, денсаулық сақтау ұйымдары мен әлеуметтік қорғау ұйымдарының тығыз жұмыс жасауының нақты негіздері бар. Оның мақсаты болып мүгедектерге физикалық, интеллектуальдық, психикалық және әлеуметтік деңгейіне көмек көрсету, олардың өмірін өзгерту үшін және тәуелсіздігін кеңейту үшін қажетті құралдарды беру.

Халықаралық және отандық зертеулердің қорытындысына жүргізілген аналитикалық талдау мүгедектік және мүгедектерді реабилитациялау мәселесінің маңызды болғанын көрсетті. Еңбекке жарамды жастағы адамдарда ревматикалық аурулар таралуы дер кезінде ерте диагностиканы жүргізуді, емдеу мен реабилитацияның жеке бағдарламасын жетілдіруді қажет етеді. Осы уақытқа дейін МӘСК-да алғашқы рет куәландірілген ревматикалық аурулары бар адамдардың еңбекке жарамдылық жағдайына ұзақ перспективті бақылау жүргізілмеген.

Зерттелетін ревматикалық аурулардың клиникасын, еңбекке жарамдылық сараптамасы мен реабилитациялау сұрақтарын зерттеудің үлкен мағынасы бар, ол алдымен осы аурулардың жас адамдарда, әлеуметтік-белсенді жастағы адамдар арасында кең таралуына байланысты болды. Ревматикалық аурулар кезінде науқастар мен мүгедектерді медициналық-әлеуметтік сараптау мен реабилитациялау сұрақтарын зерттеу мәселесі перспективті салааралық бағыт алып дүние жүзінде маңызды болып табылады.

2. РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАР ДАМУЫНЫҢ ҚАУШПТІ ФАКТОРЛАРЫ

Ревматикалық аурулар кезінде пайда болатын мүгедектік және сырқаттылықтың факторларына қазіргі уақытта көп көңіл бөлінеді. Факторларды анықтау аурулар мен мүгедектердің еңбекке қабілеттілігі мен еңбекке орналастыру сараптамасында маңызы зор. Ауру туындауы, оның жағымсыз ағымы мен соңының қалыптан тыс жоғарылауын қауіп факторы ретінде түсінуге болады. Мүгедектікті қалыптастыратын негізгі факторларды зерттеу мүгедектікті азайту, жағымсыз факторларды азайтуға бағытталған кешенді нұсқаулар шығаруына өзек болады.

Ревматикалық ауруларға бейімдейтін факторларға суықтану, тұқымқуалаушылық, ауа райының жағымсыз болуы (көктем, күз), ағзаның физиологиялық құрылуы (пубертатты, босанудан кейін, климактериялық кезең), жарақаттар, стресс, жас (ревматизм үшін - жастар, РА үшін 45 жас және одан үлкендер, ОА үшін 40-60 жас аралығы), жынысы; РА мен ОА мен-әйелдер, еркектер подаграмен 20 есе жиі ауырады [129, 130].

Ревматикалық аурулардың этиологиялық факторы жеке нозологиялық түрге бөлінген үлкен топты негізгі патологиялық процестің дәнекерінде орналасуына, клиникалық көріністердің буындық синдромымен көрінеді. Дамуында мәні бар бірнеше топтарды бөлуге болады.

Denko С.W., Malemud С.J. (2005 ж.) мәліметтері бойынша ревматикалық аурулардың тұқымқуалаушылықпен байланысы анықталған. Ревматикалық аурулар бар отбастарда РА 2-10 есе, Бехтерев ауруында 2-6 есе жиі кездеседі. Подаграмен ауыратын жанұяда гиперурикемия 20% кездеседі. Генетикалық байланыстылық метаболизмдік артропатия туындауында мәне зор. Зәр қышқыл алмасуына қатысатын ферменттер жүйесінде генетикалық негізделген ақау біріншілік подагра мен метаболизмдік гиперурикемия дамуына әкеледі. Остеоартроздың пайда болу себебінің бірі болып физиологиялық күш түсу кезінде буын шеміршегінің резистенттігі төмендеуіне байланысты, ол өз алдына төмендеуіне байланысты, ол өз алдына жанұялық полиостеоартроз туралы фактты дәлелдейді. Созылмалы деструктивті артрит дамуында лизосомалды ферменттер ролі туралы ақпараттар бар. Лизосомалды ферменттер РА ерте сатысында синовиальды қабаттың нейтрофильді инфильтрациясы кезінде буын тінінің бұзылуына қатысады. Осы кезде иммунды комплекстердің фагоциттік активациясы болады. Буындардың жедел қабынуында лизосомалды ферменттер подагралық артрит кезінде басты роль алып моносодий уратының кристалдары фагоцитозды процесс нәтижесінде нейтрофил босауына байланысты туындайды. РА кезінде деструкция процесі коллагеназа, эластаза, протеаза әсері шеміршектің ПГ агрегаты мен коллаген талшықтарының деградациясына қатысады. Соңғы

заттардың ерітінділерін алсақ шеміршектің шығып, эндоцитоздан шеміршек матрицасының деградациясының алғашқы процесі лизосомальды протеаза ретінде нейтрофилдің протеазасының нейтральды сериндік эластаза мен катепсин С немесе темірге тәуелді нейтральды протеаза, коллагеназа ретінде қарастырылады [131, 132].

Ревматикалық аурулар дамуында метаболизмдік бұзылулар маңызды орын алады. Зәр қышқылы алмасуының бұзылуы подаграда, кальций бұзылуы хондрокальцинозда, кальцифицирленген тендинитте, темір алмасуы гемохроматозды артропатия, көмірсу алмасуы диабеттік артропатия, ағзада микроэлементтердің жетіспеуі Кашин-Бек ауруында кездеседі [133, 134].

Жарақат пен микрожарақаттар жергілікті РА кезінде буыннан тыс жұмсақ тіндер ауруында үнемі маңызға ие. Шеткері жүйке және тамырлар зақымдауы рефлекторлы альгодистрофияға әкеледі, ал ол өз алдына буындық синдроммен жүреді. Буын жарақаты екіншілік остеоартрозға әкелуі мүмкін. Жарақаттың туберкулезді артрит, спондилит және созылмалы артритпен ОА өршуін туғызатыны мәлім. Біріншілік ОА дамуына буын шеміршегінің метаболизм бұзылуы мен дегенерациясы жиі микрожарақат алу, буынға механикалық күш түсу себеп болады. Бұл фактордың остеохондроз бен деформациялаушы спондилез дамуында үлкен мәні бар [135, 136, 137].

Кейбір РА кезінде нейроэндокринді бұзылулар негізгі этиологиялық себебі болуы мүмкін. Жүйке жүйесінің органикалық зақымдануы синрингомиелия, жұлын сухоткасы, салдану кезіндегі артропатия дамуымен түсіндіріледі. Тін қоректенуі мен сезімталдығының терең бұзылуы буын тіндерінің зат алмасуы мен сіңір байланыс аппаратының әлсіздігін тудырып, одан әрі буында дегенеративті процесс туындауына әкеледі. Жас пен жыныс ерекшелігі метаболизмдік, ферментативтік және РА кезінде тін қоректенуінің нейрогуморальді ерешелігіне байланысты. Әйелдерде климактериялық кезеңде ОА дамуы гипофизарлы-генитальды тепе-теңдіктің бұзылуы әсерінен болатын шеміршек метаболизмінің өзгеруімен тікелей байланысты [138, 139, 140].

Инфекциялық фактор да көптеген РА нақты роль атқарады. Кей жағдайда инфекциялық агент тек этиологиялық әсер ретінде қарастырылады. Мысалы, ревматизм кезінде ауру β - гемолитикалық стрептококтың А тобына байланысты. РА этиологиясының факторына Эпстайн – Барр вирусы себеп. Көптеген инфекциялық артрит буын тініне қоздырушы енгенде ғана туындайды. Кейде буын тіні қанда қоздырғыш, немесе оның антиген болғанда жауап ретінде қабынады [141]. РА, ревматизм, реактивті артрит және себебі анықталған басқа факторлар жанұялық, генетикалық бейімделу кезінде ғана болады. Жедел ревматизм түрлерінде негізгі этиологиялық фактор ретінде β - гемолитикалық стрептококтың А тобы табылады. Созылыңқы немесе үзіліссіз қайталамалы невмокардит түрінде жиі стрептококты анықтау мүмкін

емес. Бұл жағдайларда жүрек зақымдануы аллергиялық, инфекциялы-токсикалық, вирустық себептерге байланысты болуы мүмкін.

Л. И. Беневоленская (1988 ж.) [142] ревматизм пайда болу қауіп факторларының мына топтарын бөлген: ревматизм немесе диффузды дәнекер тін ауруларының болуы, I дәрежелі туысқандарда туа пайда болған дәнекер тін дамымауы, әйел жынысы, 7-15 жас аралығы, жедел стрептококты инфекция және жиі мұрын жұтқыншақ инфекциясының басталуы, сау адамдарда В-клеткалы D_{8/7} маркерінің болуы, ең бірінші туысқандар пробандасы.

Ревматизммен байланысты жүректің ревматизмдік зақымдануы өлімнің негізгі себебі болып табылады. Ауру көбіне суық уақытта, солтүстік елдікте кездеседі. Негізгі ревматизм эпидемиялық ауру есебіне кірмегенімен, себебі стрептококты инфекция болса эпидемиялық түр алуы мүмкін. Сондықтан ревматизм жиі бірнеше адамда, мысалы мектепте, балалар үйінде, ауруханада, әскери лагерлерде, жағдайы нашар жанұяларда кездесуі мүмкін. Бактериологиялық және серологиялық зерттеу нәтижесі β - гемолитикалық стрептококтың А тобымен зақымдалғанда аллергиялық реакциясы ретінде ревматизм пайда болады. Стрептококк инфекциясынан бастап кешендердің 2,5% бір ай бойы жедел ревматизммен ауырады. Оған әдетте баспа, скарлатина, босану безгегі, жедел ортаңғы құлақ қабынуы, тілме себеп болады. Инфекцияға иммунитет пайда болып, жауап ретінде қайта ревматизм шабуылы туындайды [143].

Тірек-қимыл аппараты ауруының пайда болуы жалпыға танымал факторларға байланысты: ауыр заттар жылжыту мен көтеру, денені бұру, бұгу; омыртқаны бұгу, жазу; жұмыс қалпының мәжбүрлі болуы, вибрация, қысым, үйкеліс, сырғу әсері, байлам аппаратының созылуы, әртүрлі тіндердің микрожарақаттары және түрлі машиналарды жүргізу қолмен жүргізгендегі механикалық әсерлер. Жоғарыда көрсетілген өндірістің жағымсыз факторлары, сонымен қатар автоматизация процестерінің толық аяқталмауы кәсіби аурулардың жиі себебі болып, аурудың айқындылығына әсер етеді [144, 145, 146, 147, 148, 149].

Маколкин В.И., Меньшиков И.В. (2005 ж.) мәліметтері бойынша ОА бен мүгедектіктің қауіп факторларына тұқымқуалаушылық, семіздік, жасы, буын жарақаты, буын механикасының бұзылуы жатады. Сонымен бірге, ОА әйел ағзасының гормональды қызметі, постменаузіліс остеопорозға әсер етеді. ОА әйелдерде еркектерге қарағанда 2,5 есе жиі және процесс ерте жүреді. Науқас жасы артроздың ауырлығы мен болжамына тікелей байланысты, өйткені сүйек пен буындағы инволютивті өзгерістер ОА ағымына әсер етеді [150].

Екіншілік ОА этиологиялық факторларының ішіне дисплазия, функционалды күш түсу, статиканың бұзылуы, инфекциянды артрит, буынның бейспецификалық қабынуы, остеоидистрофия, эндокринді бұзылулар жатады. ОА бар науқастарда қарастырылған факторлардың ішінде туа біткен тірек-қимыл аппаратының ақауы өзіне ерекше көңіл

аударды. Жиі бір буынның зақымдалуы аралас және контрлатеральды буындарға, омыртқа жотасының күш түсу қосақталған ОА бен остеохондроз дамуына әкеледі [151].

ОА дамуының негізгі факторы шеміршекте Са жиналуының нәтижесінде метаболизм бұзылуы жатады. ОА және оның үдеуі кезіндегі метаболизм бұзылуын бейнелейтін пурин алмасуының бұзылуы әлі толық зерттелмеген. Кейінгі жылдары семіздік көптеген елдерде маңызды да қауіпті мәселе ретінде қарастырылуда. Семіздік - АГ, қант диабеті, дислипидемия мен буындардың дегенеративті дистрофиялық ауруларының негізгі факторы болып табылады. Кеңінен жүргізілген зерттеулерге қарамастан ОА –ң гетерогенділігіне байланысты мәселе әлі шешілген жоқ. ОА бар науқастарда қаншалықты дене салмағы көп болса-36% (дене салмағының индексі 25-тен жоғары), соншалықты семіздік белгісі бар адамдар жиі анықталды - 42% (дене салмағының индексі 30-дан жоғары) [152].

Беларусь Республикасында бірінші ретті мүгедектік құрылымында бірінші ретті мүгедектік деңгейі ер адамдарда 10 000 адамға шаққанда 3,97 болып 6 орында болды, ал бірінші ретті мүгедектік деңгейі әйел адамдарда 10 000 адамға шаққанда 3,76 болып 4 орында болды [153].

Стацевич Т.А. [154] айтуы бойынша Беларусь Республикасында 1999-2003 жж. сүйек-бұлшықет жүйесінің аурулары әйелдерде 10 000 адамға шаққанда 10,8, ал ерлерде – 5,91 болды.

Таиров М.Г. (2004 ж.) мәліметі бойынша Азербайжанда бірінші ретті мүгедектік деңгейін жынысқа қарай зерттегенде сүйек-бұлшықет жүйесінің аурулары ер адамдарда 54,9% кездесетіні анықталды. Мүгедектік ауырлығына қарай II топ мүгедектері 65,6%, ал III топ мүгедектері – 30,6% болды, II мүгедектік тобының интенсивті көрсеткіші 10000 адамға шаққанда 1,6 болды [68].

Петров М.Н. (1995 ж.) мәліметі бойынша РА дамуына әсер ететін факторларға генетикалық, кәсіби факторлар, жағымсыз тұрмыс жағдайлары, буындардың созылмалы жарақаттары, организмнің жалпы қарсыласуының төмендеуі, жас және орта жас. РА-ы емдеу кезінде барлық мүмкіндік қолданса да, көптеген науқастарда ем нәтижесіз болды. РА-ы емдеу мүмкіндігін шектейтін факторларға дәрілердің кері әсерлері мен дәріге тұрақтылықтың тууы жатады [155].

Сырақаттың ең жиі жасы толған адамдарда (20-50 жас) дамиды, әйелдер 3-4 есе жиі ауырады. Ауру дамығаннан 3 жыл өткен соң еңбекке жарамдылықты 50% науқастар жоғалтады. Ревматоидты артриттен мүгедек болғандардың орташа жасы 44 жасты құрайды, олардың ішіндегі әрбір 10 адам - 1 топ мүгедегі. Көп жағдайда ерте мүгедектікке ағымы тез үдемелі, буынды-висцеральді көрінісі бар ревматоидты артрит әкеледі.

Жеке аудандар тұрғындарының ауруларын зерттеу кезінде зерттеушілердің көңілін өмір сүру, еңбек ету ерекшеліктері, түрлі табиғат факторларының әсері және т.б. аударды [156].

Ревматоидты артрит көбіне остеоартрозбен бірге тек қарт жастағы адамдарда ғана емес, сонымен қатар 40-50 жас аралығында да кездеседі. Бұл ауыл аймақтары тұрғындарының физикалық күш жасау ерекшеліктермен түсіндіріледі. Ал басқа аурулар (қант диабеті, ревматизм, өкпе аурулары) сирек кездеседі [157, 158].

РА мен қоғамға әсер ететін маңызды бір факторлардың ішіне емдеуге кететін экономикалық шығындар жатады, себебі қазіргі уақытта РА-ы емдеу дүние жүзінде ең қымбат ем болып табылады. Бұл диагностика әдістері мен өмір бойы қолданатын дәрілік заттармен байланысты, бірқатар шығын консервативті және хирургиялық ревмоортопедияны, буындарды эндопротездеуді қолданумен байланысты болады. Онымен қоса, реабилитациялық және санаторлы-курортты емге кететін шығындарды, мүгедектік бойынша төленетін жәрдем ақы мен мүгедектік себебінен дамыған кәсіпорынның жұмысшы кадрды жоғалтуын ескеру қажет [159, 160].

Сонымен, мүгедектіктің алдын алу мен реабилитацияны жетілдіру сұрақтарын шешу кезінде ревматикалық аурулардың сырқаттылығы мен мүгедектігін құрайтын басты факторларды анықтаудың маңызы зор болады. Ревматикалық аурулары бар науқастар санының өсуі басты медициналық-әлеуметтік және экономикалық мәселе болып отыр. Ревматикалық аурулар мәселесіне көп көңілдің бөлінуі осы патологияның кең таралуымен, ауыр мүгедектіктің дамуымен және өлімнің жоғарылауымен анықталады.

3. РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАР (РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТ, ОСТЕОАРТРОЗ, АНКИЛОЗДАУШЫ СПОНДИЛОАРТРИТ) КЛИНИКАСЫ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАСЫ

ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ІЗДЕНИС КЕЗЕҢДЕРІ

I кезең: буын маңы жұмсақ тіндерінің немесе сүйектердің патологиясын анықтау

- пальпация кезінде анықталатын нақты локальді ауырсыну;
- ауырсыну тек нақты қозғалыс кезінде ғана пайда болады;
- кенеттен ауырсыну тән емес;
- сүйектердің ауырсынуы остеомиелит, киста, сүйек ісіктері, миеломды ауруда кездеседі.

II кезең: тірек-қимыл аппараты зақымдануының сипатын анықтау

- өздігімен дамыған ауру;
- екіншілік синдром

Ауырсыну синдромын бағалау үшін мына келесі сұрақтарға жауап алу керек:

- қай жерде? (ауырсынудың орналасуы, берілуі, тереңдігі, таралуы)

- қашан? (ұзақтығы, тәуліктік ырғағы, кезеңділігі)
- неліктен? (қозғалыспен, салмақпен, ауа-райымен байланыстылығы, себепсіз)
- қалай? (күштілігі, интенсивтілігі, тұрақтылығы)

III кезең: сыртқы байқау

- зақымданған буын үсті терісінің түсі;
- температурасы;
- деформациялануы;
- пальпация кезінде ісінуі;
- орналасуы;
- симметриялығы;
- интенсивтілігі және т.б.

IV кезең: қанның, зәрдің жалпы анализі, жедел фазалы белоктар, ЭКГ, рентген, пункция, артроскопия.

V кезең: клиникалық көріністерін, лабораторлы-құралды сараптаудың мәліметтерін ескере отырып диагноз қою

Диагностикалық ізденістің бастапқы кезеңінде бар симптоматиканың нақты буын патологиясымен байланысты екеніне сенімді болу керек, яғни буынның зақымданғанын верификациялау керек. Осы мақсатпен артропатиямен бірінші байланыспаған бірқатар синдромдарды анықтау керек. Мысалы, табиғаты буынмен байланысты емес аурулар периартикулярлы тіндердің (бұлшықет, сіңір-байлам аппараты), тері, тамыр, шеткері жүйке жүйелері, сүйек құрылымдарының бірінші рет зақымдануымен және басқа да факторлармен байланысты болуы мүмкін. Мұндай ауруларға жататындар: бурситтер, тендовагиниттер, фиброзиттер, миозиттер, карпальді канал синдромы, фасциит, целлюлит, тілме қабынуы, түйіндік эритема, тромбофлебит, остеопороз, остеомаляция.

Сіңір - байлам аппаратының зақымдану симптоматикасы кейбір шынайы "буындық" ревматикалық ауруларда да (Рейтер синдромы кезіндегі тенденит пен бурситтер, ЖКЖ кезіндегі миалгиялар және т.б.) кездесетінін ескерген жөн. Бірақ, көп жағдайда буын маңы тіндерінің зақымдануы сәйкес емді қажет ететін сипаты дегенеративті немесе қабыну болып келетін жеке ауру ретінде де көрінеді. Бұл аурулар көбіне физикалық еңбекпен айналысатын 30-50 жастағы әйелдердегі тірек-қимыл аппараты (8% дейін) зақымдануының кеңінен таралған тобын құрайды. Артриттер пен периартриттердің ажыратпалы диагнозы негізінде клиникалық симптоматикаға, артриттер немесе остеоартроздың рентгенологиялық белгілерінің жоқтығына, сонымен қатар қабынудың лабораторлық белгілеріне негізделеді. Артриттерге қарағанда

периартриттер ауырсынудың тек нақты қимылдау кезінде болуымен, ауырсыну нүктелерімен, шектелген ісінумен, қабынудың жергілікті белгілерінің жоқтығымен (гиперемия, жергілікті гиперемия), пассивті қимылдардың шектелуімен сипатталады.

Диагностикалық ізденудің үрдісі кезінде буын синдромының даму ағымы мен қарқынын бағалау маңызды болып саналады, оны шартты түрде жедел (3 айға дейін), жеделдеу (6 айға дейін), созылмалы (9 ай) деп бөледі. Буын синдромы кезіндегі ажыратпалы диагностика жедел (жеделдеу) немесе созылмалы артрит маңайында жүргізіледі. Бір ауруларға симптомдардың толық кері дамуы бар буындардың жедел қабынуы (жедел подагралық артрит, ревматикалық полиартрит) тән болса, басқа уақытта буын синдромы ұзақ ағымды, үдемелі артритпен (РА, остеопороз) сипатталады.

Диагностикалық іздену шеңбері сонымен қатар буын үрдісінің орналасуымен, симметриялығымен және зақымданған буындар санымен де анықталады. Буын синдромы бір буынның (моноартрит), екі немесе үш буындардың (олигоартрит) зақымдануымен сипатталып үштен көп буындарды (полиартрит) қамтуы мүмкін. 1 табанфаланг буынының жедел моноартриті подаградан айыруды, сегізкөз-жамбас байланысының артриті анкилоздаушы спондилоартриттан немесе басқа да серонегативті артриттерден айыруды қажет етеді. Ал тізе буынының созылмалы моноартриті кезінде туберкулезді гонитпен ажыратпалы диагноз жүргізу керек.

Сүйек өсінділері, сүйек ұштарының деструкциясы, буын шығып кетуі нәтижесінде буындар деформациясының болуы немесе болмауы созылмалы үрдістің бар екенін дәлелдейді және нақты бір ауруларда байқалады (асқынған кезеңдегі РА, остеоартроз кезіндегі Геберден мен Бушар түйінділері).

Буын синдромы бар науқастардағы маңызды диагностикалық белгі болып клиникалық көрінісі әртүрлі және жеткілікті спектрі бар буыннан тыс белгілердің саналады. Буыннан тыс белгілердің сипаты басты болып кей жағдайда буын синдромын шешудің кілті бола алады (подагра кезіндегі тофустар, РА кезіндегі ревматоидты түйіндер, анкилоздаушы спондилоартрит кезіндегі ириттер мен иридоциклиттер және т.б.).

Буындардың ауырсынуы - ТҚА біріншілік немесе екіншілік зақымдануын көрсететін басты патологиялық симптомдардың бір болып табылады. Ауырсынудың пайда болуы буындарды құрайтын (синовий қабықшасы, капсула, сүйек, байлам) құрылымдардағы жүйке түйіндерінің тітіркенуімен тікелей байланысты болады. Көбіне буын ауырсынуы жиі артроз кезінде 80% жағдайда ерекшеленеді. Ауырсыну синдромының себебі болып жиілігі бойынша екінші орында - буындардың қабыну аурулары - артриттер табылады. Артриттер негізінде жүйке ұштарына бай синовий қабықшасынан жиі басталатын патологиялық үрдіс жатыр. Буындар ауруы басқа да мүшелер мен жүйелер (артралгиялар) ауруларында кездесуі мүмкін.

**Остеоартроздың Халықаралық аурулар жіктемесі бойынша жіктелуі
(ХАЖ Х) (Женева 1995ж)**

1. Остеоартроз

2. Хаттама коды:

3. ХАЖ-10 бойынша код (кодтар):

М 15 Полиартроз

- М 15.0 Біріншілік жайылмалы ОА
- М 15.1 Геберден түйіндері (артропатиямен)
- М 15.2 Бушар түйіндері (артропатиямен)
- М 15.3 Екіншілік көптеген артроз
- М 15.4 Эрозивті ОА
- М 15.8 Басқа полиартроз
- М 15.9 Анықталмаған полиартроз

М 16 Коксартроз (жамбас-сан буынының артрозы)

- М 16.0 Біріншілік екі жақты коксартроз
- М 16.1 Басқа біріншілік коксартроз
- М 16.2 Екі жақты дисплазия нәтижесіндегі коксартроз
- М 16.3 Басқа диспластикалық коксартроз
- М 16.4 Жарақаттан кейінгі екі жақты коксартроз
- М 16.5 Жарақаттан кейінгі басқа коксартроздар
- М 16.6 Басқа екіншілік екі жақты коксартроз
- М 16.7 Басқа екіншілік коксартроз
- М 16.9 Анықталмаған коксартроз

М 17 Гонартроз (тізе буынының артрозы)

- М 17.0 Біріншілік екі жақты гонартроз
- М 17.1 Басқа біріншілік гонартроз
- М 17.2 Жарақаттан кейінгі екі жақты гонартроз
- М 17.3 Басқа жарақаттан кейінгі гонартроз
- М 17.4 Басқа екіншілік екі жақты гонартроз
- М 17.5 Басқа екіншілік жақты гонартроз
- М 17.9 Анықталмаған гонартроз

М 18 Бірінші білезік-алақан буынының артрозы

- М 18.0 Бірінші білезік-алақан буынының екі жақты біріншілік артрозы
- М 18.1 Бірінші білезік-алақан буынының басқа да біріншілік артрозы
- М 18.2 Бірінші білезік-алақан буынының екі жақты жарақаттан кейінгі артрозы
- М 18.3 Бірінші білезік-алақан буынының басқа да жарақаттан кейінгі артрозы
- М 18.4 Бірінші білезік-алақан буынының екі жақты басқа да екіншілік артрозы

- М 18.5 Бірінші білезік-алақан буынының басқа да екіншілік артрозы
 М 18.9 Бірінші білезік-алақан буынының анықталмаған артрозы

М 19 Басқа артроздар

ОСТЕОАРТРОЗ КЕЗІНДЕГІ БУЫН СИНДРОМЫ

Остеоартрозы (ОА) бар науқастардағы буын синдромы бірқатар белгілермен сипатталады (жүрісінің бұзылуы, буын қозғалысының шектелуі, буын ісінуі, буын деформациялануы). Қарау кезінде буынның дегенеративті зақымдануының жиі көрінісі болып сүйек өзгерісі себебінен дамиды буын деформациясы байқалады.

ОА жиі клиникалық көрінісі мен асқынулары болып ауырсынудың күшеюімен қоса жүретін реактивті синовит табылады. Синовитқа қозғалыс және тыныштықтағы буын ауырсынуынан басқа таңертеңгі құрысулық, буын ісінуі, жергілікті тері температурасының жоғарылауы тән. ОА негізгі симптомдары мен белгілері 7 кестеде берілген.

7 кесте - ОА негізгі симптомдары мен белгілері

Симптом	Белгі
Қозғалыс кезінде буын ауырсынуы (тыныштықта, түнде), сезімталдық	Буын бетінің шеттерінде сезімтал нүктелердің болуы
Тыныштықтан кейінгі қозғалудың басында құрысу ("гель сезімі") (таңертеңгі құрысу 30 минуттан аз)	Буын ісінуі
Қозғалу кезінде қиналу (әсіресе олардың кейбірін орындау кезінде)	Өрескел крепитация (шыртылдау немесе қозғалыстың шектелуі)
Сенімсіздікті немесе тұрақсыздықты сезіну	Жеңіл қабыну симптомдары (суық су сінділену)
Күшті орындау кезіндегі функционалдық бұзылыстар мен қиналыстар	Пальпациялау кезінде буын аймағында тығыздықтың сезілуі. Тұрақсыздық (сүйектің/буынның айқын ауыр деструкциясы)

Остеоартрозды диагностикалаудың клиникалық критерийлері

Буындарда ауырсынудың болуы оның орналасуын, интенсивтілігін, сипатын, ауырсынудың пайда болуы мен түрін анықтауды қажет етеді. Остеоартроз диагнозы денсаулықпен байланысты мәселелер мен аурулардың халықаралық статистикалық жіктелуі (АХЖ - 10, 1995) негізінде анықталады. Реактивті синовит айқындылығын бағалау үшін М.Г. Астапенко құрастырған критерийлер қолданылады. Қарау кезінде буын индексі анықта мен пальпация жүргізіледі.

Остеоартроз диагнозын верификациялау кезінде сонымен қатар МҒРА ревматология институты ұсынған (8 кесте) синдромдық унифицирленген критерийлері де қолданылады. Әрбір критерийдің шартты бірлігінің сомасы есептеліп (рентгенологиялық белгілерді қоса) жалпы шегі бар мағыналармен салыстырылады. 8 және одан да көп сомада диагноз нақты деп саналады, 4 - 7 дейін - мүмкін, 3 және одан аз бірлік болғанда остеоартроз диагнозы дәлелденбейді.

8 кесте - Остеоартроз және омыртқааралық остеоартроздың диагностикалық критерийлері

№	Клиникалық белгілер	Белгі салмағы (шартты бірлік)
Остеоартроз		
1	Буын ауырсынуының күннің соңы және/немесе түннің бірінші жартысында пайда болуы	1
2	Буын ауырсынуының механикалық күштен кейін пайда болып тыныштықта азаюы	2
3	Сүйек өсінділері, Геберден түйіндері себебінен буын деформациялануы	4
Қабырғааралық остеоартроз		
1	Омыртқа ауырсынуының күннің соңы және/немесе түннің бірінші жартысында пайда болуы	1
2	Ауырсынудың омыртқаға механикалық күш түскеннен кейін күшеюі	2
3	Мойын лордозының тік болуы немесе кез келген омыртқа сегменті аймағында жергілікті кифоз себебінен омыртқа деформациялануы	4

Диагноз критерийлері

- Буындарда механикалық типті ауырсынулар буынға салмақ түскенде, көбіне кешке қарай, суықтанғанда пайда болып, тыныштықта және түнде басылады. Субарахноидальды бөлімде венозды іркілу болғанда таңертеңгі уақытта пайда болып жоғалатын "тамырлық" меңіреулік ауырсынулар кездесуі мүмкін;
- Науқастың бірінші қадамында пайда болып, кейін жойылатын, салмақ түскенде қайта пайда болатын буындардағы "сартты" ауырсынулар;
- Буындардың кезеңді «қатаюы» - «буындық тышқанмен» (остеофиттер бөлшегі немесе шеміршек бөлігі) байланысты шамалы қозғалу кезінде буындардың өте қатты ауырсынуы. Буын беткейінен "тышқанды" алып тастауға әкелетін нақты қозғалыстар кезінде ауырсыну жоғалады;
- Тексеру кезінде буын көлемінің ұлғаюын және деформациялануын, жергілікті температураның жоғарылауын, қозғалыстың шектелуін, пассивті және активті қозғалыстар кезіндегі крепитацияны анықтауға болады;
- Жүйелік көріністер болмайды;
- Жамбас-сан буынынан басқа буын қозғалысының салыстырмалы шамалы шектелуі. Құрысу қысқа уақытты болады. Жамбас буындары зақымданған кезде «үйрек жүрісі» пайда болады, аяқтар қасқаруы себебінен ақсаңдайды;
- Анамнезінде буынға механикалық күштің немесе жарақаттың, буындар қабынуының немесе метаболиттік ауруларының болуы;
- Науқаста статиканың бұзылуы, нейроэндокринді аурулардың, жергілікті қан айналым бұзылысы, ата-анасында артроздың болуы;
- Рентгенологиялық критерийлер – буын саңылауының тарылуы, буын шеміршегіне жақын жатқан сүйектер склерозы, буын беткейі шетімен және байламдар байланысқан жерлерде остеофиттер, эпифизде жылан көздер, эпифиз пішінінің өзгеруі;
- Фаланга аралық буындарда Геберден, Бушар түйіндерінің болуы.

Остеоартроз диагнозының критерийлері (Althman R.D., 1995)

А. Коксоартроз диагнозының критерийлері

1 вариант. Жамбас буыны ауырсынуының ұзақтығы өткен айдың жартысынан ұзақ болуы. Минимум 2 және 3 критерийдің болуы:

1) ЭШЖ 20 мм\сағ аз

2) жамбас сүйегі басының және/немесе жамбас басы ойығының остеофиттері

3) буын саңылауының тарылуы

2 вариант. Жамбас буыны ауырсынуының ұзақтығы 2 апта және одан да ұзақ болуы. Минимум 3 және 4 критерийдің болуы:

- 1) сыртқы ротацияның азаюы
- 2) ішкі ротация кезінде ауырсынудың пайда болуы
- 3) таңертеңгі құрысулық 60 мин аз
- 4) жасы 50 жастан асқан

Б. Алақан сүйектері остеоартрозы диагнозының критерийлері

1 вариант. Алақан ұсақ буындарының ауырсынуы ұзақтығы мен таңертеңгі құрысулық өткен айдың жартысынан ұзақ болуы және/немесе бірден көп фалангаралық буындар көлемінің бірқатар ұлғаюы

2 вариант. 2 буын және одан көп буындар көлемінің бірқатар ұлғаюы. 2 саусақ фалангалары буындарында және одан аз буындарда ісінудің болуы, 10 буындардың біреуінен де көп буынының деформациялануы.



1 сурет - Алақан буындарының остеоартрозы



2 сурет - Тізе буындарының остеоартрозы

Остеоартроз диагностикасының рентгенологиялық критерийлері (Косинская Н.С., 1961 ж.)

Остеоартроздың рентгенологиялық диагностикасы Н.С. Косинская (1961) критерийлеріне сай жүргізіліп, соның арқасында остеоартроздың рентгенологиялық кезеңі де анықталады. Критерийлер бірнеше белгілерден тұрады:

1. Буын беткей жиегіндегі остеофиттер.
2. Буын шеміршегінің оссификациясы.
3. Буын саңылауының тарылуы және субхондральді остеоосклероз.
4. Субхондральді сүйекте склерозды қабырғалары мен киста тәрізді ағарулар.

Остеоартроздың рентгенологиялық жіктелуі 3 кезеңнен тұрады:

I кезең – буын шетімен шамалы сүйектік өсулер, кейін эпифизбен қосылатын буын шеміршегі оссификациясының аралшықтары, буын саңылауының шамалы тарылуы;

II кезең – айқын сүйектік өсулер, қалыптымен салыстырғанда буын саңылауының 2-3 есе тарылуы, субхондриальді склероз;

III кезең – буын саңылауының толық жоғалуы, эпифиздің буын беткейінің айқын деформациясы және қалыңдауы, үлкен жиектік өсулердің әсерінен буын беткейінің кеңеюі «буындық тышқандар» - буын қапсуласы және периартикулярлы тінге енген сүйек аймақтары.

ТБОА рентгенологиялық ауырлығын бағалау үшін Kellgren мен Lawrence рентгенологиялық критерийлері (K. Brandt бойынша, 2000)

Омыртқа бағанасының барлық элементтерінің жағдайын сипаттау үшін 2 перпендикулярлы проекцияда жасалатын омыртқа рентгенографиясы әдісі қолданылады. Остеоартроз бен омыртқааралық остеоартроздың рентгенологиялық белгілерінің салмағы шартты бірліктермен бағаланады (9 кесте).

9 кесте - Рентгенологиялық ауырлығын бағалау үшін Kellgren мен Lawrence кезеңдік критерийлері

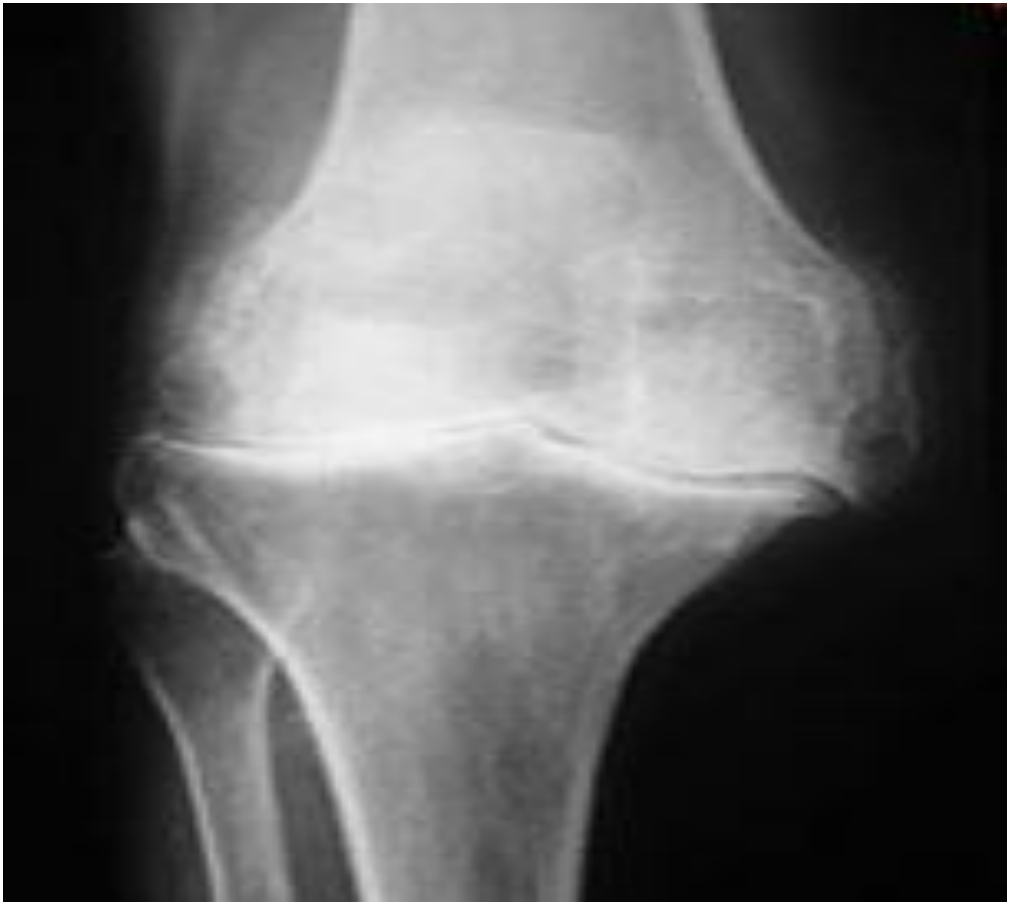
Кезең	Ауырлығы	Рентгенологиялық белгі
0	Анықталмайды	Анықталмайды
I	Күмәнді	Ұсақ остеофиттер, мағынасы күмәнді
II	Минимальді	Айқын остеофиттер, буын саңылауы өзгермеген
III	Баяу	Буын саңылауының шамалы тарылуы
IV	Ауыр	Буын саңылауы айқын тарылған, субхондральді сүйек склерозы



3 сурет - Коксоартроз кезіндегі шеткері өсінділер (остеофиттер)



4 сурет - Диспластикалық коксоартроз кезіндегі жамбас басы мен жамбас басы ойығының кистозды өзгерісі



5 сурет - Гонартроздың III рентгенологиялық кезеңі



6 сурет - Артроскопия кезіндегі буын қуысындағы шеміршек фрагменті

Буын қызметінің бұзылуын анықтау (Нестеров Н.А., 1970)

Жеңіл дәрежесінің сипаты:

- жамбас немесе тізе буыны қызметінің жеңіл немесе баяу бұзылуы (қалыпты жағдайдан 1/3 аз);
- контрлатеральді аяқтары мен омыртқасында өзгерістер болмайды немесе баяу байқалады (I және II дәреже);
- ұзақ қашықтыққа қосымша тіреуішсіз жүреді;
- ұзақ уақыт жүргеннен кейін ақсаңдайды;
- жамбастың ортадан бір бөлігінде 1-2 см бұлшықет гипотрофиясы болуы;
- бұлшықет күшінің 40% дейін азаюы;
- аяқтарының 2-4 см дейін қысқаруы;
- жүру темпінің азаюы – 1 минутына 70-90 қадам.

Баяу дәрежесінің сипаты:

- буындардың баяу, кейде айқын контрактурасы;
- басқа буындардың дегенеративті өзгерістері (II кейде III дәрежелі);
- омыртқада неврологиялық бұзылыстарсыз өзгерістің болуы;
- қосымша тіреуішті сирек қолданады (таяқ);
- үнемі, түрлі айқынды ақсаңдау (демалыссыз 1-1,5 км жүру);
- жамбас бұлшықетінің гипотрофиясы 3-5 см;
- бұлшықет күшінің 40 - 70% дейін азаюы;
- аяқтарының 4-6 см дейін қысқаруы;
- жүру темпінің азаюы – 1 минутына 45-55 қадам.

Айқын дәрежесінің сипаты:

- буындардың айқын немесе өте айқын контрактурасы;
- омыртқаның, басқа буындардың айқын дегенеративті өзгерістері (II және III дәрежелі);
- қосымша тіреуішті үнемі қолданады (таяқ, балдақ);
- айқын ақсаңдау (демалыссыз 0,5 км жүру);
- жамбас бұлшықеті мен балтыр гипотрофиясы - 6 см және одан да көп;
- аяқтарының 7-9 см дейін қысқаруы;
- жүру темпінің азаюы – 1 минутына 25-35 қадам.

Ажыратпалы диагностика алгоритмі

10 кесте - Остеоартроз кезіндегі ажыратпалы диагностика

Ауру	Жыныстар қатынасы	Сыртаттың басталу жасы	Орналасуы	Қосымша симптомдары
Біріншілік остеоартроз	Ә:Е- 6:1	50 жастан жоғары	Алақанның дистальді фалангаралық буындары, сирек проксимальді фалангаралық, үлкен саусақтың алақан-білезік буыны. Үлкен бақайдың табанфаланг буындары. Омыртқаның мойын және бел бөлімдері. Жамбас және тізе буындары	Ауырыну кешке қарай күшейіп тыныштықта басталады.
Ревматоидты артрит	Ә:Е- 3:1	30-50 жас	Симметриялық артрит. Алақанның проксимальді фалангаралық буындары. Алақан-фаланг буындары. Білек пен білезік буыны. Тобық буындары	Ауырыну тыныштықта күшейіп қозғалыста азаяды. Таңертеңгі құрысулық жалпы симп томдар. Білезік каналының синдромаы. Ішкі мүшелердің зақымдануы.
Ішектің қабыну аурулары кезіндегі артриттер	Жилігі бірдеі	Кез келген жас	Жамбас, тізе және тобық буындары. Сегізкөз-мықын буындары. Табан буындары	Бейспецификалық ойық жаралы колит немесе Крон ауруының басқа да симптомдары
Реактивті артриттер және Рейтер синдромы	Реактивті артриттер: Е:Ә – 20:1. Рейтер синдром: Е:Ә – 1:1	15-30 жас	Жамбас, тізе және балтыртабан буындары. Сегізкөз-мықын буындары. Табан буындары	Артриттің алдында ішек инфекциясы немесе жыныс жолдары инфекциясы болады. Энтеропатиялар
Подагра	Е:Ә – 20:1	Е: 40-60 жас. Ә: 60 жастан жоғары	Үлкен бақайдың табанфаланг буыны. Аяқтың басқа да буындары. Остеоартрозда - алақанның дистальді фалангаралық буындары	Синовиальді сұйықтықта урат кристалдарының болуы. Гиперурикемия. Тофустар. Диуретиктерді қабылдағанда, әсіресе карт адамдарда байқауға болады.

**Остеоартроз кезінде жүргізілетін негізгі және қосымша
диагностикалық шаралардың тізімі**
(ДД РО сараптамалық кеңесі отырысының №5 хаттамасы 03.09.2013)

Негізгі диагностикалық шаралардың тізімі:

- Жалпы клиникалық сынамалар: қанның жалпы анализі, зәрдің жалпы анализі.
- Биохимиялық сынамалар: бауыр ферменттерінің (АЛТ, АСТ), креатинин, жалпы белок, глюкоза белсенділігі.

Қосымша диагностикалық шаралардың тізімі:

1. Буын пункциясы, синовиальді сұйықтықты зерттеу
2. Невропатолог кеңесі
3. ФГДС
4. Бауыр мен бүйрек УДЗ
5. Зақымданған буындар рентгенографиясы
6. Буындар МРТ – егер жарақататтық зақымдануға күмәнданғанда
7. Денситометрия (көрсеткіш бойынша)

Ауруханаға жоспарлы түрде жіберу алдындағы зерттеулердің қажетті көлемі:

- ҚЖА;
- қанның биохимиялық анализі (креатинин, АЛТ, АСТ, жалпы және тура билирубин, жалпы холестерин, глюкоза, зәр қышқылы, СРБ, РФ);
- микрореакция;
- ЗЖА;
- ревматоидты фактор (IgM, IgG, IgA);
- екі баулы ДНК -ға IgG антиденелерін анықтау (Anti-dsDNA);
- циклдік цитруллин бар пептидке IgG антиденесін анықтау (anti-CCP);
- ЖЖБА-ға РИФ/ПЦР (хламидия, гонорея, трихомонада), егер оң нәтиже алынса ауруханаға дейін инфекция ошағын алдын ала жою қажет;
- флюорография, ЭКГ;
- зақымданған буындар рентгенографиясы, диагноз алғашқы қою кезінде жасалатын алақан рентгенографиясы;
- ФГДС;
- гинеколог/уролог қарауы, травматолог-ортопед кеңесі (ОА 3-4 кезеңінде).

Стационарда жүргізілетін негізгі диагностикалық шаралардың тізімі:

- СРБ, РФ, фибриноген, белок фракциялары, креатинин, триглицеридтер, липопротеидтер, АЛТ, АСТ;
- тізе буындарының R-графиясы;
- тізе буындарының УДЗ;

Стационарда жүргізілетін қосымша диагностикалық шаралардың тізімі:

- басқа буындардың R-графиясы – көрсеткіш бойынша;
- синовиальді сұйықтық анализі.

ЕРЕСЕКТЕРДЕГІ РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТ КЕЗІНДЕГІ БУЫН СИНДРОМЫ

1. Хаттама аты: Ревматоидты артрит

2. Хаттама коды:

3. АХЖ-10 бойынша кодтар:

M05 Серопозитивті ревматоидты артрит;

M05.0 Фелти синдромы;

M05.1 Өкпенің ревматоидты ауруы;

M05.2 Ревматоидты васкулит;

M05.3 Басқа мүшелер мен жүйелердің зақымдалуымен жүретін РА;

M06 Басқа да ревматоиды артриттер;

M06.0 Серонегативті ревматоидты артрит;

M06.1 Ересектердегі Стилл ауруы;

M06.9 Анықталмаған ревматоидты артрит.

Ревматоидты артрит кезіндегі буын синдромы науқастардың үштен бір бөлігінде моно немесе олигоартрит түрінде өтеді. Көбіне жиі (көбінде симметриялы) алақан буындарының (II және III алақан-фаланг пен проксимальді фалангалық буындары), табанфаланг, тізе, сәулелі сүйек пен білезік, тобық буындарының полиартриті байқалады. Ревматоидты моно немесе олигоартрит жиірек ер адамдар мен жасөспірімдерде кездесіп ағымы қатерсіз, тұрақты жеделдеу артритпен (жиі тізе буындары) сипатталады. Басқа да моноартриттермен ажыратпалы диагностиканы буындар рентгенографиясы, синовиальді сұйықтықты зерттеу арқылы, ал кей жағдайда синовиальді қабықшадан биопсия алу арқылы жүргізеді. Ажыратпалы диагностиканы жүргізу кезінде ескерілетін жағдай бұл РА ерекшелігіне жататын оның ағымының қайталамалы және үдемелі болуы, үрдіске жаңа буындардың біртіндеп қатысуы мен бұлшықет атрофиясының дамуы, периартикулярлы тіндердің зақымдануы, буындардың деформациялануы және олардың қызметінің бұзылуы.

РА кезіндегі висцеральді көріністер түрлі болып ревматоидты түйіндермен, дигитальді артериитпен, лимфоаденопатиямен, көкбауырдың ұлғаюымен, өкпе фиброзымен, полисерозитпен, бүйрек зақымдануымен (нефрит, алмилоидоз) көрінеді.

Ересектердегі Стилл синдромы РА-ң серонегативті түрінен тұрады және ол буын синдромымен қатар миалгиямен, жоғары безгекпен (39°C дейін), макулопапулезді бөртпемен, нейтрофильді лейкоцитозбен,

лимфоаденопатиямен, спленомегалиямен көрінеді. Бұл науқастарда жиі инфекциялардың болуын (септикалық үрдіс) болжап нәтиже бермейтін антибактериальді ем тағайындалады.

Белсенділік дәрежесі:

I - минимальді – буындарда әлсіз ауырсынулар, қысқа уақытты таңертеңгілік құрысулар (0,5-1,5 сағ дейін), буындардағы айқын емес экссудативті көріністер, буын үсті температура қалыпты болады, ЭШЖ 20 мм/сағ дейін жоғарылайды, қандағы лейкоциттер саны қалыпты, $\alpha 2$ - глобулиндер деңгейі 12% дейін жоғарылайды, СРБ +, фибриноген, сиал қышқылдарының көрсеткіштері шамалы жоғарылайды.

II - орташа – буындардағы ауырсынулар тек қозғалыста емес, тыныштықта да байқалады, құрысу түске дейін жалғасады, буындардағы қозғалыстың айқын ауырсынулы шектеледі, экссудативті көріністер тұрақты болады (ісіну, сұйықтықтың жиналуы, экссудация), ішкі мүшелердің зақымдануы айқын емес, дене температурасы субфебрильді болады. ЭШЖ 25 - 40 мм/сағ дейін жоғарылайды, қандағы лейкоциттер саны $(8-10) \cdot 10^9/\text{л}$, $\alpha 2$ - глобулиндер деңгейі 15% дейін жоғарылайды, СРБ ++, фибриноген, сиал қышқылдарының деңгейі айқын жоғарылайды.

III - жоғары – тыныштықтағы қатты ауырсынулар, буындардағы айқын экссудативті көріністер болады (айқын ісіну, гиперемия, тері температурасының жоғарылауы), құрысу күннің екінші жартысына дейін сақталады, қозғалыс айқын шектеледі. Ішкі мүшелердің белсенді қабыну үрдісімен зақымдануының белгілері (плеврит, перикардит, кардит, нефрит, т.б.) болады, дене температурасы жоғарылайды. ЭШЖ 40 мм/сағаттан жоғарылайды, қандағы лейкоциттер саны $(15-20) \times 10^9/\text{л}$, $\alpha 2$ - глобулиндер деңгейі 15% дейін жоғарылайды, СРБ +++, фибриноген, сиал қышқылдарының деңгейі күрт жоғарылайды.

РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТТИҢ ЖҰМЫС ЖІКТЕЛУІ (АРР, 2007)

Негізгі диагноз:

- Серопозитивті ревматоидты артрит (M05.8).
- Серонегативті ревматоидты артрит (M06.0).

Ревматоидты артриттің ерекше клиникалық түрлері:

- Фелти синдромы (M05.0);
- ересектерде дамыған Стилл ауруы (M06.1);
- мүмкін ревматоидты артрит (M05.9, M06.4, M06.9).

Клиникалық кезең:

- өте ерте кезең: ауру ұзақтығы <6 ай;
- ерте кезең: ауру ұзақтығы 6 ай – 1 жыл;
- жазылмалы кезең: РА тән симптоматикасы бар ауру ұзақтығы >1 жыл;

- кеш кезең: ауру ұзақтығы 2 жыл және одан да ұзақ + ұсақ және ірі буындардың айқын деструкциясы (III–IV рентгенологиялық кезең), асқынулардың болуы.

Сырқат белсенділігінің дәрежесі:

- 0 – ремиссия (DAS28<2,6);
- төмен (DAS28=2,6-3,2);
- II – орташа (DAS28=3,3-5,1);
- III – жоғары (DAS28>5,1).

Буыннан тыс (жүйелі) белгілер:

- ревматоидты түйіндер;
- терілік васкулит (ойық жаралы - некротикалық васкулит, тырнақ астының инфарктісі, дигитальді артериит, ливедо-ангиит);
- нейропатия (мононеврит, полинейропатия);
- плеврит (кұрғақ, сұйықталған), перикардит (кұрғақ, сұйықталған);
- Шегрен синдромы;
- көз зақымдануы (склерит, эписклерит, көз торшасының васкулиті).

Құралдық сипаттама:

Эрозиялардың болуы немесе болмауы (рентгенография, магнитті резонансты томография (МРТ), ультрадыбысты зерттеу (УДЗ) мәліметтері бойынша: эрозивті емес, эрозивті).

Рентгенологиялық кезең (Штейнброкер бойынша):

- I – буын маңының остеопорозы;
- II – буын маңының остеопорозы + буын саңылауының тарылуы, шамалы эрозиялар болуы мүмкін;
- III – алғашқы кезеңнің белгілері + көптеген эрозиялар+ буындардың шығып кетуі;
- IV – алғашқы кезеңдердің белгілері + сүйек анкилозы.

Қосымша иммунологиялық сипаттама – циклдік цитруллинирленген пептидке антиденелер (АЦЦП):

- Анти – ЦЦП – бар (+);
- Анти – ЦЦП – жоқ (-).

Функционалды класс (ФК):

I класс – өз өзін күту, кәсіби және кәсіби емес қызметпен айналысу мүмкіндігі толық сақталған.

II класс – өз өзін күту, кәсіби емес қызметпен айналысу мүмкіндігі толық сақталған, кәсіби қызметпен айналысу мүмкіндігі шектелген.

III класс – өз өзін күту мүмкіндігі сақталған, кәсіби және кәсіби емес қызметпен айналысу мүмкіндігі шектелген.

IV класс – өз өзін күту мүмкіндігі, кәсіби және кәсіби емес қызметпен айналысу мүмкіндігі шектелген.

Асқынулар:

- екінші ретті жүйелі амилоидоз;
- екінші ретті остеоартроз;
- остеопороз (жүйелі);
- остеонекроз;
- туннельді синдромдар (карпальді канал синдромы, шынтақ, асықты жілік жүйкелерінің жаншылуы);
- атлант-аксиальді буынның шығып кетуі, миелопатия, омыртқа мойын бөлігінің тұрақсыздығы;
- атеросклероз.

Түсініктеме

«Негізгі диагноз» рубрикасына. Серопозитивтілікті және серонегативтілікті анық сандық немесе жартылай сандық сынаманы (латекс-тест, иммуноферменттік, иммунонефелометрлік әдістер) қолдану арқылы ревматоидты факторға сынама анықтау арқылы анықтайды.

«Ауру белсенділігі» рубрикасына. Белсенділікті бағалау қазіргі талаптарға сай DAS28 индексін қолдану арқылы жүргізіледі, ол кезде 28 буындардың ауырсынуы мен ісінуі бағаланады: $DAS\ 28 = 0,56 \cdot \sqrt{(ABC)} + 0,28 \cdot \sqrt{(IBC)} + 0,70 \cdot \ln(\text{ЭОЖ}) + 0,014 \text{ ДЖЖБ}$, мұнда ABC – 28-дің ішінен ауырған буындардың саны; IBC – ісінген буындар саны; Ln – натуральді логарифм; ДЖЖБ – денсаулықтың жалпы жағдайы немесе науқастың пікірі бойынша Визуальді Аналогтық шкала (ВАШ) бойынша ауру белсенділігінің жалпы бағасы.

DAS28 >5,1 мағынасы аурудың жоғарғы белсенділігіне сай; DAS <3,2 – баяу/ төмен белсенділік; DAS < 2,6 мағынасы – ремиссияға сай. DAS 28 есептеу арнайы калькулятор көмегімен жүргізіледі.

«Құралдық сипаттама» рубрикасына.

Штейнбрoкeр бойынша PA-ң модифицирленген кезеңдері:

I кезең – буын айналасының остеопорозы, сүйектің буын бетінің субхондральді бөлігінде сүйек тінінің шамалы ұсақ жылауық тәріздес саңылаулардың (киста) болуы;

2 А кезең – буын айналасының остеопорозы, көптеген жылауықтар болуы, буын саңылауының тарылуы;

2 Б кезең – 2А кезеңінің түрлі дәрежемен көрінетін белгілері және буын бетінің шамалы эрозиялары (5 және одан да аз эрозиялар);

3 кезең – 2А кезеңінің түрлі дәрежемен көрінетін белгілері және көп эрозиялар (6 және одан да көп эрозиялар), буындардың шығып кетуі және жартылай шығуы;

4 кезең – 3 кезеңнің симптомдары және буындар анкилозы.

«Функционалды топ» рубрикасына. Мінездемелерді сипаттау. Өз өзін күту - киіну, тамақ ішу, өзін күту және т.б. Кәсіби емес қызметі - шығармашылық және/немесе дем алу және кәсіби қызметі - жұмысы, оқуы, үй шаруашылығын жүргізу - жасы мен жынысына байланысты науқас үшін қажет.

АҒЫМ ВАРИАНТТАРЫ

Буындар деструкциясының үдеу сипаты және буыннан тыс (жүйелі) белгілері бойынша РА ағымы вариабельді болып келеді:

- ұзақ спонтанды клиникалық ремиссия (< 10%);
- интермиттирлеуші ағымы (15-30%): үрдіске басқа да зақымданбаған буындардың қатысып асқынуымен ауысып көрінетін кезеңді түрде дамитын толық немесе жартылай ремиссия (спонтанды немесе емдеумен индуцирленген);
- үдемелі ағымы (60-75%): буындар деструкциясының күшеюі, жаңа буындардың зақымдануы, буыннан тыс (жүйелі) белгілердің дамуы;
- жедел үдемелі ағымы (10-20%): ауру белсенділігінің үнемі жоғары болуы, буыннан тыс (жүйелі) белгілердің ауыр болуы.

Ерекше клиникалық түрлері

Фелти синдромы - буындардың ауыр деструктивті зақымдануымен жүретін, тұрақты лейкопения мен нейтропения, тромбоцитопения, спленомегалиямен көрінетін, буыннан тыс жүйелі белгілердің (ревматоидты түйіндер, полинейропатия, балтырдың созылмалы трофикалық ойық жаралары, өкпе фиброзы, Шегрен синдромы) болуымен, инфекциялық-қабыну асқынуларының даму қаупі жоғарылауымен сипатталатын симптомокомплекс.

Ересектердегі Стилл ауруы - буын синдромының ауыр тез үдеуімен сипатталатын, жаппай лимфоаденопатия, макуло тәрізді бөртпе, жоғары лабораторлық белсенділік, айқын арықтау, ремиттирлеуші, интермиттирлеуші немесе сепсис сипатты ұзақ безгектің болуымен, РФ және АНФ бойынша серонегативтілігімен көрінетін РА ерекше бір түрі.

Ювенильді ревматоидты артрит (ЮРА)

ЮРА кезіндегі буын синдромының бірқатар клиникалық ерекшеліктері бар және оның біріншісі болып артриттің тұрақты болуы жатады. ауырсыну тек қозғалыста пайда болады. Буындар пальпациялау кезінде ауырмайды, тек егер өте айқын экссудативті өзгерістер болған сирек жағдайларда ғана ауырады. Таңертеңгі құрысулықтың айқындылығы мен ұзақтығы түрлі дәрежемен сипатталады (оншақты

минуттан бірнеше сағатқа дейін). Көбіне таңертеңгі уақытта айқын болатын кейде артралгияның түрлі ырғағын байқауға болады. Жиірек олигоартрит (50% жағдайда) пен полиартрит (40%) кездеседі.

Ювенильді анкилозаушы спондилит пен Стилл синдромы (ішкі мүшелердің зақымдануымен жүретін аурудың ауыр түрі) 10% науқаста кездеседі. Стилл синдромы көбіне балаларда кездеседі.

Диагностикалық критерийлер:

- аурудың 16 жасқа дейін басталуы;
- үш айдан ұзақ сақталатын моно- немесе полиартрит;
- ЮРА-қа жалпы белгілері айқын емес жеделдеу басталу тән. Алғашқы симптомдары болып зақымданған буындар қызметінің бұзылуы, сирек - олардың конфигурациясының өзгеруі тән. Барлық балаларда сұрастыру кезінде таңертеңгі құрысулық анықталады, ал жасы кіші балаларда ата-аналардың өздері баланың таңертеңгі уақытта зақымданған буынды икемге келтіре алмайтынын, ал күндіз бен кешке қарай буын қозғалысының толық қалпына келетінін байқайды. Көбіне аяқтарының ірі буындары ауырады, олардың ішінде бірінші орында тізе буыны тұр, оң жақ тізе буыны сол жаққа қарағанда 3 есе жиі зақымданады. Екінші орынды жиілігі бойынша тобық буындары алады. Қалған буындар (жамбас, білек, алақан мен табанның ұсақ буындары) сирек зақымданады.

- Тізе буындарының зақымдану кезінде көбіне буынды максимальді жазу шектеледі, ал максимальді бұғу сирек болады, тобық пен білезік буындары зақымданғанда - максимальді бұғу мен жазу, жамбас буынында - буынды әкету мен ротациялық қозғалыстар шектеледі.

- Бірнеше ірі буындар зақымданғанда сырқат бірден, жиі жедел басталады. Клиникалық көрінісінде жеткілікті айқын полиартритті синдроммен қатар (айқын ауырсыну реакциясы, буындар конфигурациясының өзгеруі, қызметтің бұзылуы) дене қызуының көтерілуі, интоксикацияның айқын белгілері болады. Лабораторлық көрсеткіштер барлық жағдайда қатты өзгереді. Бұл науқастарда кейін буын синдромының тұрақтылығы, оның нашар курабельділігі, патологиялық үрдіске басқа буындар мен ішкі мүшелердің қатысуы дамиды. Науқастардың жартысынан көбінде сырқаттың алғашқы жылында сүйек деструкциясы тіркеледі, ал кейін анкилоздар дамуы мүмкін.

- Патологиялық үрдіс алақан мен табанды қамтыған кезде алғашқы кезеңде байқаусыз өтеді және бірінші шағымдары болып мыналар табылады: таңертеңгі құрысулық, ыңғайсыздық және буын конфигурациясының өзгеруі. Объективті тек буындардың пролиферативті өзгеруі басым болады. Көбіне зақымданудың мұндай түрін мектеп жасындағы балаларда және жасөспірімдерде байқауға болады. Лабораторлы көрсеткіштері бойынша белсенділік сирек байқалады және ешқашан жоғары дәрежеге жетпейді.

- Висцеральді көріністері ішінде көбіне миокардит немесе миоперикардитпен көрінетін жүрек зақымдануы жиі кездеседі. Науқастардың жартысында өтпелі гематурия мен протеинурия түрінде көрінген зәр өзгерістері байқалады. Басқа ішкі мүшелердің зақымдануы сирек кездеседі.

- Сырқаттың жедел кезеңінде шеткері қан жағынан лейкоцитоз, кейде - гиперлейкоцитоз, сол жаққа ығысқан нейтрофилез, ЭШЖ айқын ұлғаюы кездеседі. Белсенділіктің басқа да көрсеткіштері (протеинограмма, сиал қышқылдары және т.б.) қатты өзгереді.

- Көзден басқа ішкі мүшелердің зақымдануы сирек болады. ЮРА мұндай түрлеріне тоқтала кеткен жөн, себебі олар мүгедектікке алып келіп тек балаларға ғана тән болады.

Балалардың ревматоидты артриті кезіндегі созылмалы иридоциклит

Созылмалы иридоциклит көбіне кіші жастағы балаларда дамиды (2-4 жас) және моно- немесе олигоартриттік түрлерінде ғана кездеседі. Окулисттің арнайы бақылауындағы моноартриті бар 1/3 балаларда, ал олигоартритте - 1/6 науқастарда көз зақымдануының қандай да бір дәрежесі болады. Созылмалы иридоциклиттің алғашқы белгілері жай клиникалық бақылау кезінде анықталмауы мүмкін, оның үстіне науқастардың бестен бір бөлігінде көз зақымдануы буын зақымдануының алдында кездеседі. Созылмалы иридоциклиттің ең белсенді ағымы буын зақымдануының шамалы белсенділігі бар науқастарда байқалады.

Көздің қатты зақымдануы кезінде байқалатын алғашқы клиникалық белгілеріне баланың көру қабілетінің төмендеуіне, "көзінде құм болу" сезімінің болуына шағымдану жатады. Объективті түрде көз алмасының күшейген тамырлы суретін, синехиялар есебінен көз қарашығының өзгеруін, осы себептен зақымданған көздің жарыққа көру реакциясының нашарлауын байқауға болады.

Стилл синдромы

ЮРА бар 7-10% балаларда жүйелі ауру ретінде басталады. Ағымның мұндай түрін Стилл ауруы (синдромы) деп атайды. Алғашқы және ең айқын клиникалық белгілері болып жоғары гектикалық безгек, лимфа түйіндерінің жаппай ұлғаюы, бауыр, кейде көкбауыр ұлғаюы табылады. Науқастардың жартысында сырқаттың алғашқы кезеңінде ішкі мүшелердің зақымдануын анықтауға болады: бүйрек - гломерулонефрит, өкпе - интерстициальді пневмония, жүрек - миокардит және басқа мүшелердің зақымдануы түрінде болады. Балалардың көпшілігінде түрлі сипатты бөртпелерді байқауға болады, ол түрлі балаларда ғана емес, сонымен қатар оны бір баладан да көруге болады. Науқастардың жартысында аурудың басында буын аппаратының

зақымдануы айқын экссудативті компонентпен бірге жүреді. Буын зақымдануының айқындылығына байланысты мұндай балалар остеомиелитке күмән тудырып хирургиялық стационарға түседі. Науқастардың екінші жартысында буын синдромы клиникалық белгілердің басталғанынан кейін 2-3 апта кеш пайда болады. Мұндай жағдайда ол айқын көрінбейді. Ауру үнемі гиперлейкоцитозбен, сол жаққа ығысқан нейтрофилезбен өтеді, кейде қаназдық байқалады, ЭШЖ күрт жоғарылайды, патологиялық үрдіс белсенділігінің басқа да көрсеткіштері қатты өзгереді.

Өзінің әрі қарай ағымы бойынша Стилл варианты ең жағымсыз түрге жатады. Дұрыс емдеу кезінде аурудың жалпы көріністері кетеді және бірінші орынға емдеуге нашар көнетін буын зақымдануы, басқа түрлеріне қарағанда ағымы тез, сүйек тінінің деструкциясы және тірек-қимыл аппараты бойынша науқастардың мүгедектенуі ие болады. Науқастардың жартысында ішкі мүшелердің зақымдануы, әсіресе бүйрек зақымдануы анықталады. Осы топтағы балаларда кейін ЮРА қауіпті асқынуы амилоидоз дамиды.

РА диагностикалық критерийлері

Ревматолог РА диагнозын қою үшін ревматологтардың Америкалық лига критерийлерін қолдану керек (1997).

Ревматологтардың Америкалық лига критерийлері (1997).

1. Таңертеңгі құрысулық - 6 апта бойы ұзақтығы бір сағаттан кем емес сақталатын буындар аймағы мен буын маңы тіндерінің таңертеңгілік құрысулары.

2. 3 және одан да көп буындардың артриті - 3 буында дәрігермен анықталған буын маңы тіндерінің ісінуі немесе буын қуысында сұйықтықтың жиналуы.

3. Алақан буындарының артриті - буындардың мына келесі топтарының біреуінде ісінудің болуы: саусақ-фалангалық, білек-білезік және проксимальді фаланга аралық буындар.

4. Симметриялы артрит - буындардың екі жақты зақымдалуы (саусақ-фалангалық, проксимальді фаланга аралық, табан-фаланг буындары).

5. Ревматоидты түйіндер - көбінесе дененің шығыңқы учаскелерінде, бүгілетін беттерде немесе буын айналасында орналасатын теріасты түйіндері (дәрігермен анықталған).

6. РФ - қан сарысуындағы РФ титрінің артуын кез келген әдіспен байқау.

7. РА үшін типті рентгенологиялық өзгерістер: саусақ және аяқ басы буындарында орналасатын және клиникалық зақымдалған

буындарда аса байқалатын жалақ жара немесе буын айналасының остеопорозы.

РА диагнозы 7 критерийден кем дегенде 4-і болған кезде қойылады, бұл кезде біріншіден төртіншіге дейінгі критерийлер кем дегенде 6 апта бойы сақталуы қажет.

Жаңа диагностикалық критерийлер үшін параметрлердің төрт тобы іріктелді, әрбір параметр көп өлшемді статистикалық талдау негізінде айқын баллды алды, 6 және одан көп баллды қосқанда РА нақты диагнозы қойылады.

Қосымша патологиясы бойынша, алдында қандай ем алғаны жөнінде, жағымсыз қылықтарының болуы туралы мәлімет жинау керек.

АУРУДЫҢ БАСТАЛУ ТҮРЛЕРІ

Ауру басталуының түрлі варианттары бар. Көп жағдайда ауру полиартриттен басталады, кейде артрит көрінісі баяу болуы мүмкін. Буындардың клиникалық айқын зақымдануының алдында артралгиялар, буындардағы таңертеңгі құрысулық, жалпы жағдайдың нашарлауы, әлсіздік, арықтық, субфебрильді дене қызуы, лимфаденопатия басым болады.

Біртіндеп басталатын симметриялы артрит (бірнеше ай бойы) алақанның ұсақ буындарында ауырсыну мен құрысулықтың күшеюімен сипатталады.

Жедел полиартрит алақан мен табан буындарын зақымдап, таңертеңгі айқын құрысулықпен көрінеді (көбіне қанда таңертеңгі уақытта РФ анықталады).

Тізе немесе иық буындарының моно-, олигоартриті кейін үрдіске алақан мен табан ұсақ буындарының тез қатысуымен сипатталады.

Ірі буындардың жедел моноартриті септикалық немесе микрокристалды артрит тәрізді болады.

Айқын жүйелі көріністері (фебрильді қызба, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия) бар жедел олиго- немесе полиартрит жиі жас науқастарда байқалады (ересектерде Стилл ауруын еске түсіреді).

"Палиндромды ревматизм": алақан буындарында, сирек тізе және шынтак буындарында жедел симметриялық полиартриттің көп қайталамалы шабуылдауы; бірнеше сағатқа немесе күнге созылып толық жазылумен аяқталады.

Қайталамалы бурсит пен тендосиновит, әсіресе білезік буындары аймағында жиі болуы.

Қарттардағы жедел полиартрит: ұсақ және ірі буындардың көп зақымдануы, айқын ауырсынуы, диффузды ісіну мен қозғалыс шектелуі. «RSPE-синдром» атауын алды (Remitting Seronegative symmetric synovitis with Pitting Edema - "жастық тәрізді" ісінуі бар ремиттирлеуші серонегативті симметриялық синовит).

Жалпыламалы миалгия: құрысу, депрессия, екі жақты білезік каналы синдромы, арығу (көбіне қарт адамдарда дамып ревматикалық

полимиалгияны еске салады); РА мұндай клиникалық белгілері кеш дамиды.

БУЫНДАР ЗАҚЫМДАНУЫ

Аурудың дебютіне жиі тән белгілер:

- ауырсыну (пальпация және қозғалыс кезінде) және зақымданған буындардың ісінуі (буын қуысына су жиналуына байланысты);
- алақанды қысу күшінің азаюы;
- буындардағы таңертеңгі құрысулық (ұзақтығы синовит айқындылығына байланысты);
- ревматоидты түйіндер (сирек).

Аурудың жайылған және соңғы кезеңіне жиі тән белгілер:

Қол ұшы: көбіне ауру басталғаннан кейін 1-5 жылдан соң дамиды, буындардың алақан сүйектер бунақтық ульнарлық девиациясы; қол ұшы саусақтарының «бутоньерка» типі бойынша (проксималды бунақаралық буындарда бүгілу) немесе «аққу мойын» (проксималды бунақаралық буындарда қайта бүгілу); қол ұшының «лорнет» тәрізді деформациясы.

Тізе буындары: бүгілулік және вальгустық деформация, Бейкер жылауығы.

Табандар: табан сүйек бунақтық буын бастарының шала таюы, латералдық девиация, басбармақтың деформациясы.

Омыртқаның мойын бөлігі: сирек жағдайда жұлын немесе омыртқалық күретамырдың компрессиясымен асқынатын, атлантаксиалды буын айналасындағы шала таюулар.

Сақина тәрізді: дауыстың жуандауы, ентікпе, дисфагия, рецидив беретін бронхит.

Байламдық аппарат және синовиалды сөмкелер: кәріжілік білезік буыны мен қол ұшы айналасындағы тендосиновит, жиірек шынтақ буыны айналасында; тізе буынының артқы бетінде дамиды синовиалды жылауық (Бейкер жылауығы).

БУЫННАН ТЫС БЕЛГІЛЕР

Конституционалды симптомдар: жайылған әлсіздік, дімкәстік, жүдеу (кахексияға дейін), субфебрильді қызба.

Жүрек-қан-тамыр жүйесі: перикардит, васкулит, жүрек қақпақшаларының гранулематоздық зақымдануы (өте сирек), атеросклероздың ерте дамуы.

Өкпе: плеврит, өкпенің интерстициалды ауруы, облитерлеуші бронхиолит, өкпедегі ревматоидтық түйіндер (Каплан синдромы).

Тері: ревматоидтық түйіндер, тері қалыңдауы мен гипотрофиясы, васкулит, торлық ливедо, тырнақтық ложа айналасындағы микроинфаркттар.

Жүйке жүйесі: компрессионды невропатия, симметриялық сенсорлық-моторлық невропатия, көптеген мононеврит (васкулит), цервикалды миелит.

Көз: құрғақ кератоконъюнктивит, эписклерит, склерит, склеромаляция, перифериялық ойық жаралық кератопатия.

Бүйрек: амилоидоз, васкулит, нефрит (сирек).

Қан жүйесі: анемия, тромбоцитоз, нейтропения.

Ауруханаға жіберу көрсеткіштері:

- диагнозды анықтау мен болжамды бағалау;
- аурудың басы мен бүкіл ұзақтығы кезінде БҚҚД таңдау;
- белсенділік дәрежесі жоғары РА буын-висцеральді түрі, ауру асқынуы;
- интеркуррентті инфекциялардың, септикалық артриттің немесе аурудың немесе дәрілік емнің басқа да ауыр асқынуларының дамуы.

2010 жылы Ревматологияның Америкалық Коллегиясымен/ Ревматизмге қарсы Еуропа Лигасымен анықталынған ревматоидты артрит (РА) жіктелуінің критерийлері

Осы алгоритм бойынша зерттеуге жататын науқастар:

1. Клиникалық жағынан анықталған синовиті бар ең болмағанда 1 зақымданған буыны бар науқастар

2. Егер синовит диагнозын түсіндіретін басқа диагноз болмаса.

РА жіктелу критерийлері баллдарды санауға негізделеді (баллдық бағалау алгоритмі). Критерийлер тізімі мен сәйкес баллдар 11 кестеде берілген.

11 кесте - Ревматоидты артритті бағалау критерийлері

А. Буындар зақымдануы	РА факторлары үшін шығарылған коэффициент
1 үлкен	0
2 – 10 үлкен буын	1
1 – 3 кіші буын (үлкен буындардың жағдайына қарамастан)	2
4 – 10 кіші буын (үлкен буындардың жағдайына қарамастан)	3
> 10, минимум 1 кіші буын	5
В. Серологиялық сынамалар (жіктелуге ең болмағанда 1 зерттеуді жүргізу қажет)	
Сынамалардың негативті қорытындылары: РФ немесе АЦЦП	0
Сынамалардың әлсіз оң нәтижесі: РФ немесе АЦЦП	2
Сынамалардың жоғары оң нәтижесі: РФ немесе АЦЦП	3
С. Жедел фазалы реакция (жіктелу үшін ең болмағанда 1 зерттеуді жүргізу қажет)	
Сынамалар қорытындылары: СРБ және ЭШЖ (қалыпты)	0
Сынамалар қорытындылары: СРБ және ЭШЖ (қалыптыдан жоғары)	1
Д. Симптомдар ұзақтығы	
< 6 апта	0
> 6 апта	1

Ревматоидты артрит егер РА факторларының жалпы саны $\geq 6/10$ болса ғана дәлелденеді.

Қорытындыларды бағалау үшін лабораторияда тағайындалған әдістердің қалыпты/патологиялық мағыналар диапазоны қолдану керек.

Теріс нәтиже болып лабораторияда осы қолданылатын әдістің қалыпты мағына (ULN) диапазонының жоғарғы шекарасынан төмен немесе эквивалентті болған кезде саналады.

Әлсіз оң болып ULN-нан жоғары болатын, бірақ 3 еседен жоғары болмайтын ($\leq 3 * ULN$) нәтижелер саналады.

Қатты оң болып ULN-нан 3 еседен жоғары болатын ($> 3 * ULN$) нәтижелер саналады.

Егер РФ - ң тек сапалы анықталуы ғана орындалса (яғни талдау нәтижесі не теріс не оң болуы), онда алынған оң нәтиже осы алгоритмнің әлсіз оң нәтижесіне сай келеді.

АЦЦП – цитруллинирленген пептидтің антиденелері, РФ – ревматоидты фактор.

РА АСР/EULAR 2010 г. критерийлеріндегі буындар категориясы

Ерекшелік ретіндегі буындар:

- дистальді фалангаралық буындардың, I білезік-саусақ буындарының және I табанфаланг буындарының өзгерісі есептелмейді.

Ірі буындар:

- иық, шынтақ, жамбас, тізе, тобық.

Ұсақ буындар:

- саусақ-фаланг, проксимальді фалангаралық, II-V табанфаланг, алақанның үлкен саусағының фалангаралық буындары, білезік буындары.

Басқа буындар:

- мына аталған топтарға қосылмаған (мысалы, самай-төменгі жақ, акромиальді-бұғана, төс-бұғана және т.б.) РА кезінде зақымданатын буындар.

Ауруханаға жоспарлы түрде жіберу алдындағы жүргізілетін негізгі және қосымша диагностикалық шаралардың тізімі

Лабораторлық сынамалар:

- қанның жалпы анализі;
- зәрдің жалпы анализі;
- микрореакция;
- жасырын қанға нәжісті тексеру;
- бауыр ферменттерінің белсенділігі (АЛТ, АСТ);
- креатинин, мочевиана, жалпы белок, глюкоза, билирубин, холестерин;
- С-реактивті белок (С-РБ), ревматоидты фактор құрамы;
- циклдік цитруллинирленген пептидтің антиденелері (АЦЦП);
- диагнозды алғаш анықтау кезінде – ЖЖБА - ға ИФА (хламидия, гонорея, трихомонадалар), егер оң нәтиже алынса ауруханаға дейін инфекция ошағын алдын ала жою керек.

Құралдық зерттеу:

- кеуде қуысы мүшелерінің рентгенографиясы, ФЛГ, ЭКГ;
- қол алақандарының рентгенографиясы - жыл сайын;
- жамбас сүйектерінің (жамбас сүйегі басының асептикалық некрозын анықтау үшін) және басқа да буындардың рентгенографиясы – көрсеткіш бойынша;
- ФГДС;
- іш қуысы мүшелерінің УДЗ.

Қосымша диагностикалық шаралардың тізімі (көрсеткіш бойынша):

- В, С гепатитінің вирустары және АИЖВ;
- тәуліктік протеинурия;
- ЭХО-КГ;
- амилоидозға биопсия;
- кеуде сегментінің КТ.

Ауруханадағы негізгі диагностикалық шаралардың тізімі:

- тромбоциттері толық көрсетілген қанның жалпы анализі;
- коагулограмма;
- СРБ, РФ, АЦЦП, белок фракциялары, креатинин, триглицеридтер, липопротеидтер, АЛТ, АСТ, тимол сынамаcы;
- ЭхоКГ;
- іш қуысы мүшелерінің және бүйректің УДЗ;
- алақан R-графиясы.

Ауруханадағы қосымша диагностикалық шаралардың тізімі:

- ФГДС көрсеткіш бойынша;
- жамбас сүйектерінің және басқ да буындардың рентгенографиясы - көрсеткіш бойынша;
- кеуде қуысы мүшелерінің рентгенографиясы;
- Нечипоренко бойынша зәр анализі – көрсеткіш бойынша;
- денситометрия көрсеткіш бойынша;
- Са, сілтілі фосфатаза анықтау;
- жасырын қанға нәжісті тексеру;
- буындар УДЗ – жасырын қанға нәжісті тексеру;
- арнайы мамандар кеңесі - жасырын қанға нәжісті тексеру;
- синовиальді сұйықтық анализі.

Лабораторлық зерттеулер**Лабораторлық тексерулердің мақсаттары:**

- диагнозды нақтылау;
- басқа ауруларды жоққа шығару;
- ауру белсенділігін бағалау;
- болжамды бағалау;
- ем нәтижесін бағалау;
- асқынуларды анықтау (арудың өзін, жүргізілген емнің жағымсыз нәтижесін).

Лабораторлық сынамалардың клиникалық мағынасы

Қанның жалпы анализі:

- лейкоцитоз/тромбоцитоз/эозинофилия - буыннан тыс көріністермен (жүйелі) өтетін РА ауыр ағымы, РФ жоғары титрларымен сәйкес келеді, ГК емдеумен байланысты болады;
- тұрақты нейтропения - Фелти синдромын жоққа шығару;
- анемия (Hb < 130 г/л ерлерде және 120 г/л әйелдерде) - сырқат белсенділігі; асқазан немесе ішектен қан кетуді жоққа шығару;
- ЭШЖ және СРБ – РА-ты басқа буынның қабынулы емес ауруларынан ажырату диагностикасы, қабыну белсенділігін, емнің нәтижесін бағалау, буындар деструкциясының үдеу қаупін болжау.

Биохимиялық зерттеу:

- альбуминнің төмендеуі сырқат ауырлығымен корреляцияланады;
- креатининнің ұлғаюы СЕҚҚД және/немесе БҚҚД нефроуыттылығымен жиі байланысты болады;
- бауыр ферменттер деңгейінің ұлғаюы - сырқат белсенділігі, СЕҚҚД және БҚҚД гепатоуыттылығы, В және С гепатиті вирустарын тасушылармен байланысты бауыр зақымдануы;
- гипергликемия - глюкокортикоиды ем;
- дислипидемия - глюкокортикоидты ем; қабыну белсенділігі (жоғары тығыздықты липопротеиндері бар холестерин концентрациясының төмендеуі, төменгі тығыздықты липопротеиндері бар холестерин концентрациясының ұлғаюы).

Иммунологиялық зерттеу:

- РФ титрларының ұлғаюы (70-90% науқас), жоғары титрлар сырқаттылығының ауырлығымен, буындар деструкциясының үдеуімен және жүйелі көріністердің дамуымен корреляцияланады;
- анти-ЦЦП титрларының ұлғаюы - РФ қарағанда РА ең "спецификалық" маркері; АНФ титрларының ұлғаюы (30-40% науқас) - РА ауыр ағымы кезінде;
- HLA-DR4 (аллель DRB1*0401) – РА ауыр ағымының және жағымсыз болжамның маркері;
- РА кезінде тұтқырлық төмендеуі, борпылдақ муцинды ұйысқақ, синовиальді сұйықтықтағы лейкоцитоз (6×10^9 /л көп); нейтрофилёз (25-90%)
- Плевральді сұйықтықта қабыну түрі анықталады: белок >3 г/л, глюкоза <5 ммоль/л, лактатдегидрогеназа > 1000 ЕД/мл, рН 7,0; РФ титрлары > 1:320, комплемент төмендеген; цитоз - клеткалар 5000 мм^3 (лимфоциттер, нейтрофилдер, эозинофилдер).

ҚҰРАЛДЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

Буындардың рентгенологиялық зерттеуі:

- РА диагнозын, кезеңін және алақан мен табан буындары деструкциясының үдеуінің бағалануын дәлелдейді;
- басқа буындарда РА-қа тән өзгерістер байқалмайды (асып кеткенде аурудың ерте сатыларында);
- кеуде қуысының рентгенографиясы тыныс алу жолдарының ревматоидты зақымдануын және өкпенің қосымша зақымдануларын (туберкулез, ӨСОА және т.б.) анықтау үшін қолданылады.

Магнитті-резонансты томография (МРТ):

- РА дебюті кезінде буындардың зақымдануын анықтайтын рентгенографияға қарағанда ең сезімтал әдіс;
- остеонекрозды ерте диагностикалаиды.

Допплерлік ультрасонография: РА дебюті кезінде буындардың зақымдануын анықтайтын рентгенографияға қарағанда ең сезімтал әдіс.

Жоғары мүмкіндігі бар компьютерлік: өкпе зақымдануын диагностикалаиды.

Эхокардиография: ревматоидты перикардит, миокардит және ЖИА-мен байланысты жүрек зақымдануының диагностикасы

Екіэнергиялық рентгендік абсорбциометрия.

Қауіпті факторлар болуы кезіндегі остеопороз диагностикасы

- Жас (әйелдер >50 жас, ерлер >60 жас).
- Ауру белсенділігі (СРБ тұрақты ұлғаюы >20 мг/л немесе ЭТЖ >20 мм/с).
- Функционалды статус (Штейнброкер есебі >3 немесе НАQ>1,25 есебі).
- Дене салмағы <60 кг.
- ГК қабылдау.

РА кезіндегі остеопорозды диагностикалау үшін сезімталдық (5 критерийдің ішінен 3) әйелдер үшін - 76%, ерлер -83%, ал спецификалығы - 54% және 50% құрайды. Артроскопия РА - ті виллезді-нодулярлы синовиттен, остеоартроздан, буынның жарақатпен байланысты зақымдануынан ажыратпалы диагностикалау үшін қажет.

Жүкті әйелдердегі ревматоидты артрит

Ревматоидты артритпен көбіне бала таба алатын жастағы әйелдер ауыратын болғандықтан жүктілік сұрақтары бойынша кеңесу өте маңызды болып келеді. Жүктілік кезінде 75% науқастарда РА симптомдары басылады. Ремиссия жүктіліктің кез келген мерзімінде болуы мүмкін, бірақ жиірек 1 триместрде дамиды.

Метотрексатты оның тератогенді әсеріне байланысты жүкті болғанға дейін біраз уақыт бұрын алып тастау қажет. Лефлуномидті өзгерткеннен кейін оны тез шығару үшін холестеринамин тағайындайды. Ұрыққа нейротоксикалық әсер ететін малярияға қарсы дәрілерді ұрықтануға дейін 6-12 ай бұрын болдырмайды. Босанғаннан кейін аурудың өршуі 6 айдан кейін дамуы мүмкін, бұл кезде ананың баланы күтуі күрделі болады. Босанғаннан кейін бұрын тағайындалған дәрілерді қайтадан бастау керек болғандықтан, олардың көпшілігі сүтпен шығатын болғандықтан баланы төспен ұзақ емізу мүмкін болмайды. Егер сырқат жүктілік кезінде өршісе оның жүктілік кезеңіне ешқандай әсер етпейді және ұрыққа зиянын тигізбейді.

АНКИЛОЗДАУШЫ СПОНДИЛОАРТРИТ КЕЗІНДЕГІ БУЫН СИНДРОМЫ

1. Анкилоздаушы спондилит

2. Хаттама коды:

3. АХЖ-10 бойынша кодтар:

M08.1 Бозбалалық анкилоздаушы спондилит

M45 Анкилоздаушы спондилит

M48.1 Форестье анкилоздаушы гиперостозы

M 46.8 Ажыратылмаған спондилоартропатия

Анкилоздаушы спондилит (АС) – сегізкөз-мықын буыны мен омыртқаны тікелей зақымдаумен, көбіне шеткері буындар мен энтезистерді, ал кей жағдайда көз бен қолқа тамырын зақымдаумен сипатталатын созылмалы жүйелі қабыну ауруы.

Анкилоздаушы спондилоартриттің жұмыстық жіктелуі (Ресей, 1990)

1. Клинико-морфологиялық:

- тірек-қимыл аппаратының зақымдалуы – сакроилеит, спондилоартрит, моно-, олиго-, поли артрит, энтезопатиялар, бурситтер;
- жүйкелік көріністер – ирит, иридоциклит, аортит, қолқа қақпақшаларының жетіспеушілігі, миокардит, ырғақ және өткізгіштік бұзылысы бар миокардиосклероз, перикардит, амилоидоз және т.б.

2. Иммуногенетикалық:

- HLA–B27 +
- HLA–B27 –

3. Рентгенологиялық:

• сакроилеит: бір жақты, екі жақты; I, II, III, IV кезең (Дейл бойынша);

- спондилоартрит: омыртқалық буындардың синдесмофиттері;
- артрит I, II, III, IV кезеңі (Штейнброкер бойынша).

4. Белсенділік дәрежесі:

- I (минималды);
- II (шамалы);
- III (жоғары);
- 0 (айқын емес).

5. Функциональды қабілеттілік:

- I - еңбекке қабілеттілік сақталған;
- II - еңбекке қабілеттілік шектелген;
- III - өзін-өзі күтуге қабілеттілігі жоғалған.

2006 жылы Е.Л. Насонов анкилоздаушы спондилиттің мына келесі түрлерін бөліп шығарды:

- идиопатиялық анкилоздаушы спондилит (оның ішінде ювенильді идиопатиялық анкилоздаушы спондилит);
- анкилоздаушы спондилиттің спондилоартриттердің бір көрінісі ретінде болуы (псиориазды артрит, реактивті артрит);
- бейспецификалық ойық жаралы колит пен Крон ауруымен ассоцирленген анкилоздаушы спондилит.

Диагнозды қою мысалдары:

1. Анкилоздаушы спондилоартрит (Бехтерев ауруы), орталық түрі, баяу - үдемелі ағымы, белсенділігі I саты, ФЖ 1.
2. Анкилоздаушы спондилоартрит (Бехтерев ауруы), ризомелиялық түрі, баяу - үдемелі ағымы, белсенділігі II саты, ФЖ 2.
3. Анкилоздаушы спондилоартрит (Бехтерев ауруы), висцеральді түрі, иридоциклит, тез үдемелі ағымы, белсенділігі II саты, ФЖ 2.

Клиникалық жіктелуі:

Ауру ағымы бойынша:

1. Баяу үдемелі ағым - бұл кезде омыртқа мен буындар бірнеше жыл бойы баяу біртіндеп зақымданады; баяу үдемелі ағым өршу кезеңімен де кездеседі. БА ағымының бұл түрлеріндебуындар мен омыртқаның айқын функциональді жетіспеушілігі 10-20 жылдан кейін дамиды.
2. Тез үдемелі ағым - қысқа уақыттың ішінде толық анкилозға алып келеді. Бехтерев ауруының тез үдемелі ағымы айқын ауырсыну синдромымен, полиартритпен, бұлшықеттер атрофиясымен, арығумен,

қабыну үрдісі белсенділігінің лабораторлық көрсеткіштерінің жоғары болуымен, кифоз бен анкилоздың тез дамуымен көрінеді.

3. Септикалық түрі гектикалық сипатты безгектің жедел басталуымен, қалтыраумен, қатты терлеумен, висцералды зақымданулардың ерте пайда болуымен сипатталады. Аурудың осы түрі диагностика үшін ерекше қиындықтар туғызады. Мұндай жағдайда ең алдымен жұқпалы эндокардит, сепсис, жедел ревматикалық безгек шығарып тасталу керек. Бірақ егер безгек синдромы мен уыттанудан кейін артриттер, омыртқа құрысуы пайда болатын болса онда Бехтерев ауруына күмәндануға болады.

АС кезеңдері:

I - бастапқы немесе ерте: омыртқа немесе зақымданған буындарда қозғалыстың баяу шектелуі; рентгенологиялық өзгерістер болмайды немесе сегізкөз-мықын буындары беткейінің айқын болмауы немесе біркелкі болмауы, субхондралды остеосклероз ошақтары, буын саңылауларының кеңеюі анықталады.

II - омыртқа немесе шеткері буындарда қозғалыстың баяу шектелуі, сегізкөз-мықын буындары саңылауының тарылуы немесе олардың жартылай анкилоздануы, омыртқааралық буындар саңылауының тарылуы немесе омыртқа буындары анкилоздануының белгілері.

III - кеш: анкилоздану себебінен омыртқа немесе ірі буындарда қозғалыстың қатты шектелуі, сегізкөз-мықын буындарының, омыртқааралық және қабырға-омыртқа буындарының сүйектік анкилозы, байламдық аппараттың оссификациясының пайда болуы.

Сакроилеиттің рентгенологиялық кезеңі Kellgren жіктелуі бойынша қойылады:

0 кезең - өзгерістер жоқ;

I кезең - өзгерістердің болуына күмәндану (нақты өзгерістер жоқ);

II кезең - минимальді өзгерістер (буын саңылауы тарылмаса да эрозиялар мен склероздың локальді аймақтарының болуы);

III кезең - нақты өзгерістер: эрозиялары, склерозы, кеңеюі, буын саңылауының тарылуы немесе жартылай анкилозы дамыған баяу немесе айқын сакроилеит;

IV кезең - асқынып кеткен өзгерістер (толық анкилоз).

Қабыну белсенділігінің дәрежесі:

I - минимальді: таңертеңгі уақытта омыртқа мен аяқ-қолдары буындарының шамалы ауруы мен құрысуы, ЭТЖ 20 мм/сағ дейін, СРБ 6-12 мкмоль/ л;

II - баяу: омыртқа мен буындарының тұрақты ауруы, таңертеңгі құрысу бірнеше сағат бойы, ЭТЖ 40 мм/сағ дейін, СРБ 12-24 мкмоль/ л;

III - жоғары: омыртқа мен буындарының үнемі қатты ауруы, құрысу күні бойы болуы, буындардың экссудативті өзгеруі, субфебрильді дене

қызуы, висцеральді көріністер, ЭТЖ 40 мм/сағаттан жоғары, СРБ > 24 мкмоль/ л.

Буындардың функционалдық жеткіліксіздігінің дәрежесі (БФЖ):

I - омыртқаның физиологиялық бүгілісінің өзгеруі, омыртқа мен буындар қозғалысының шектелуі;

II - омыртқа мен буындар қозғалысының қатты шектелуі, соның әсерінен науқас мамандығын ауыстыруға мәжбүр болады (үшінші топ мүгедегі);

III - еңбекке қабілеттілікті толық жоғалтуды (екінші топ мүгедегі) немесе өз өзін күте алмайтынды (бірінші топ мүгедегі) туғызатын омыртқаның барлық бөлімдері мен жамбас буындарының анкилозы.

Ауруханаға жіберу көрсеткіштері:

- диагнозды нақтылау мен болжамды бағалау;
- иммуносупрессивті емді таңдау;
- амбулаторлы жағдайда АС өршуінің басылмауы;
- асқынулардың дамуы.

Диагностикалық критерийлер: АС диагнозын қою үшін спондилоартриттерді зерттеу бойынша Еуропалық топ ұсынған жіктеулік критерийлер мен модифицирленген Нью-Йорктық критерийлер қолданылады.

Модифицирленген Нью-Йорктық критерийлер (Van der Linden S. et. al., 1984)

Клиникалық белгілер

1. Физикалық жаттығулардан кейін азаятын және тыныштықтықта басылмайтын, ұзақтығы 3 айдан кем емес, арқаның төменгі бөлігінің ауруы
2. Омыртқаның бел бөлімінде сагитальды және фронтальды жазықтықта қозғалыстың шектелуі.
3. Қалыпты мағыналармен салыстырғанда (жынысы мен жасы үшін) кеуде клеткасының тыныс алу экскурсиясының азаюы.

Рентгенологиялық белгілер

1. Екі жақты сакроилеит (2-4 кезең).
2. Бір жақты сакроилеит (3-4 кезең).

Сакроилеиттің I кезеңіне өзгерістердің болуына күмәндану, 2 - не - эрозиялар мен склероздың болуы, 3 - ге - эрозиялар мен склероздың, жартылай анкилоздың болуы, 4- ге - толық анкилоз жатады.

- Диагноз нақты болып тек бір рентгенологиялық белгінің кез келген клиникалық белгімен қосарланып кездесе ғана саналады.

- Критерийлердің сезімталдығы - 83%, арнайылығы - 98% құрайды.
- Клиникалық-рентгенологиялық белгілерге негізделген атап өтілген критерийлер АС диагнозын ерте мерзімде анықтауға мүмкіндік бермейді, себебі сегізкөз-мықын буындарының шын өзгерістері ауру басталғаннан кейін бірнеше ай өткен соң ғана анықталады.

АС ерте кезеңдерінде әсіресе клиникалық көрінісінде бірінші орынға буындар зақымдануы шығатын болса, міндетті түрде басқа буын ауруларымен ажыратпалы диагностика жүргізу қажет. Осы мақсатпен спондилоартриттерді зерттеу бойынша Еуропалық топ ұсынған жіктеулік критерийлер қолданылуы мүмкін.

Спондилоартриттердің Еуропалық топ ұсынған жіктеулік критерийлері (1991)

Үлкен критерийлер

- Омыртқадағы ауыру сипаты қабынумен байланысты
- Синовит (бұрынғы уақытта немесе қазіргі уақытта аяқ буындарының артриті немесе симметриялы емес артриттің болуы).

Кіші критерийлер

- Аурудың отбасылық жағдаймен кездесуі (бірінші немесе екінші дәрежелі туыстығы бар туыскандарда мына келесі аурулардың біреуінің болуы: анкилоздаушы спондилит, псориаз, реактивті артрит, жедел увеит, бейспецификалық ойық жаралы колит немесе Крон ауруы)
- Псориаз (бұрынғы уақытта немесе қазіргі уақытта дәрігермен қойылған псориаз диагнозы).
- Ішектің қабыну аурулары (бұрынғы уақытта немесе қазіргі уақытта дәрігермен қойылған және рентгенологиялық немесе эндоскопиялық зерттеулермен дәлелденген Крон ауруы немесе бейспецификалық ойық жаралы колит диагнозы)
- Бөксе аймақтарындағы ауыспалы ауыру (бұрынғы уақытта немесе қазіргі уақытта бөксе аймақтарында альтернирлеуші аурулардың болуы)
- Энтезопатиялар (бұрынғы уақытта немесе қазіргі уақытта ахилл сіңірі мен табандық апоневроз беку аймағының ауруы немесе ауырсынуы)
- Жедел диарея (диарея эпизоды артритке дейін 1 ай бойы болуы)
- Уретрит (гонококты емес уретрит немесе цервициттің артритке дейін 1 ай бойы болуы).
- Сакроилеит (екі жақты - 2-4 кезең болса, бір жақты - 3-4 кезең болса).

Сырқат спондилоартрит ретінде кез келген үлкен критерий және ең болмаса бір кіші критерий болса жіктеледі. Бұл критерийлердің сезімталдығы мен арнайылығы 87% құрайды.

Ювенильді анкилоздаушы спондилиттің диагностикалық критерийлері (Garmish-Partenkirchen, 2001)

Негізгі критерийлер:

1. Ассиметриялы полиартрит (< 5 буындар), сырқат дебюті кезінде (алғашқы 3 айда) аяқтарды зақымдайды
2. Энтезопатия
3. Бел омыртқасының үшкір өсінділерінің ауырсынуы немесе бел-сегізкөз аймағының ауыруы
4. Жедел иридоциклит.

Қосымша критерийлер:

- Полиартрит (сырқаттың дебюті кезінде > 4 буындар зақымданады)
- Ер адам
- Сырқат дебюті 6 жастан асқан балада болуы
- HLA B27 анықталуы
- Отбасылық анамнез - HLA B27 -мен ассоцирленген серонегативті спондилоартриттер тобынан аурулардың болуы

Екі үлкен немесе 1 үлкен + 1 кіші критерий мүмкін болатын ЮАС - ке сай келеді. Сол критерийлер + рентгенологиялық жолмен дәлелденген спондилоартрит нақты ЮАС -ке сай келеді.

Анкилоздаушы спондилит белсенділігін анықтау

АС белсенділік дәрежесін анықтауға үлкен мән беріледі, себебі ол ең алдымен жүргізіліп жатқан емнің дұрыстығы туралы пікір түюге мүмкіндік береді. Ерекше ықылас қабынудың лабораторлық көрсеткіштердің (ЭШЖ немесе С-реактивті белок) жоғарылауына емес ауыру мен науқастағы құрысуды талдауға беріледі, себебі көрсеткіштер АС белсенділігі кезінде жиі мүлдем өзгермейді немесе клиникалық көрсеткіштермен салыстырғанда шамалы өзгереді. АС белсенділік дәрежесін анықтайтын бірнеше индекстер бар:

Индекс BASDAI (Bath Ankylosing Spondilitis Disease Activity Index).

Индекс BASFI (Bath Ankylosing Spondilitis Functional Index) күнделікті белсенділікті бағалаумен байланысты 10 аналогтық шкаладан тұрады.

Индекс DFI (Dougados Functional Index) күнделікті белсенділікпен байланысты сұрақтарға 20 жауаптан тұрады.

Динамикада индекстерді зерттеу АС емінің нәтижелігін бағалау үшін маңызды болып табылады.

Анкилоздаушы спондилит белсенділігінің индексі – BASDAI (Garrei S., Jenkinson T., Kennedy G., 1994)

Науқастардың қал жағдайының жиынтық көрсеткішін қолдану қабылданады (BASDAI индексі), ол бірқатар стандартты сұрақтарға сандық айқын жауаптарды санау жолы арқылы анықталады. АС белсенділігі жоғары болып егер BASDAI индексі 40 бірлік және одан да көп болса ғана саналады. Егер АС бар науқастарда шеткері буындардың артриті, энтезиттердің қабынуы, увеит немесе басқа да мүшелердің зақымдануы кездесе ауру белсенділігі тек BASDAI индексі негізінде ғана бағалануы тиіс емес, сонымен қатар басқа да көрсеткіштер ескерілуі қажет (қабынған және ауырған буындар немесе энтезиттер саны және т.б.). Онымен қоса, АС белсенділігі дәрежесін анықтау үшін сырқаттың бұрынғы ағымы мен аурудың өршуі (оның ішінде рентгенологиялық та), емдеудің стандартты әдістерін қолдану нәтижесі (стероидты емес қабынуға қарсы дәрілер - СЕҚҚД, стероидтармен локальді емдеу) ескерілуі тиіс. АС белсенділігіне науқастың психологиялық статусы жиі әсер етеді: қорқыныш, депрессия дәрежесі, қосымша ішкі аурулар. Әрбір сұрақ визуальді аналогтық 100-миллиметрлік шкаламен қосарлана жүреді. Шкаланың сол жақ шеткі нүктесі тұсында "Болған жоқ" деген жауап, ал оң жақ шеткі нүктесі тұсында - "Өте қатты" деген жауап көрсетіледі. Науқасты барлық сұрақтарға әрбір шкаланы қаламсаппен белгілей отырып жауап беруін өтінеді.

1. Жалпы соңғы апта ішінде әлсіздік (шаршағыштық) айқындылығын Сіз қалай сипаттар едіңіз?
2. Жалпы соңғы апта ішінде мойын, арқа немесе жамбас буындарының ауру айқындылығын Сіз қалай сипаттар едіңіз?
3. Жалпы соңғы апта ішінде буындардағы (тек мойын, арқа немесе жамбас буындарынан басқа) ауру айқындылығын Сіз қалай сипаттар едіңіз?
4. Жалпы соңғы апта ішінде дененің қандай да бір ауырсынған аймағына қол тигізгенде немесе оларды басқанда пайда болатын жағымсыз сезімдердің айқындылығын Сіз қалай сипаттар едіңіз?
5. Жалпы соңғы апта ішінде ұйқыдан оянғаннан кейін пайда болатын таңертеңгі құрысу айқындылығын Сіз қалай сипаттар едіңіз?
6. Жалпы соңғы апта ішінде ұйқыдан оянғаннан кейінгі таңертеңгі құрысу қанша уақытқа созылады?

Шкаланың сол жақ шеткі нүктесі бұл жағдайда "0" санымен, оң жақ шеткі нүктесі "2 сағат және одан да ұзақ" деп белгіленеді. Алдымен 5 және 6 сұрақтарға алынған жауаптардың орташа арифметикалық көлемі есептеледі, алынған мағына басқа сұрақтардың жауаптары нәтижесімен қосылады және бес көрсеткіштердің жалпы санының орташа мағынасы есептеледі. BASDAI максимальді мағынасы 100 құрайды.

Ерте диагностикалау алгоритмі

Ерте диагностикалау алгоритмін арқаның төменгі бөлімінің қабынулы ырғақты ауырсынуы бар жас науқастарды нақты мақсатпен тексергенде қолданады

Ауырудың сипаты қабынулы екені егер мына 5 белгілердің ішінен кез келген 4 белгі бар болса ғана анықталады:

- аурудың басталған жасы 45 жастан кіші;
- ауру сезімінің біртіндеп басталуы;
- ауру ұзақтығы 3 айдан кем емес;
- таңертеңгі құрысудың болуы;
- жаттығудан кейін аурудың азаюы.

Мына 5 белгілердің ішінен кез келген 4 белгі бар болса ғана омыртқа ауруының сипаты қабынулы екеніне күмәндануға болады. Спондилоартриттерге тән белгілерге тексеру және сұрастыру (анамнезінде болса да):

- табан ауруы (энтезит);
- дактилит (табан немесе алақан саусағы сіңірінің қабынып жаппай ісінуі және қызаруы, "саусағы сосиска тәрізді" болуы);
- увеит;
- отбасында спондилоартрит жағдайларының болуы;
- бөкседе ауыспалы аурудың болуы, псориаз;
- тек аяқтарының асимметриялық артриті.

Арқасында қабынулы ауруы бар науқастарда осы белгілердің кем дегенде 3 белгісі анықталса АС болу мүмкіндігі 80-95% құрайды. Егер тек 1-2 белгі табылса АС болу мүмкіндігі аз (35-70%), сондықтан HLA-B27 анықтаған жөн.

- HLA-B27 анықталған кезде АС диагнозы дәлелденген деп (90% мүмкін), ал HLA-B27 табылмаса - екіталай болып саналады.
- Арқасында қабынулы ауруы бар науқастарда спондилоартриттердің клиникалық белгілері жоқ болса да HLA-B27 зерттеу керек, егер нәтижесі теріс болса АС туралы болжамды жоққа шығаруға болады.
- HLA-B27 анықтау (бұл кезде АС болу мүмкіндігі 59% құрайды) сегізкөз-мықын буынының МРТ-н жүргізу жөн екенін көрсетеді. Осы әдіс арқылы сакроилеит белгілерін табу АС болу мүмкіндігін 80-95% дейін жоғарылатады, ал табылмауы мұндай мүмкіндікті тез төмендетеді (15% төмен).

Шағымдары мен анамнезі:

- арқаның төменгі бөлігінде, бөкседе немесе кеуде клеткасында орналасуы айқын емес құрысу мен ауырсыну интенсивтілігінің біртіндеп үдеуі, көбіне бір жақты және кезеңді түрде болуы, кейде жедел ауруы, жөтелгенде, денені тез бұрғанда, еңкейгенде ауырсыну күшеюі. Ауру мен құрысудың ең ерекшелігі - олардың

қабынулы сипатты болуы (яғни тыныштықта, түнгі және ерте таңғы уақытта күшеюі, ал физикалық күш түсіргенде азаюы);

- бұлшықеттер мен байламдар бекітілген тұстарда құрысу мен ауру сезімінің болуы;
- радикулитке тән неврологиялық бұзылыстары жоқ "түбіршікті" аурулар;
- ауру өте сирек (ең бірінші балаларда) тізе буындарының шеткері моноолигоартритінен немесе жүргенде өкше ауруымен сипатталатын энтезиттерден (ахиллодиния, табан фасцииті) басталады;
- кейде (әсіресе ювенильді спондилоартритте) иық пен жамбас, сирек төс-бұғана буындарының екі жақты зақымдануы басым болады;
- кейде сырқат жедел алдыңғы увеиттен басталады, ал буындардың зақымдануы бірнеше айдан немесе жылдан кейін қосылады.

Анкилоздаушы спондилит клиникасында аурудың ерте симптомдары сегізкөз-мықын буындары мен омыртқаның бел аймағының зақымдануымен байланысты болады. Көбіне алғашқы орынға ауырсыну синдромы шығады. Бастапқыда белде, сегізкөзде, бөкседе және санның жоғарғы бөлігінің артқы бетінде ауырсыну сыздап кейін үдеп басталады, кейде аурудың айқын орналасуы болмайды. Маңызды симптом - арқада ұзақтығы бір сағаттан асатын таңертеңгі құрысудың болуы. Омыртқаның механикалық зақымдануы кезіндегі құрысудан айырмашылығы ол тыныштықта күшейіп жүргенде азаяды. Науқастар түнгі уақытта арқасының ауырсынуы мен құрысу себебінен оянып, төсектен тұрып, созылып жүретініне шағымданады.

Кейбір жағдайда аурудың алғашқы белгілері болып аяқтың ірі буындарының артриті, тендовагиниттер мен ахилл сіңірі мен үшкірден жоғары байламның энтезопатиялары саналады. Егер осы симптомдар буындар мен байламдардың механикалық зақымдануымен байланысты болмаса және жас ер адамдарда кездесе міндетті түрде анкилоздаушы спондилитті жоққа шығарады. Сирегірек самай-төменгі жақ және төс-бұғана буындарының артриті байқалады.

Ең жиі буыннан тыс көрінетін - бұл иридоциклит. Ол АС бар науқастардың төрттен бір бөлігінде дамиды, әсіресе HLA-B27 тасымалдайтын адамдарда. Увеиті бар науқастарда HLA-B27 антигенінің таралуы 50% құрайды, оның ішінде науқастардың жартысы - осы антигенді тасымалдаушылар АС-пен немесе реактивті артритпен ауырады. Иридоциклит жиі жедел басталады. Увеиті бар науқастарда HLA-B27 антигенінің таралуы жартысында кездеседі, бұлардың жартысында - осы антигенді тасымалдаушы науқастар АС немесе реактивті артритпен ауырады. Иридоциклит көбіне жедел басталады, көзінде жағымсыз сезім немесе бас ауруы болады, оның соңынан көздің қатты ауырсынуы, гиперемия, жарықтан қорқу, көз көруінің айқын

еместігі және жас ағу пайда болады. Иридоциклит көбіне бір жақты болып, бірнеше аптадан бірнеше айға дейін созылады. Қайтадан сол көздің немесе басқа көзінің зақымдануы мүмкін.

Кейде жүрек, өкпе, бүйрек және жүйке жүйесінің зақымдануы да байқалады. 5% аз науқастарда қолқа жеткіліксіздігі мен өткізгіш бұзылысы, оның ішінде АВ-шектемесі де дамиды. Сыртқа тыныс алу қызметін тексеру кезінде қабырға-омыртқа және төс-қабырға буындары аймағындағы сүйек анкилоздары себебінен рестриктивті бұзылыстар да анықталуы мүмкін (көбіне шамалы өзгерістер). 1% аз науқастарда өкпенің жоғарғы бөліктерінің интерстициальді зақымдануы мен пневмосклерозы дамуымен қатар қуыстар пайда болады. Рентгенография өкпедегі ерте өзгерістерді таба алмайтын болғандықтан ентігу пайда болған кезде жоғары анықтықты КТ өткізеді. 5% аз науқастарда ат құйрығы синдромы, атлантосътік буынның шала шығуы, омыртқа каналының стенозы және омыртқа сынуы байқалады. Жалпы симптомдары - шаршағыштық, арығу және субфебрильді дене қызуы - көбіне шамалы ғана білінеді. Сырқат дамуы басталуының бірнеше варианттары бар.

Сырқат басталуының варианттары

- Арқаның төменгі бөлігінде, бөкседе немесе кеуде клеткасында орналасуы айқын емес құрысу мен ауырсыну интенсивтілігінің біртіндеп үдеуі, көбіне бір жақты және кезеңді түрде болуы, кейде жедел ауруы, жөтелгенде, денені тез бұрғанда, еңкейгенде ауырсыну күшеюі. Ауру мен құрысудың ең ерекшелігі - олардың қабынулы сипатты болуы (яғни тыныштықта, түнгі және ерте таңғы уақытта күшеюі, ал физикалық күш түсіргенде азаюы).
- Бұлшықеттер мен байламдар бекітілген тұстарда құрысу мен ауру сезімінің болуы.
- Радикулитке тән неврологиялық бұзылыстары жоқ "түбіршікті" аурулар.
- Ауру өте сирек (ең бірінші балаларда) тізе буындарының шеткері моноолигоартритінен немесе жүргенде өкше ауруымен сипатталатын энтезиттерден (ахиллодиния, табан фасцииті) басталады.
- Кейде (әсіресе ювенильді спондилоартритте) иық пен жамбас, сирек төс-бұғана буындарының екі жақты зақымдануы басым болады.
- Кейде сырқат жедел алдыңғы увеиттен басталады, ал буындардың зақымдануы бірнеше айдан немесе жылдан кейін қосылады.

Омыртқа зақымдануы

АС- ң жиі тұрақты клиникалық белгілері болып арқаның төменгі бөлігінің (бел аймағы, сегізкөз аймағы, жамбас) қабынулы сипатты ауырсынулары, құрысу (қозғалыс кезінде азаяды) және омыртқа қызметінің бұзылыстары (барлық бағытта) табылады, кейде белге және санның проксимальді бөлімдеріне иррадиация беретін сегізкөз және бөксе (сакроилеит) ауруы басым болады. Омыртқа зақымдануының өрлемелі сипаты тән. Кеуде және мойын бөлімдеріне ауырсынудың таралу жылдамдығы әртүрлі болып келеді. Көп жағдайда бұл жай өтеді, бірнеше жыл бойы дамиды, уақыт өте келе омыртқаның барлық бөлімдерінде қозғалыстың тұрақты шектелуі дамиды. Мұның жағымсыз жағы кеуде ("сұрау қалпына тұру") және мойын бөліктерінде кифоздық (бүгу) деформациялары дамиды. Неврологиялық симптомдар болмайды, кейде аурудың соңғы кезеңдерінде ат құйрығы синдромына тән белгілер немесе атлант-аксиальді буынның шала шығуы себебінен мойын миелопатиясының белгілері дамуы мүмкін.

Шеткері буындардың зақымдануы

АС кезінде осьтік қаңқаның мына буындары біртіндеп клиникасы білінер-білінбес түрде зақымданады: сегізкөз-мықын буыны (барлық науқастарда), төс сүйегі буыны, шат буыны, төс-қабырға, төс-бұғана, қабырға-омыртқа буындары. Сирегірек көбіне балалар мен жасөспірімдерде аяқ-қолдары буындарының артриттері кездеседі. АС кезіндегі буын зақымдануының ерекшелігі басқа да спондилоартриттердегідей болады: аяқтарының ірі және орташа буындарының (жамбас, тізе және тобық) қамтылуы; моно- және олигоартрит; табанның кейбір бақайларының артриті; басқа буындар ішінен салыстырмалы түрде жиі самай-төменгі жақ буындары зақымдалады. Артрит көбіне қысқа уақытты, бірақ тұрақты, нашар емделуі мүмкін.

Энтезистер зақымдалуы

АС үшін түрлі жерде орналасқан энтезистердің қабынуы тән, ол тыныштықта және қозғалыс кезінде ауырсынудың болуымен көрінеді, ал кейде (егер ахилл сіңірінің нақты зақымдануы кезінде) ісінумен байқалады. Басқаларына қарағанда жиірек омыртқа, өкше (өкше сіңірі бекіген орындар және табандық апоневроз) және сан сүйектерінің үлкен ұршық аймағындағы энтезистер зақымданады.

Жүйелік көріністері

АС кезінде конституциональді көріністер (субфебрилитет, лимфаденопатия, дене салмағының азаюы, жалпы әлсіздік) әсіресе балаларда сирек дамиды. Жүйелік көріністердің ең жиі кездесетіні жедел алдыңғы увеит (иридоциклит), әдеттегідей ол біржақты, қайталамалы, ауырсынумен, фотофобиямен, көз көруінің нашарлауымен, кейде

буындар зақымдануының алдында кездесуімен көрінеді. Сонымен қатар, аортит (өрлемелі қолқа мен оның түбірінің зақымдануы), қолқа қақпақшасы жармаларының зақымдануы (оның жетіспеушілігінің дамуы), қарыншааралық перденің мембранозды бөлігінің (атриовентрикулярлы және қарыншаішілік өткізгіштіктің бұзылуы) және алдыңғы митралды жарма негізінің (митралды қақпақшаның аздаған жеткіліксіздігінің дамуы) зақымдануы кездеседі. Анағұрлым жиі клиникалық жағынан симптомдары көрінбейтін эхокардиографиялық өзгерістер анықталады: алдыңғы митралды жарма негізінде айдар тәріздес қалыңдауы, қолқа түбірінің кеңеюі және қалыңдауы, қолқа қақпақшасы жармаларының қалыңдауы. Кейбір науқастарда өкпе ұшының фиброзы және бүйрек зақымдануы (IgA-нефропатия), бүйрек пен ішектің арнайы зақымдануы бар амилоидоз кездеседі (әдеттегідей, ауру басталғаннан кейін бірнеше жыл өткен соң).

Клиникалық түрлері

АС-н (Бехтерев ауруы) төрт түрін айырады: 1) орталық - тек қана омыртқаның зақымдануы (түгел немесе кейбір бөлімдері); 2) ризомелиялық - омыртқаның және түбірлі буындардың (иық және жамбас) зақымдануы; 3) шеткері - омыртқаның және шеткері буындардың (тізе, табан) зақымдануы; скандинавтық - омыртқаның және алақан мен табанның ұсақ буындарының зақымдануы. Мұндай сирек түрі ревматоидты артритке ұқсас болып келеді.

Орталық түрі В.М. Чепой мәліметтері бойынша 46,6% науқастарда кездеседі. Ауру біртіндеп байқалмай басталады, диагноз тек бірнеше жыл өткен соң қойылады. Ауырсыну бастапқыда сегізкөзде, кейін омыртқаның бел және кеуде бөлімдерінде пайда болады (қабырғааралық невралгия түрі сияқты). Кейде бірінші симптомы болып көз зақымдануы табылады. Кешірек науқас омыртқаның мойын бөлігіндегі ауырсынуға (ең бастысы қозғалыс кезінде және түн ішінде) шағымданады, омыртқа қозғалысының қиындауы өршіп оның толық қозғалысының жоғалуына алып келеді. Аурудың дамыған кезеңінде науқас мүсіні өзгереді, кифоз бен мойын гиперлордозы, яғни "сұрау қалпында тұру" дамиды. Бұл жағдайда Форестье оң симптомы анықталады. Кейбір жағдайда бел лордозының кифозсыз тегістелуі дамып тік тақтай тәрізді арқаның пайда болуына әкеледі. сыртқа қарау кезінде әжептәуір жиі төсбұғана буынының деформациясы байқалады (созылмалы артрит нәтижесінен жиі бір жақты болады).

Пальпация кезінде омыртқаның бел-сегізкөз және кеуде бөлімінің, төсқабырға және төсбұғана буындарының, сіңірлер бекіген орындардың (өкше және тізе үсті) ауырсынуы байқалады. Ерте арқаның тік бұлшықеттерінің кернелуі, ал кейін "адырна" белгісі (омыртқаны жанына иілу кезінде бүгілген жағында тік бұлшықеттердің босансуы болмайды) анықталады. Кушелевский, Томайер, Отто, Шобер симптомдарының оң болуы анықталады, "иек-төс" арақашықтығы басты максималді игенде

ұзарады және максимальді көтергенде азаяды. Кеуде клеткасының экскурсиясы біршама азаяды.

Аурудың соңғы кезеңінде жүйке түбіршіктерінің, бел артериясының компрессиялануы нәтижесінде және омыртқалар тайқуы себебінен цервикобрахиалгия, вертебробазиллярлы синдром, кеуде және бел радикулиттері, бұлшықет тырыспалары, тұншығу ұстамалары, қан қысымының жоғарылауы байқалуы мүмкін.



6 сурет - Наукас С., анкилоздаушы спондилоартриттің орталық түрі

Ризомелиялық түрі 17-18% науқастарда кездеседі. Түбіршікті буындардың (жиі жамбас буындары) бір немесе екі жақты зақымдануы сакроилеитпен бір уақытта немесе одан кейін дамуы мүмкін. Сирек жағдайда коксит сакроилеит белгілерінің пайда болуына дейін дамып диагностиканы қиындатады. Сырқат біртіндеп басталады, бел-сегізкөз бөлімінде немесе жамбас буыны аймағында кезеңді ауырсыну пайда болып, ол шат аймағына, санға және тізе буынына беріледі. Кейде зақымданбаған тізе буынына иррадиация беретін ауру аурудың бірінші симптомы болып табылады. Біртіндеп олардың интенсивтілігі жоғарылап тұрақты болады, бұлшықет контрактурасының пайда болуымен қоса жамбас буынындағы қозғалыс ерте шектеліп анкилоздың дамуына дейін әкеледі. Мұндай өзгерістер (сирек) иық буындарында кездеседі. Жамбас және иық буындарының зақымдануымен қоса бір уақытта Бехтерев ауруына тән омыртқа зақымдануының көрінісі де дамиды.

Шеткері түрі сегізкөз-мықын буыны мен омыртқа зақымдануынан басқа кейбір жағдайда сакроилеит симптомдарының пайда болуына дейін дамиды аяқ-қолдарының артритімен сипатталады. Мұндай түрдің жиілігі

әр түрлі: Бехтерев ауруының барлық жағдайлары санынан 20 -дан 75% құрайды. Көрсеткіштердің мұндай үлкен диапазоны буын синдромының біркелкі бағаланбағанын түсіндіреді (кейбір жағдайда тек артриттер ғана емес, сонымен қатар артралгиялар да ескерілген). Артрит жиілігі науқас жасына да байланысты болады: балалар мен жасөспірімдерде ол ересектерге қарағанда жиі кездеседі. Сипаты бойынша артрит жиі жеделдеу, симметриялы емес болады, ең бастысы тезі мен тобық буындары зақымданады, яғни моно-олигоартрит түрінде өтеді. 9% науқастарда қол буындарының зақымдануы да болуы мүмкін. Артрит көбіне тұрақсыз, бірақ қайталамалы болады. Бірақ біртіндеп бір-екі буынның тұрақты артриті мен деформациясы, қозғалыстың едәуір шектелуі мен бұлшықет контрактуралары дамиды. Бехтерев ауруы кезіндегі шеткері буындардың зақымдануы бірнеше ай немесе бірнеше жыл бұрын сегізкөз-мықын буынының зақымдануының алдында дамуы мүмкін.

Скандинав түрі - бұл шеткері форманың бір түрі болып табылады, ол алақан мен табанның ұсақ буындарының ревматоидты тәрізді артриті дамығанда пайда болады. Мұндай жағдайларда ауруды тану өте қиынға соғады, себебі сакроилеиттің симптомдары бірден пайда болмайды. Әрі қарай ағымында артриттің салыстырмалы қатерсіз түрі мен сакроилеит белгілері анықталады, бұл диагностиканы жеңілдетеді.



7 сурет - Науқас А., анкилоздаушы спондилоартриттің шеткері түрі

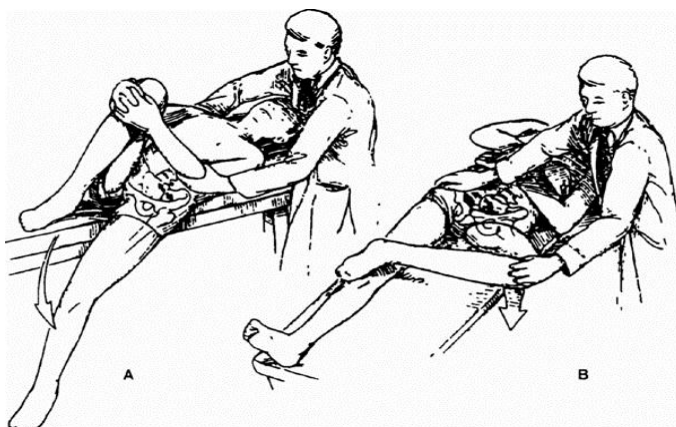
Клиникалық тексерулерді жалпы қабылданған әдістермен жүргізеді. Ерекше көңілді шағымдарға, ауру анамнезін толық жинауға, алдыңғы алған еміне, оның түріне (стационарлық, амбулаторлық, өзіндік), көлеміне, емнің жүйелілігі мен нәтижелілігіне аударарды. Науқастарды қарау кезінде науқасты бір көргенде диагноз қоюға мүмкіндік беретін өзіне тән (кеш) белгі мойын-төс кифозымен байланысты "сұрау қалпында тұру"

белгісі (омыртқаның фиксацияланған еңкеюі) дамиды. Науқастарға жалпы жағдайының алынған объективті мәліметтеріне жүйелі талдау жүргізіледі (тері жамылғысы мен кілегей қабықтарды қарау; дене салмағының жетіспеушілігін анықтау; перкуссия; кеуде мен іш қуыстары мүшелерін пальпациялау; қан қысымын анықтау және пульс параметрлерін сипаттау; дене қалпын, жүрісін анықтау; омыртқа буындарының жағдайын анықтау; неврологиялық статусты анықтау) және сәйкес патология анықталады.

АС диагностикалау мақсатында мыналар жүргізіледі:

- тізесі жазылған күйінде науқас алдыға еңкейген кезде еден мен орташа саусақ ұшы аралығындағы қашықтықты өлшеу;
- Шобер сынамасы (омыртқа осі мен мықын сүйегінің артқы жоғарғы қылқанын қосатын сызық қиылысында орналасқан нүкте арасы қашықтығын және бірінші нүктеден 10 см жоғары орналасқан екінші нүкте арақашықтығын өлшеу; науқас алдыға еңкейгенде арақашықтық ұзарады, қалыпты жағдайда бұл 5 см ден көп болады);
- "желке - қабырға" арақашықтығын науқасты тұрғызып қабырғаға жауырынымен тіреп қойып өлшейді (қалыпты жағдайд желке қабырғаға жанасады)
- тыныс алу кезінде кеуде қуысының экскурсиясын өлшеу (қалыпты жағдайда кеуде клеткасының шеңбері максималді тыныс алғанда төс ұшы деңгейінде, ал максималді тыныс шығарғанда 5 см-ден көп болады);
- Генслен симптомы - арқасымен жатқан науқастың бір аяғы төсектен салбырап тұрады, науқас екінші аяғын кеуде клеткасына жақындатқан кезде бұл әдіс салбырап жатқан аяқ жағында сегізкөз-мықын буыны аймағының ауырсынуын туғызады (8А сурет);
- Патрик симптомы - науқастың өкшесі екінші аяқтың тізесінде болады. Бүгілген тізені төмен баса отырып санды бүгу (flexion), бұрып жіберу (adduction) және сыртқы ротация (external rotation) (FABER) жағдайына келтірген кезде қарама - қарсы жақтағы сегізкөз-мықын буыны аймағының ауырсынуын туғызады (8Б сурет).

Буындар қозғалысы фронтальді жазықтықта (бұрып жіберу және келтіру), сагиттальді жазықтықта (бүгу және жазу), сонымен қатар ось ұзындығы айналасында (сыртқы және ішкі ротация) зерттеледі. Клиникалық мәліметтермен қатар бұрыш өлшемдерінің қорытындысы бойынша тірек-қимыл аппаратының функционалдық бұзылыстары туралы талданады.



8 сурет - Генслен (А) және Патрик (В) симптомдары

Сакроилеит диагностикасы

Сегізкөз-мықын буынының ауырсынуын анықтау үшін, онда қабыну үрдісінің бар болуын дәлелдейтін мына келесі сынақтар қолданылады:

- Макаров сынақтамасы (сегізкөздің үстінен соққылау);
- Кушелевский - I сынақтамасы (арқасымен жатқан науқастың мықын сүйектерінің жоғарғы алдыңғы осьтерін басу);
- Кушелевский - II сынақтамасы (қырымен жатқан науқастың мықын сүйегінің қанатын басу);
- Кушелевский - III сынақтамасы (арқасымен жатқан науқастың 90 градусқа бүгілген және бұрылған тізе буынының ішкі беті мен қарама-қарсыдағы мықын сүйегі қанатының жоғарғы алдыңғы осін бір уақытта басу).

Зерттеудің лабораторлық әдістерінен жүргізілетіндер:

- жалпы белок пен белок фракцияларын, фибриногенді, фибринді, сиал қышқылдарын, гаптоглобинді, СРБ, серомукоидты, ревматоидты факторды, антинуклеарлы антиденелерді анықтау, Фильчагин - Грейлинг сынақтамасын жүргізу;
- иммунологиялық зерттеулер;
- синовиальді сұйықтықты зерттеу.

АС кезінде ЭТЖ мен СРБ концентрациясының жоғарылауы 75% асқан науқастарда анықтайды. СРБ деңгейі - ЭТЖ қарағанда ең сезімтал және белсенділіктің спецификалық маркері. 15% науқастарда баяу нормоцитарлы нормохромды қаназдық дамиды. Анкилоздаушы спондилит кезінде антинуклеарлы фактор мен ревматоидты фактор табылмайды.

HLA-B27 антигенін анықтаудың типтік клиникалық белгілері бар, бірақ сакроилеиттің жеткіліксіз информативті рентгенологиялық

белгілері бар жас ер адамдардағы АС-ты ерте диагностикалау кезінде нақты маңызы болуы мүмкін. Себебі HLA-B27 тасымалдаушылар аурудың ауыр ағымымен корреляцияланады, оны анықтау ауру ағымын болжауға қажет болады. Оны егер иридоциклиті бар науқастарды тексергенде де анықтайды. Сондықтан болар, HLA-B27 антигенінің таралуы сырқаттың өзі сияқты тұрғындар арасында жоғары болғандықтан іріктеу сынамасы ретінде бұл әдісті қолдана бермейді. Синовиальді сұйықтықты зерттеу кезінде қабыну белгілері анықталады.

Лабораторлық зерттеулер:

- спецификалық лабораторлық көрсеткіштер болмайды;
- жиі ЭТЖ, СРБ және қандағы IgA ұлғаюы, қаназдық пен тромбоцитоз анықталады (ауру белсенділігі дәрежесін бағалау үшін нақты маңызы жоқ, тек СРБ басқа);
- РФ және АНФ табылмайды;
- АСЛ-0 (антистрептолизин) титрінің ұлғаюы ревматизммен, инфекциялық-аллергиялық полартритпен ауыратын науқастардың үштен бір бөлігінде байқалады;
- *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) IgG антиденесін анықтау;
- HLA-B27 90-95% науқастарда экспрессияланады. Сау адамдарда (Ресейде - 10%) осы геннің экспрессиясының салыстырмалы жоғары жиілеуі себебінен бұл "маркерді" анықтаудың өзіндік диагностикалық мағынасы болмайды. Оны анықтаудың нақты мағынасы осы ауруға нақты күмән туғанда (мысалы, омыртқа ауруы, отбасылық анамнез) жас ер адамдарда АС ерте диагностикалау үшін керек болады, бірақ сакроилеиттің өзіне тән рентгенологиялық белгілері болмайды, себебі HLA-B27 тасымалдаушылар аурудың ауыр ағымымен корреляцияланады, оны анықтау ауру ағымын болжауға қажет болады.

Құралдық зерттеулер:

- Буындар рентгенографиясы. Алғашқы өгерістер үнемі сегізкөз-мықын буыны аймағында дамиды болғандықтан АС күмән туғанда міндетті түрде жамбас рентгенограммасы алдыңғы - артқы проекцияда жамбастың барлық сүйектері мен жамбас буынын қамтылып жасалады. Сакроилеиттің ерте белгісі - сегізкөз жағынан да, мықын сүйегі жағынан да буын саңылауының кеңейген аймақтары мен таралған субхондральді остеосклероздың бірге кездесуі; кейін сегізкөз-мықын буынының толық анкилоздануы, сонымен қатар бұл буындар саңылауының тарылуы сакроилеиттің кеш белгілері болып табылады. Алғашқы жылдары сакроилеит біржақты және симметриялы емес болады, бірақ кейін екіжақты және симметриялы өзгерістері дамиды. Омыртқадағы өзгерістер ауру басталғаннан кейін бірнеше ай немесе жыл өткен соң пайда болады:

- 1) кейбір науқастарда аурудың салыстырмалы ерте кезеңдерінде бел бөлімінің алдыңғы спондилит белгілері анықталады: омыртқа денесінің алдыңғы бұрыш аймағының деструкциясы дамиды, ол қалыпты жағдайдағы ойысқан бүйірлік контурдың жоғалуына немесе тегістеліп кетуіне әкеледі, бұл контурдың тегіс болмауы, остеосклероз аймақтары дамиды;
 - 2) кеш өзгерістерге синдесмофиттер жатады: омыртқа денесінің контурынан шықпайтын (алғашқы синдесмофиттер бел мен кеуде бөлімі шекарасында пайда болады) фиброзды дискілердің сыртқы бөлігінің оссификацияланудың сызықтық зоналарының болуы, үшкіраралық және сары байламдардың сүйектенуі, доға өсінді буынының анкилозының капсулаға оссификациялануы;
 - 3) аталған құрылымдардың оссификациялануының таралуы "бамбук таяқшасы" суретін құрайды;
 - 4) омыртқааралық шеміршек пен омыртқа денесі (спондилодисцит) байланысы аймағында ошақтық немесе таралған өзгерістердің пайда болуы, қабырға мен омыртқа арасындағы буындар өзгеруі, остеопороз дамуы мүмкін.
- Магнитті-резонансті томография гадолинийді контрасттау арқылы сакроилеит пен омыртқа зақымдануының ерте сатысын диагностикалау үшін, сонымен қатар балалар мен жасөспірімдерді зерттеу үшін қолданылады.
 - Рентгендік компьютерлік томография сакроилеиттің дәлелденген белгілері жоқ болып салыстырмалы түрде бұрын клиникалық көріністері болған науқастарда қолданылады.
 - Ультрасонография - энтезопатияны анықтаудың сезімтал әдісі.
 - Сүйек денситометриясы остеопорозды ерте диагностикалау үшін қолданылады.

Сакроилеиттің рентгенологиялық кезеңдері (Келлгрэн бойынша, 1983)

1 кезең: өзгерістердің болуына күмәндану.

2 кезең: минимальді өзгерістер (эрозиялар немесе склероздың шағын жергілікті аймақтары).

3 кезең: күмәнсіз өзгерістер (эрозиямен, склерозбен, буын саңылауының кеңеюі және тарылуымен немесе буынның жартылай анкилозымен сипатталатын баяу немесе бірталай айқындалған сакроилеит).

4 кезең: бірталай өзгерістер (буынның толық анкилозы).

Мамандар кеңесіне көрсеткіштер:

- емдік дене шынықтыру бойынша инструктор;
- окулист - увеит дамығанда;

- кардиолог - қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігі немесе атриоventрикулярлы өткізгіш бұзылуы дамығанда;
- ортопед - жамбас буындары қызметінің бірталай бұзылуы, айқын кифоз.

Ажыратпалы диагноз:

- АС-ті арқаның төменгі бөлігінің генезі қабынулы емес бұлшықет-қаңқалы ауырсынудан ажырату керек. Ажыратпалы-диагностикалық мағына ауру сезімінің ырғағына, таңертеңгі құрысулыққа, омыртқа қозғалысының шектелу ерекшелігіне беріледі. Омыртқаның қабынулы емес зақымдануында ауру қозғалыстан кейін күшейеді, таңертеңгі құрысу болмайды не қысқа уақытты болады, қозғалысы жиі тек бір жазықтықта шектеледі. Елеулі түрде мағына сегізкөз-мықын буындарының рентгенологиялық суретіне, ЭТЖ және СРБ көлеміне, неврологиялық зерттеудің мәліметтеріне (АС кезінде өзгерістер табылмайды), кей жағдайда омыртқаның КТ қорытындысына беріледі.
- Балалар мен жасөспірімдерде АС Шейерман - Мау (бозбалалық кифоз) ауруы тәрізді немесе рентгенологиялық өзгерістерімен ерекшелетін омыртқаның басқа да туа біткен аномалиялар тәрізді өтеді. Ювенильді АС кезінде омыртқа жотасының зақымдануы 15-16 жасқа дейін сирек байқалатынын ескеру қажет.
- Кейде АС-ті инфекциялық спондилит пен спондилодисциттан айыру керек болады. Мұндай жағдайда негізгі мағынаны омыртқаның томографиялық зерттеулері (омыртқа маңы жұмсақ тіндерінде "натечник" анықталуы), туберкулезді және бактериальді инфекцияларды іздеу береді.
- АС Педжет ауруы (деформациялаушы остеит), Форестье ауруы (қаңқаның идиопатиялық диффузды гиперостозы), гиперпаратиреоз, аксиальді остеомаляция, флюороз, туа біткен немесе жүре пайда болған кифосколиоз, пирофосфатты артропатия, охроноз, конденсирлеуші илеиттің кейбір клиникалық және рентгенологиялық көріністерін еске салады. Барлық осы жағдайларда АС диагнозының жоғарыда аталған критерийлері байқалмайды, ал рентгенологиялық өзгерістері ұқсастығын білдіреді, бірақ олар АС кезіндегі өзгерістерге сай келмейді.

Негізгі диагностикалық шаралардың тізімі

Ауруханаға жоспарлы түрде жіберу алдындағы жүргізілетін қажетті зерттеулер көлемі:

1. ЖҚА;
2. қанның биохимиялық анализі (креатинин, жалпы белок, К⁺, Na⁺, АЛТ, АСТ, жалпы және тура билирубин, глюкоза, жалпы холестерин, глюкоза, СРБ, РФ, көрсеткіш бойынша қансарысуындағы темір);
3. микрореакция;
4. ЖЗА;
5. АЦЦП - циклдік цитруллинирленген пептидтің антиденелері IgG анықтау (anti-ССР);
6. генетикалық фактор- HLA-B27(мүмкіндік болса);
7. диагнозды алғаш анықтау кезінде – ЖЖБА - ға ПЦР (хламидия, гонорея, трихомонадалар), егер оң нәтиже алынса ауруханаға дейін инфекция ошағын алдын ала жою керек;
8. флюорография;
9. ЭКГ, ЭХО-КГ;
10. сакроилеальді бунақтар мен жамбас буындарының рентгенографиясы – жыл сайын;
11. гинеколог/уролог кеңесі, көрсеткіш бойынша – окулист, травматолог-ортопед, кардиолог, невропатолог.

Қосымша диагностикалық шаралардың тізімі:

1. Тәуліктік протеинурия;
2. ЭХО-КГ;
3. Құрсақ қуысы мүшелері мен бүйрек УДЗ-і;
4. ФГДС;
5. Жамбас сүйектерінің КТ (көрсеткіш бойынша);
6. Невропатолог, окулист, ортопед, ЕДШ инструктор кеңесі.

Ауруханадағы негізгі диагностикалық шаралардың тізімі

1. Тромбоциттері толық көрсетілген қанның жалпы анализі;
2. Коагулограмма;
3. СРБ, РФ, АЦЦП, белок фракциялары, креатинин, АЛТ, АСТ, тимол сынамасы;
4. ЭхоКГ;
5. Іш қуысы мүшелерінің және бүйректің УДЗ;
6. Илеосакральді аймақ пен жамбас буындарының R-графиясы.

Ауруханадағы қосымша диагностикалық шаралардың тізімі

1. ФГДС;
2. Омыртқаның басқа бөлімдерінің R-графиясы – көрсеткіш бойынша;
3. ЖЖБА-ға ПЦР (хламидия) – көрсеткіш бойынша;

4. Арнайы мамандардың кеңесі (окулист, уролог, невропатолог) – көрсеткіш бойынша.

АЖЫРАТПАЛЫ ДИАГНОЗ

АС кезінде ажыратпалы диагностика көбіне ауырсыну синдромы бойынша жүргізіледі. Арқа ауруы жалпы тәжірибелік дәрігерге қаралғандағы кеңінен таралған шағымдардың біріне жатады. Ажыратпалы диагностиканы жүргізудің қиындығы сол, арқаның ауруы ішкі мүшелердің көптеген ауруларында да байқалады (12 кесте). АС-ті генезі қабынулы емес арқаның төменгі бөлігінің бұлшықет-қаңқа ауырсынуынан айыра білу керек. Ажыратпалы диагностикалық мағына ауру сезімінің ырғағына, таңертеңгі құрысуға, омыртқадағы қозғалыс шектелуінің ерекшелігіне беріледі. Омыртқаның қабынулы емес зақымдануында ауру қозғалыстан кейін күшейеді, таңертеңгі құрысу болмайды не қысқа уақытты болады, қозғалысы жиі тек бір жазықтықта шектеледі. Елеулі түрде мағына сегізкөз-мықын буындарының рентгенологиялық суретіне, ЭТЖ және СРБ көлеміне, неврологиялық зерттеудің мәліметтеріне (АС кезінде өзгерістер табылмайды), кей жағдайда омыртқаның КТ қорытындысына беріледі.

12 кесте - Ішкі мүшелер аурулары кезіндегі арқа ауруы

Ішкі мүшелер аурулары	Нозологиялар
Жүрек - қан-тамыр аурулары	<ul style="list-style-type: none"> • ЖИА (оның ішінде миокард инфарктісі) • Перикардит • Қолқаның сыдырылмалы аневризмасы • Өкпе артериясының тромбозмболиясы
Тыныс алу мүшелерінің аурулары	<ul style="list-style-type: none"> • Пневмоторакс • Бөліктік пневмония • Плеврит
Өңеш аурулары	<ul style="list-style-type: none"> • Өңеш жыртылуы • Эзофагоспазм • Эзофагит
Құрсақ қуысы мүшелерінің аурулары	<ul style="list-style-type: none"> • Холецистит • Асқазан мен 12-елі ішектің ойық жара ауруы • Панкреатит • Диафрагма асты абсцесі
Инфекциялар	<ul style="list-style-type: none"> • Белдемелі лишай • Эпидемиялық миалгия • Инфекциялық эндокардит

Сонымен қатар, арқа ауырсынуы кейде қатерлі немесе қатерсіз ісіктермен байланысты болады (13 кесте).

13 кесте - Арқа ауруымен бірге жүретін ісіктер

Қатерсіз	Қатерлі
<p>Сүйектер ісігі</p> <ul style="list-style-type: none"> • Остеоид-остеома • Гемангиома • Аневризмальді сүйек кистасы • Эозинофильді гранулема 	<p>Омыртқаның бірінші ретті зақымдануы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Миелома ауруы • Остеогенді саркома
<p>Ми жұлынының, оның түбіршіктерінің және қабықшасының ісіктері</p> <p>Экстрадуральді</p> <ul style="list-style-type: none"> - липома - шваннома - фиброма <p>Интрадуральді</p> <ul style="list-style-type: none"> - шваннома - эпендимома - менингиома 	<p>Омыртқаға берілетін метастаздар</p> <ul style="list-style-type: none"> • сүт безінің обыры • өкпе обыры • қуықалды безінің обыры • бүйрек обыры, бүйрек үсті безінің ісігі • меланома • лимфома, оның ішінде лимфагранулематоз <p>Омыртқаға өсіп кететіндер</p> <ul style="list-style-type: none"> • асқазан обыры • тоқ ішек обыры • ұйқы безінің обыры • жатыр денесі мен мойнының обыры • аналық бездің обыры

Балалар мен жасөспірімдерде АС Шейерман - Мау (бозбалалық кифоз) ауруы тәрізді немесе рентгенологиялық өзгерістерімен ерекшелетін омыртқаның басқа да туа біткен аномалиялар тәрізді өтеді. Ювенильді АС кезінде омыртқа жотасының зақымдануы 15-16 жасқа дейін сирек байқалатынын ескеру қажет. Кейде АС-ті инфекциялық спондилит пен спондилодисциттан айыру керек болады. Мұндай жағдайда негізгі мағынаны омыртқаның томографиялық зерттеулері (омыртқа маңы жұмсақ тіндерінде "натечник" анықталуы), туберкулезді және бактериальді инфекцияларды іздеу береді.

АС Педжет ауруы (деформациялаушы остейт), Форестье ауруы (қаңқаның идиопатиялық диффузды гиперостозы), гиперпаратиреоз, аксиальді остеомаляция, флюороз, туа біткен немесе жүре пайда болған кифосколиоз, пирофосфатты артропатия, охроноз, конденсирлеуші илеиттің кейбір клиникалық және рентгенологиялық көріністерін еске салады. Түрлі жағдайлардағы арқа ауруының салыстырмалы сипаттамасы 14, 15 кестелерде берілген.

14 кесте - Спондилоартропатиялар мен остеохондроз кезіндегі аурудың салыстырмалы сипаттамасы

Критерийлер	Спондилоартропатиялар	Остеохондроз
Анамнезі	Біртіндеп басталады	Ауру физикалық күш түскеннен кейін пайда болады, бұрын да мұндай ұстамалар болған
Ауру сипаты	Сыздайды, пульсациялайды	Сыркырап сыздайтын ауру, түбіршік жаншылғанда - шаншып ауырады
Құрысу	Таңертеңгі құрысу айқын, көпке дейін кетпейді	Баяу, тез басылады
Физикалық күштің әсері	Тыныштықта күшейеді, күш түскенде әлсірейді	Тыныштықта әлсірейді, күш түскенде күшейеді
Арудың орналасуы	Ошақталған ауру екі жақты (сирек ауру кезекпен кезек не омыртқаның оң жағында, не сол жағында пайда болады)	Арудың нақты ошағы жоқ, бір жақты болады
Ауру интенсивтілігі	Түнде және таңертең күшейе түседі	Физикалық күш түскеннен кейін кешке күшейеді

15 кесте - Омыртқаның органикалық зақымдану себебінен болған ауру мен психогенді аурудың салыстырмалы сипаттамасы

Критерийлер	Омыртқаның органикалық зақымдануы	Психикалық бұзылулар
Шағымдарды ұлғайтып айтуға бейімділік	Жоқ	Бар
Ауру сипаты	Ошақталған	Екі жақты, ошағы айқын емес, сегізкөз бен сегізкөз аймағы кейде ауырады
Иррадиациясы	Иннервация зоналарына сай келеді	Иннервация зоналарына сай келмейді (мысалы, аяқтың алдыңғы жағына, барлық аяққа берілуі)
Жағдайының жақсару кезеңдері	Бар	Жоқ
Ем нәтижесі	Әр түрлі, нәтижесі бірден байқалмайды	Науқастар көбіне емнен бас тартады. Жағдайының кенет бірден жазылуы, кейін кенет тез нашарлауы болуы мүмкін

Жалпы қарау	Сыртқы түрі ауру интенсивтілігіне сай келеді, байқап қозғалады	Егер науқас өзін бақылап тұрғанын сезсе өзінің аянышын көрсете бастайды, бірақ оның әрекеті үнемі шағымдарға сай келе бермейді
Пальпация	Ауырсыну аурудың субъективті сезілген жерінде анықталады	Субъективті сезімдер мен зерттеу мәліметтері бір біріне сәйкес келмейді, науқас дәрігерден шеттей бастайды
Екі ретті пальпация нәтижесі (Магнусон сынамаcы)	Сәйкес келеді	Сәйкес келмейді
Белсенді қозғалыстар	Зақымдануға сай қозғалыс шектеледі	Барлық қозғалыс шектеледі
Осы тік салмақ түсіру сынамаcы	Ауру негізінде болмайды	Ауру пайда болады
Ласег әдісін екі рет орындау	Қорытындысы бірдей	Қорытындысы әр түрлі
Сезімталдық тың бұзылуы	Иннервация зоналарына сай келеді	Иннервация зоналарына сай келмейді ("шұлық" немесе "чулки" түріндегі сезімталдық бұзылуы)
Қозғалыс бұзылыстары	Иннервация зоналарына сай келеді	Иннервация зоналарына сай келмейді, бұлшықеттердің үлкен тобын қамтиды (мысалы, аяғының барлық жерінің әлсізденуі)
Сіңір рефлекстері	Қалыпты немесе төмендейді	Жоғарылайды
Критерийлер	Омыртқаның органикалық зақымдануы	Психикалық бұзылулар

Ерекше көңіл қарт жастағы адмдарға бөлінеді, себебі арқа ауруы еңбекке қабілеттіліктің жартылай және толық жоғалуына әкеледі және ажыратпалы диагностиканы мұқият жүргізуді талап етеді (16 кесте).

16 кесте - Қарт адамдардың беліндегі ауырсынуудың ажыратпалы диагностикасы

Сипаттамасы	Ауырсыну себептері				Қатерлі ісіктер
	Остеохондроз	Спондилолистез	Анкилоздаушы спондилит	50 жастан кейін	
Жасы	Кез келген жас, көбіне 30-60 жас	Кез келген жас, туа біткен спондилолистезде - жасөспірімдік жас	15-30 жас (40 жастан кейін аурудың басталуы - сирек)	50 жастан кейін	50 жастан кейін
Анамнезінде жарақаттың болуы	Ауырды көтеру немесе ыңғайсыз бұрылу	Көбіне ауру алғаш рет жарақаттан кейін пайда болады	Болмайды (тек қана кездейсоқ кездесуі); ауру біртіндеп басталады	Болмайды, ауру біртіндеп басталады	Болмайды, ауру біртіндеп басталады
Арудың орналасуы мен таралуы	Белдің бір жақты ауруы, сирек омыртқа бойы ауруы, сегізкөзқа, сегізкөз-мықын буындарына, бөксеге берілуі	Белдің бір және екі жақты ауруы, оның бөксеге, санға, балтырға, табанға берілуі	Бел ауруы бөксеге және жамбастың артқы бетіне берілуі мүмкін, ауырсыну бірде бір жақтан бірде келесі жақтан болуы мүмкін	Белдің жергілікті ауырсыну, түбіршіктер зақымданғанда бөксе мен аяқтарға беріледі	Белдің жергілікті ауырсыну, түбіршіктер зақымданғанда бөксе мен аяқтарға беріледі
Ауру сипаты	Қайталайды, терең, сыздайды	Қайталайды, сырқырайды, сыздайды	Қайталайды, сыздайды, пульсациялайды	Үнемі терең, өткір ауруы, көбіне түнде пайда болып кейін күшейе түсетін түбіршікті және берілген ауру	Үнемі терең, өткір ауруы, көбіне түнде пайда болып кейін күшейе түсетін түбіршікті және берілген ауру
Аруды не күшейтеді	Физикалық күш, ауыр көтеру, үйде жұмыс жасау	Ұзақ тұру, жүру, физикалық күш түсіру	Тыныштық: ауырсыну түнгі уақытта (науқасты оятады), төсекте аунағанда, таңертең ояғанда пайда болады	Қозғалу, ауыр көтеру, бақша мен үйде жұмыс істеу	Қозғалу, ауыр көтеру, бақша мен үйде жұмыс істеу
Қосымша симптомдар	Кейде шамалы тырысу болуы, жалпы симптомдар болмайды	Аяқтар парестезиясы, күш түскеннен кейін қозғалыс шектелуі	Омыртқаның барлық бөліктерінің тырысуы, кеуде ауруы, шеткері буындар артриті, ирит дамуы	Әлсіздік, шаршағыштық, арығу	Әлсіздік, шаршағыштық, арығу

Физикалды тексеру	L4, L5 немесе S1 омыртқаның үшкір өсінділерінің пальпациялау кезінде жергілікті ауруы немесе жанының ауруы, дене тұлғасының жан жаққа иілуінің, бүгілуі мен шалқаяғының шектелуі	"Даршы жүрісі", бел лордозының күшеюі, тұрған кезде аяқтары тізеден бүгіліп тұруы, пальпация кезінде ауырсыну, тайқып кепкен омыртқаның үшкір өсіндісінің әдеттен тыс қалпы, дене тұлғасы бүгілуінің шектелуі, бұлшықеттердің артқы тобының кернелуі	Бел лордозының жазылуы, дене қозғалысының шектелуі, мықын сүйектері қанаттарын басу мен айырудың, Пагрик, Шобер сынамаасының оң мәнді болуы	Бел лордозының жазылуы, зақымданған омыртқаның үшкір өсіндісін пальпациялау кезінде ауырсынуы, барлық қозғалыстың шектелуі, соңғы кезеңдерде - еріксіз қалыпқа түсу, неврологиялық симптоматика өте дөрекі, ал ауырсыну баяу болуы мүмкін.
Қосымша зерттеулер	Рентгенография	Тұру қалпындағы бүйірлі проекциядағы омыртқа рентгенографиясы	ЭГЖ зерттеу (жоғарылайды), жамбас рентгенографиясы (сакроилеит), омыртқа КТ, сүйектре сцинтиграфиясы, HLA B27 антигенін зерттеу	ЭГЖ және қан сары суындағы сілтілі фосфатазаның белсенділігін анықтау. Сүйектер рентгенографиясы мен сцинтиграфиясы

4. РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАР БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ЖОЛДАРЫ

Ревматологиялық саладағы науқастарды емдеу ҚР ДС диагностикалау және емдеу хаттамасына сай жүргізіледі.



9 сурет - Остеоартрозы бар науқастарды емдеу алгоритмі
(R. Altman, 2001)

ОСТЕОАРТРОЗДЫ ЕМДЕУ

(03.09.2013 ж. ДДРО сараптамалық кеңесі отырысының №5 Хаттамасы)

Остеоартрозы емдеу мақсаты:

- процестің үдеуін баяулату;
- ауыру сезімінің айқындылығын және қабынуды төмендету;
- асқынулар қаупі мен жаңа буындардың зақымдануын төмендету;
- өмір сапасын жақсарту және мүгедектікті болдырмау.

ОА бар науқастарды емдеу жолы

Дәрі-дәрмексіз ем

- Дене салмағын төмендету (диета, физикалық жаттығулар - аэробтық).
- Зақымдалған буындарды «жеңілдету» (ұзақ жүрмеу, тұрмау, ортопедиялық аяқ киім, супинаторлар, корсеттер кию, таяқ ұстау), емдік дене шынықтыру, физиоём.
- ОА кезіндегі физикалық жаттығулар ауырсынулардың азаюына және буындардың функционалдық белсенділігін сақтауға мүмкіндік береді. Сонымен қатар, жүрек-қан-тамыр ауруларының алдын алу туралы көзқарас жағынан физикалық жаттығулар науқастарға қажет.
- Диета. ОА алғашқы профилактикасынан айырмашылығы ОА үдеуін тежейтін дене салмағының азайтудың ролін дәлелдейтін арнайы зерттеулер жүргізілген жоқ. Науқастарға буындарға механикалық салмақ түсірмеу позициясы, онымен қоса жүрек-қан-тамыр патологиясының алдын алу мақсатында дененің қалыпты салмағын сақтауға бағыт беру керек.
- Тізе буындарына арналған ортездерді аурудың алғашқы кезеңдерінде, сонымен қатар деформациялар кезінде қолданады - варус және вальгус варианты 20° дейін биомеханикалық коррекцияланады (EVERYDAY, MEDIAL, LATERAL (RT,LT)).

Дәрілік ем:

Негізгі:

СЕКҚД + анальгетиктер (парацетамол 1,5 г/тәулігіне дейін)

Орталық әсері бар синтетикалық анальгетиктер (трамадол 100 мг/2 мл)

Ацеклофенак 100 мг таб.

Мелоксикам 15 мг таб.

Диациреин 50 мг капс.

Ұзақ әсері бар ГКС (локальді) (ірі буындар зақымданғанда):

1. Бетаметазон ацетаты 4 мг/мл;
2. Метилпреднизолон ацетаты 20,40,80 мг/мл

Натрий гиалуронатын буын ішіне енгізу (ірі және ұсақ буындар зақымданғанда). Тұтқырлығы тығыз имплантат 10 мг - 1,0 мл (остенил мини), буын ішіне, алақан мен табанның ұсақ буындары кезінде аптасына 1 рет №3 (3 апта бойы), тұтқырлығы тығыз имплантат 20 мг - 2.0 мл (орташа остенил) буын ішіне ірі буындар үшін № 3, циклі 3-5 инъекция, аптасына 1 рет, тұтқырлығы тығыз имплантат 40 мг-2.0 мл (остенил плюс ірі буындарға №1- аптасына 1 рет.

Хондропротекторлар:

1. Хондроитин сульфаты 1000 мг/тәулігіне 6 ай бойы
2. Хондроитин сульфаты май/гель сыртқа қолдану 5% 30 г, күніне 3 рет, 2-3 ай
3. Глюкозамин+ хондроитин сульфат (терафлекс 500мг, артра 500мг)

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

Қосымша:

Антидепрессанттар

1. Амитриптилин 25 мг, табл
2. Флуоксетин 10 мг и 20 мг, кап.
3. Венлафаксин 75 мг, 150 мг, ұзақ әсерлі капсулалар, таблеткалар

Орталық әсері бар миорелаксанттар (толперизон 50-150 мг - күніне 3 рет, немесе бұлшықетке 100 мг - тәулігіне 2 рет)

ТЕЗ ӘСЕР ЕТУШІ СИМПТОМАТИКАЛЫҚ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕР

- **Парацетамол** баяу ауру кезінде ауырсынуды азайту мақсатында (қабыну белгілері жоқ ОА кезінде) қолданылады. Парацетамол мөлшерін жекелей іріктейді, бірақ тәулігіне 2 г аспау керек, себебі дәрінің жоғары мөлшері асқазан-ішек жолдары жағынан асқынулар туғызуы мүмкін. Айтылған мөлшерде ОА кезінде парацетамолды 2 ай бойы қолдану қауіпсіз деп танылды.
- **СЕҚҚД** ОА кезінде парацетамолды қолдану нәтижесіз болса, сонымен қатар қабыну белгілері бар болса қолданады. СЕҚҚД нәтижелілігі бойынша бір бірінен асып түсулігі анықталмаған. СЕҚҚД таңдау ең алдымен нақты клиникалық жағдайларда олардың қауіпсіздігімен анықталады. Мысалы, индометациннің клиникалық-фармакологиялық қасиеттері ішінде оның ОА кезінде буын шеміршегінің метаболизміне кері әсері болатынын ескеру керек.
- **ЦОГ-2** селективті ингибиторларын мына келесі жағымсыз көріністер дамуының қауіпті факторлары болған кезде тағайындайды: 65 жастан асқандар, анамнезінде ойық жара ауруы немесе асқазан-ішек жолдарынан қан кету болса, ГК немесе антикоагулянттарды бір уақытта қолдану, ауыр қосымша аурулар.
- Селективті емес **СЕҚҚД** -ді синтетикалық простогландин мизопростолды мөлшері 200-800 мг/тәулігіне қолдану кезінде асқазан-ішек жолдары жағынан оң нәтиже болса да онымен емдеудің құны өте жоғары болып келеді.

Қабынған артриттар кезінде СЕҚҚД -і жүйелі түрде қабылдаудан айырмашылығы ОА кезінде тек ауырсыну күшейген кезеңде ғана қолданады. Артриттерге қарағанда РА кезінде СЕҚҚД-і қолдану мөлшері аз болады. ЦОГ селективті емес ингибиторлары: лорноксикам 12-16 мг/тәулігіне; ибупрофен 400—600 мг тәулігіне 3 рет, кетопрофен 100 мг/тәулігіне, диклофенак 50 мг тәулігіне 2 рет, лорноксикам 12-16 мг/тәулігіне. ЦОГ-2 селективті ингибиторлары: ацеклофенак 200

мг/тәулігіне, мелоксикам 7,5 мг/тәулігіне, нимесулид 100 мг тәулігіне 2 рет, целекоксиб 100 мг тәулігіне 1-2 рет

Ауырсынуды басатын наркотикалық топтың дәрісі (анальгетиктер). Трамадолды (опиоидты анальгетик, алғашқы күні 50 мг/тәулігіне біртіндеп мөлшерін 200-300 мг/тәулігіне дейін көбейту) парацетамол немес СЕҚҚД нәтижесіз болған жағдайда ауырсыну синдромын басу үшін, сонымен қатар дәрілік заттардың оптималды мөлшерін тағайындау мүмкіндігі болмаған кезде қысқа уақытқа қолданады.

БАЯУ ӘСЕР ЕТУШІ СИМПТОМАТИКАЛЫҚ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕР

• **Колхицин.** Қабыну белгісі және айқын ауырсынуы бар көп зақымданған буындары бар ОА кезінде, басқа емге тұрақты болғанда қолданады. Колхицинді бір жағынан ОА кезінде синовиальді сұйықтықта кальций пирофосфатының кристалдары анықталғанда, ал екінші жағынан - кристаллдар ширектіратын нейтрофидердің дегрануляциясын тежеу үшін қолданып негізделеді. Колхицинді мөлшері 1 мг/тәулігіне тағайындайды.

• **Буындар ішіне глюкокортикоидтар енгізу.** ГК буын ішіне енгізу қабыну симптомы бар ОА кезінде қолданады. ОА кезінде ГК тек тізе буынына ғана енгізеді. Ем нәтижесі ауырсыну мен қабыну симптомдарының азаюымен көрініп ұзақтығы 1 аптадан 1 айға дейін созылады. Триамцинолон (20-40 мг), метилпреднизолон (20-40 мг), бетаметазон (2-4 мг) қолданады. Енгізу жиілігін жылына 2-3 реттен асырмау керек. Егер жиі енгізсе буын қирауының үдеуі мүмкін.

• **Хондроитин сульфаты, глюкозамин гидрохлориді** - ішке 500 мг глюкозамин гидрохлоридін, 400 мг хондроитин сульфатын тәулігіне 3 рет 3 апта қолданады, кейін 500 мг глюкозамин гидрохлоридін, 400 мг хондроитин сульфатын тәулігіне 2 рет қолданады. Қабылдаудың минималды курсы – 2 ай. Емдеу курсы 3 ай сайын қайталайды.

• **Құрамында хондроитин сульфаты және глюкозамин сульфаты бар дәрілер** ОА кезіндегі буын ауырсынуын азайтады, нәтижесі бірнеше ай бойы сақталады, науқастар жақсы қабылдайды (пероральді және парентеральді қабылдайды). Олардың құрылымдық-модифицирлеуші әсерінің (буын саңылауының тарылуын, остеофиттердең пайда болуын тежеу) мүмкіндігі туралы мәліметтер алынды: тізе буындарының ОА кезінде (хондроитин сульфаты, глюкозамин сульфаты), алақан буындарының ОА (хондроитин сульфаты), әйелдерде менопаузадан кейін дамыған остеоартритте (глюкозамин сульфаты) қолдану.

• **Хондроитин сульфатты** 750 мг тәулігіне 2 рет - алғашқы 3 аптада, кейін 500 мг ішке тәулігіне 2 рет тағайындайды, курс ұзақтығы - 6 ай.

• **Глюкозамин сульфатын ішке** 1500 мг/тәулігіне (бір рет) немесе бұлшықетке аптасына 2-3 рет тағайындайды, жалпы курсы 4-12 апта, курстарды жылына 2-3 рет қайталайды.

• **Гиалуронат туындылары (остенил)** - гиалуронаттың оптимальді молекулярлы массасын буын ішіне қолданады. Науқастар емді жақсы көтереді, сирегірек буынға енгізу кезінде псевдоподагра шабуылы тәрізді ауырсыну болуы мүмкін. Олардың құрылымдық-модифицирлеуші әсері туралы мәліметтер алынған (буында синовиальді сұйықтықты толтырып амортизирлеуші зат, майлағыш зат және зиянды заттар мен қабынуды туғызатын клеткалардың енуіне кедергі болатын фильтр ретінде әсер етеді).

• **Интерлейкин 1 ингибиторы (диацереин)** ауырсынуды азайту, буын қызметін жақсарту және ОА үдеуін тежеу үшін қолданады. Диацереин ауырсынуды азайтады, тізе мен жамбас буындарының ОА кезінде нәтижесі бірнеше айға созылады. Диацереинді 50 мг тәулігіне 1 рет, кейін 50 мг тәулігіне 2 рет ұзаққа тағайындалады.

• **Авокадо және сояның жуылмайтын қосындылары (АСЖҚ)** - **пиасклединді** ауырсынуды азайту, буын қызметін жақсарту және ОА үдеуін тежеу үшін қолданады. АСЖҚ тін өнімдері стимуляторлар деңгейін жоғарылатып индуцирленген ОА кезінде хондропротекторлық әсер береді. АСЖҚ ауырсынуды азайтады, СЕҚҚД қажеттілікті азайтады және ем аяқталған соң бірнеше ай бойы әсері сақталады. Пиаскледин тәулігіне 300 мг 1 рет ұзаққа қолданылады.

• **Емнің басқа түрлері. Хирургиялық ем.** Буындарды эндопротездеу ОА бар науқастарда консервативті емге басылмайтын айқын ауырсыну синдромы бар болса, буындар қызметінің күрделі бұзылыстары (айқын деформациялар, буын тұрақсыздығы, контрактуралар мен бұлшықет атрофиясына дейін) дамыған кезде қолданылады. Эндопротездеудің ең жақсы нәтижелері 45-45 жастағы науқастарда, дене салмағы <70 кг болғанда, өмірдің жоғарғы әлеуметтік деңгейі болғандарда байқалды.

Профилактикалық шаралар:

- дене салмағын бақылау;
- ауыр физикалық жүктемелерді болдырмау (тұрмыстық, спорттық, кәсіби).

Әрі қарай жүргізу:

- диспансерлік бақылау;
- үдемелі ағым кезінде – хирург консультациясы (хирургиялық түзету қажеттілігін шешу үшін).

Ем тиімділігінің индикаторлары:

- жаңа буындар зақымдалуының болмауы;

- ауыру сезімдік синдромдардың, қабыну белгілерінің азаюы немесе жоғалуы;
- өмір сапасының жақсаруы.

СЕҚҚД жұмыстық жіктелуі

1. ЦОГ-1 селективті ингибиторлары (ацетилсалицил қышқылының төменгі мөлшері).
2. ЦОГ селективті емес ингибиторлары (көптеген "стандартты" СЕҚҚД).
3. ЦОГ-2 нақты селективті ингибиторлары (мелоксикам, нимесулид).
4. ЦОГ-2 спецификалық (жоғарғы селективті) ингибиторлар (целекоксиб, рофекоксиб).

13 кесте - СЕҚҚД сипаттамасы

Аты	Фармакокинетикасы		Мөлшер-лер диапа-зоны, мг/күніне	Аналь-гети калық нәтиже-сі, %	Қабылдау реті
	Әсерінің басталуы, мин	T 1/2, ч			
Натрий диклофенакы	30	1-2	75-150	80-85	2-3
Ибупрофен	30	1,2-2,1	1200-2000	60-70	3-4
Кетопрофен	60-90	1,6-1,9	100-200	75-80	2-3
Лорноксикам	60-90	3-5	8-16	80-85	2
Мелоксикам	30-45	20	7,5-15	80-85	Бір рет
Напроксен	120-240	12-24	500-750	70-80	2-3
Нимесулид	60-90	2-3	100-200	80-85	1-2
Целекоксиб	120-180	11,2	100-200	80-85	1-2

Жергілікті қолданылатын СЕҚҚД үшін талаптар:

- жергілікті қолданылатын дәрі нақты патологияны емдеу кезінде тиімді болу керек;
- жергілікті улы және аллергиялық реакцияларды туғызбау керек;
- тін-нысаналарға жету керек;
- қан сарысуындағы дәрі концентрациясы жағымсыз әсер беретін мөлшерге алып келетін деңгейге жетпеу керек;
- дәрінің метаболизмі мен шығарылуы оны жүйелі қолданған кездегі сияқты болу керек.

14 кесте - СЕКҚД жергілікті дәрілік түрлері

СЕКҚД коммерция лық атауы	Дәрілік түрі	Қабылдау әдісі	Кері көрсеткіштері	Сақтық шаралары	Жағымсыз кері әсері
Бутадион	Май 5%	Тері бетіне жағу күніне 2-3 рет	Экзема, гиперсезімталдық, терінің трофикалық зақымдануы	Аптасына 2 рет жаққанда шеткері қанды бақылау керек	Аллергиялық реакциялар
Индометацин	Гель 5%, 10%	Сыртқа ұзындығы 4-5 см гельді жұқа қылып жағу, 3-4 (5% гель) немесе тәулігіне 2-3 (10% гель) рет	Гиперсезімталдық, асқазан немесе он екі елі ішектің ойық жара ауруы, дәрі жағатын жер терісінің тұтастылығының бұзылуы	Гельдің көзге, кілегей қабаттарға, ашық жараларға түспеуін бақылау керек	Аллергиялық реакциялар
Диклофенак	Гель 5% май 2%	Тері үстіне ұзындығы 2,5-5 см гельді тәулігіне 3-4 жағу	Гиперсезімталдық, "аспириндік" бронх демікпесі	Терінің зақымданған жеріне жағуға болмайды, көзге, кілегей қабаттарға түспеуін бақылау керек	Қышу, эритема, жүйелік жағымсыз кері әсерлері болуы мүмкін
Кетопрофен	Гель 2,5%	Тері үстіне ұзындығы 3-5 см-дей толығымен сіңіргенше байқап жағады.	Гиперсезімталдық	Терінің зақымданған жеріне немесе ашық жараларға жағуға болмайды	Аллергиялық реакциялар
Ибупрофен	Крем 5% Гель 5%	Тері үстіне ұзындығы 5-10 см-дей күніне 3-4 рет толығымен сіңіргенше байқап жағады.	Гиперсезімталдық, инфицирленген жаралар мен жарақаттар, экзема	Ашық жараларға немесе кілегей қабаттарға жағуға болмайды	Жергілікті аллергиялық реакциялар, тері гиперемиясы қызуды сезіну

15 кесте - Глюкозамин мен хондроитин сульфатының нәтижесі

Нәтиже	Глюкозамин сульфаты	Хондроитин сульфаты
Анаболикалық	Глюкозаминогликандар синтезі үшін субстрат; протеогликандар синтезін стимуляциялайды	Хондроциттерде РНК құрамын көбейтеді, протеогликандар синтезін стимуляциялайды
Антикатаболикалық	Стромелизин, коллагеназа, А ₂ фосфолипаза және т.б. белсенділігін ингибирлейді	Лейкоцитарлы эластаза, агрекканаза, коллагеназа синтезін және т.б. белсенділігін ингибирлейді
Қабынуға қарсы	Супероксидті аниондардың пайда болуына кедергі жасайды, лизосомальді ферменттер белсенділігін ингибирлейді.	Индүцирленген ИЛ-1 қабыну простогландиндер синтезін басады

Сонымен қатар, дәлелді медицина қағидалары бойынша остеоартрозы бар науқастарды жүргізудің халықаралық ұсыныстары бар.

**ҚОЛ БАСЫ ОСТЕОАРТРОЗЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ
EULAR 2007 БОЙЫНША ЖҮРГІЗУДІҢ НЕГІЗГІ НҰСҚАУЛАРЫ**

1. Қол басы буындарының ОА бар науқастарды оңтайлы жүргізуде фармакологиялық емес және фармакологиялық емдердің жекелеген үйлестірілуі талап етіледі.

Нұсқау күші (95% ДИ): 95 (92–98). Дәлелдік деңгейі IV (сарапшының ойы).

Тұжырымның қисындылығы мен белгіленген клиникалық тәжірибеге, РКЗ алынған сәйкес келген дәлелдерге қарамастан нақтылауға жеткіліксіз.

2. Қол басы ОА емдеу кезінде зақымданудың орналасуын; қауіп факторларының болуын (жасы, жынысы, қажетсіз механикалық факторлар); ОА түрін (түйінді, эрозиялық, жарақаттық); қабынудың болуын; құрылымдық өзгерістердің айқындылығы, ауырсыну, қызметтік шектелу мен өмір сүру сапасының төмендеуінің; қосымша ауруы мен емінің (ОА басқа буындарда болуы); сонымен қатар науқастың сенімі мен өтінішін есепке алу керек

Нұсқау күші (95% ДИ): 84 (76–92). Дәлелдік деңгейі IV.

EULAR сарапшыларының пайымдауынша РКЗ қарастырылған қосымша сырқаттары бар біртекті топтардағы науқастарда бір екі

монотерапия түрлерінің тиімділігі тексерілгендіктен зерттеудің қортындысын барлық қол басы ОА бар науқастарға сәйкестендіруге келмейді. Көптеген маңызды факторлардың болмауына байланысты предиктор қорытындысының оң не теріс екенін анықтау қиындық туғызды. Науқастарды жүргізуде олардың күтуі есепке алынбады; қосымша ауруларына деген көзқарас пен емдеудің басқа түрлеріне күмәнмен қаралды.

3. Қол басы ОА бар барлық науқастарға буынды қорғау әдістерін (қажетсіз қозғалыстардан қорғану) және физикалық дене қимылдарына (қозғалыс көлемі мен буынды қатайтуға бағытталған) үйрету.

Нұсқау куші (95% ДИ): 59 (45–74). Дәлелдік деңгейі IV.

РКЗ 40 науқас қатысқан бір тексеруінде «буынды қорғау бағдарламасы мен үй жағдайында буын қозғалысын ұлғайту жаттығулары» кешенін науқастардың ОА туралы «шектелген» ақпараты жағдайында салыстырған: EULAR сарапшылары осындай зерттеулерді жалғастырудың қажеттілігін растаған. РКЗ, қол басы ОА кезінде қалыптастыратын арнайы жаттығулар табылмаған. Соған қарамастан сырқаты туралы білу мен физикалық жаттығулар көптеген созылмалы ауырсыну синдромдарында, сонымен қатар ОА кезінде де емнің басты бір әдісі болып табылады (A. Warsi et al., 2003; J. Chodosh et al., 2005). Екі жүйелік қарауда біліктілік бағдарламаларының әсері бар екенін көрсеткен, әйтсе де олардың әсері шамалы болса дағы ОА әр түрлі орналасуында (ES = 0,06; 95% ДИ 0,02–0,1) ауырсыну айқындылығының төмендеуі және буын қызметінің жақсаруы (ES = 0,02; 95% ДИ 0,02–0,1) дәлелденген. Жаттығуларды орындау ауырсынуды басуға үлкен септігін тигізеді екен (ES = 0,32; 95% ДИ 0,23–0,42) және қызметтің едәуір жақсаруы байқалған (ES = 0,32; 95% ДИ 0,23–0,41) (E. Roddy et al., 2005). Қортындылай келе, қол басы ОА ауруы туралы білу мен физикалық жаттығулардың әсерін дәлелдеуді жеткіліксіз екенін айтуға болады.

4. Жергілікті жылу процедуралары (парафин аппликациясы, ыстық компресс), әсіресе жаттығулар алдында жасалса, сонымен қатар ультрадыбысты терапия дұрысырақ болады.

Нұсқау куші (95% ДИ): 56 (40–71); жылу процедуралары үшін — 77 (69–85), ультрадыбыс үшін — 25 (15–36). Дәлелдік деңгейі IV.

РКЗ, қол басы ОА жылу және ультрадыбыстық әсерлері туралы арнайы ақпараттар жоқ. "Кокранов жүйелік қарауында жүйелі шолу L. Brosseau et al. (2003) барлығы 3 РКЗ (бірде-бір қол басы ОА бойынша) жүргізілген, тек біреуінде гонартроз кезінде 3 апта бойы физиотерапия ретінде жергілікті қолдануға ыстық немесе суық компрессстің адьювант әсері зерттелді және "ыстық компресс + физиотерапия", "суық компресс + физиотерапия және тек физиотерапия" бағдарламасы арасында ешқандай айырмашылықтың жоқтығы көрсетілген. Жаттығу алдында қол басын

жергілікті жылыту не суытудың пайдасы зерттелмеген. Жылумен жергілікті емдеу қауіпсіз әрі әсерлі болып есептелгенмен тексеруде дәлелденбеген.

Қол басы ОА ультрадыбысты терапия қарастырылмаған, алайда гонартроз кезінде зерттелген. Кокранов жүйелік қарауына 3 РКЗ енген, онда тізе және жамбас сан ОА бар науқастарға (V.A. Robinsos et al., 2006) қысқа толқынды диатермия мен плацебоның ультрадыбыспен емдеуден еш басымдылығы жоқтығын көрсеткен.

Сарапшылардың қортындылауы бойынша РКЗ қол басы ОА жылумен не ультрадыбыспен кешенді не физиотерапияның басқа түрлерімен біріктіре отырып емдеудің тікелей дәлелдері жеткіліксіз; ең маңыздысы гонартроз бен коксартроз кезінде ультрадыбысты терапияның әсерінің болмауы.

5. I саусақтың алақан саусақ буынының ОА үшін бүйірлік бұғу мен бұғу деформациясын түзеу және алдын алу ретінде протез бен шиналарды қолдану ұсынылған.

Нұсқау күші (95% ДИ): 67 (57–77).

Осы жағдайды дәлелдеу үшін плацебо тексеру, не салыстырмалы РКЗ табылмаған. 2 үлкен емес ($n = 26$, $n = 21$) зерттеуде қиысу дизайны бойынша толық шинаның (бас бармақтың негізі мен білектікті жабу) және жартылай шинаның (қорғаныс тек бас бармақ негізінде) білезік алақан буынының ОА бар науқастарда әсері салыстырылды (S. Weiss et al., 2000; 2004). Бірінші әдістің ауырсынуды басуда үлкен әсері байқалған (ES = 0,64; 95% ДИ 0,02–1,26). Науқастың күнделікті белсенділігін арттыруда NNT көрсеткіші 4 құраған (95% ДИ 2–13). Зерттеуде шина салудың девиация мен деформацияға әсері бағаланбаған. J.H. Buurke et al. (1999) толық шина салудың әртүрлі түрлерімен ертеректе жасалған қиыспалы зерттеуінде ешқандай өзгеріс болмаған. Тенар шиналауда білекті қорғау бірге жүруі керек, себебі сол кезде емнің әсері жоғарылайды (дәлелдік деңгейі *Ia*), сонымен қатар нұсқаулықта плацебо тексеру мен салыстырмалы РКЗ өткізу ұсынылған (дәлелдік деңгейі *IV*).

6. Шамалы буындардың зақымдалған кезінде ауырсынудың айқындылығының аз не шамалы кезінде жүйелікке қарағанда жергілікті терапия әлде қайда тиімді. Қол басы ОА бар науқастарды емдеуде ҚҚСЕП топикалық түрлері мен капсаицин қауіпсіз және тиімді.

Нұсқау күші (95% ДИ): 75 (68–83). Дәлелдеу деңгейі Ia.

ҚҚСЕП топикалық түрлері жүйелік терапияға пара пар болып 1982 жылдары алғаш рет рандомизирленген плацебо тексеріс кезінде троламин салицилатынын крем түрін гонартрозды емдеуде жақсы әсерін көрсетті (G.J. Algozzine et al.). Содан бері тағы 4 РКЗ өткізілді, оның ішінде 2 - плацебо- тексеру. J. Lin et al. (2005) жүйелік тексеруінде қол басы ОА бар науқастар тобында ҚҚСЕП жергілікті қолдану тиімділігі

мен әсері жоғарырақ (ES = 0,77; 95% ДИ 0,32–1,22), ал пероральды қолдануда әлде қайда төмен (ES = -0,05; 95% ДИ - от -0,27 до 0,17).

Сонымен қатар, ҚҚСЕП терапиясы плацебомен салыстырғанда гастроинтестиналды қарсы әсері жоғары емес (RR 0,81, 95% ДИ 0,43–1,56). Бұл гастроинтерстициалды қауіпсіздік туралы мәліметтер басқа да бұлшықет қаңқа ауырсынуы бойынша РКЗ жүйелік қарауында топикалық ҚҚСЕП пероральды түріне қарағанда асқазан ішек жүйесіне келтірген асқынуы азырақ (R.A. Moore et al., 1998).

«Жағдай — бақылау» түріндегі популяциялық зерттеулер бойынша J.M.M. Evans et al., 1995), ҚҚСЕП пероралды және топикалық түрлерін қабылдап асқазан ішек жолдарына қан кету жағдайлары бар 1101 науқастарда (бақылау — 6593 адам, негізгі топтың науқастарымен жынысы мен жасы бойынша сәйкестендірілген), қан кету мен перфорация жағдайы ҚҚСЕП топикалық түрі емес (OR 1,45, 95% ДИ 0,84–2,50), тек пероралды түрін қабылдаған жағдайда ғана дәлелденген (OR 2,59, 95% ДИ 2,12–3,16).

Созылмалы ауырсыну синдромын, сонымен қатар ОА емдеуге капсаицинді жергілікті қолданудың жүйеленген қарау зерттеуіне (W.Y. Zhang, P.A. Li Wan, 1994), екі РКЗ енгізілген (G.M. McCarthy, D.J. Mccarthy, 1992; T. Schnitzer et al., 1994). Қорытынды бойынша плацебомен салыстырғанда капсаицинді 4-апталық жергілікті терапиясынан клиникалық әсері жоғары (NNT = 3, 95% ДИ 2–5).

Сонымен, қол басы буындарының ОА емдеуде ҚҚСЕП және капсаицинді топикалық түрі тиімді (*дәлелдік деңгейі Ia*). Бұл жергілікті терапия препараттарының жүйелік қарсы корсеткіштері плацебоға қарағанда көп емес, бірақ кейде жергілікті терілік көріністер болуы мүмкін.

7. Парацетамол әсері мен қауіпсіздігі бойынша пероралды ауырсынуды басатын бірінші қатардағы дәріге жатады (мөлшері 4 г/тәулігіне дейін), әсері болған жағдайда ұзақ уақыт қабылдауға болады

Нұсқау күші (95% ДИ): 87 (78–96). Дәлелдеу деңгейі IV.

Қол басы буындарының ОА кезінде ондаған жылдар бойы парацетамол қолданылғанына қарамастан плацебо бақылау зерттеулері жасалмаған. Қол басы буындарының ОА бар науқастарда ҚҚСЕП мен парацетамол арасындағы салыстырмалы зерттеуінде ҚҚСЕП әсері басымырақ (G. Rovetta, P. Monteforte, 2001; G. Rovetta et al., 2001), және парацетамол әсері белгісіз күйінде қалған. Бұл препараттың есебіне ОА басқа түрлері кезіндегі дәлелдер көрсетілген (EULAR бойынша гонартрозы (2003) мен коксартрозы (2005) бар науқастарды жүргізуді қара). Жақында жарияланған 2 жүйелік бақылауда көрсетілгендей ҚҚСЕП әсері көбірек болғанымен (T. Towheed et al., 2006; W. Zhang et al., 2004) парацетамолдың ОА кез келген түрінде ауырсынуды басатын әсері жарияланған (ES = 0,21; 95% ДИ 0,02–0,41; NNT = 2; 95% ДИ 1–3).

Одан басқа да препарат таңдауда клиникалық шешім тек оның әсеріне ғана емес, сонымен қатар жанама әсері мен бағасы да ескеріледі. *Қауіпті гастроинтестиналды асқынуларын есепке алсақ парацетамолдың асқазан ішек жолдарында тугызатын қаіпсіздігі ҚҚСЕП қарағанда әлде қайда жоғары* (W. Zhang et al., 2005). Парацетамолдың гастроинтерстециалды жанама әсері туралы жекелеген мәліметтер ғана бар (L.A. Garcia Rodriques, S. Hernandez-Diaz, 2001), бірақ олар басқа зерттеулерде дәлелденбеген (метаанализ мәліметі бойынша S.C. Lewis et al., 2002); сонымен қатар, гастроинтерстициалды қауіпі жоғары науқастарға парацетамолдың жанама әсерінің аздығынан көбірек тағайындаған. РКЗ W. Zhang et al. (2004) жақында өткізген метаанализі парацетамолдан кейінгі асқазан ішек жолдарының плацебодан еш айырмашылығы жоқтығы эндоскопиялық дәлелденген: парацетамолдан шырышты қабаттың жедел өзгерістері байқалмаған. Бірақ EULAR сарапшылары осы сұрақ бойынша арнайы жоспарланған зерттеу өткізу керектігін алдыға тартады. Парацетамолдың бүйрекке зиянды әсері жайында мәліметтер аз (С.М. Fored et al., 2001; К.М. Rexrode et al., 2001). Бауырға деген улы әсері науқастың оз бетімен терапиялық мөлшерден асқан жағдайда ғана байқалған, ал мөлшерімен улы әсері туралы ақпар жоқ. Жүрек пен бас ми тамырларына парацетамолдың кері әсері жоқ, осы кезде РКЗ біршамасында зиянды әсерді ЦОГ-2 ингибиторы - рофекоксибтың (С. Bombardier et al., 2000; Р. Juni et al., 2004), вальдекоксибтың (S. Aldington et al., 2005) және целекоксибтың (S.D. Solomon et al., 2005), кейінірек осындай әсер ҚҚСЕП селективті емес түрлерінде де анықталған (US Department of Health and Human Services, 2004). Сондықтан парацетамол көптеген созылмалы ауырсынуы, ОА бар науқастарда бірінші реттегі дәрі болып табылады.

Қорытынды: қол басы ОА бар науқастарды емдеу кезінде парацетамолдың тиімділігі толық анықталмаған, сонымен бірге EULAR ұсынысы тек ОА басқа түрлеріне (дәлелдеу деңгейі Ia) және сарапшылар ойына (дәлелдеу деңгейі IV) сүйене отырып жасалған зерттеулер. Ауырсынуды ҚҚСЕП нашар басқанымен, дәрі қауіпсіз әрі арзан, сондықтан оны пероралды аналгетиктер арасынан қол басы ОА кезінде бірінші реттегі дәрі деп есептеуге болады (дәлелдеу деңгейінің жалпы бағасы IV).

8. Парацетамол әсері аз болған жағдайда ҚҚСЕП қысқа курспен төмен мөлшерде тағайындайды. Науқастың ҚҚСЕП қажеттілігін міндетті түрде қарап отыру керек. Гастроинтерстициалды асқынуға бейім науқастарға ҚҚСЕП селективті емес түрімен қоса гастропротектор немесе селективті ЦОГ-2 ингибиторын (коксиб) беру дұрысырақ. Кардиоваскулярлы қауіпі бар науқастарға коксибтар қарсы көрсетілген, ал ҚҚСЕП селективті емес түрін абайлап тағайындау қажет.

Нұсқау күші (95% ДИ): 81 (74–88). Дәлелдеу деңгейі Ia.

EULAR сарапшылары осы нұсқауларды құрағанда тек қол басы ОА кезінде ҚҚСЕП зерттеудің 3 ғана таңдауларына сай келген. Оларда *меклофенаматын* в дозе 300 мг/тәу 4 апта бойы 41 науқасқа (V. Seiler, 1983), *ибупрофен* 800 мг/тәу 2 апта бойы 60 науқасқа (R.L. Dreiser et al., 1993), *люмиракоксибты* тәулігіне 200 или 400 мг 4 апта 594 науқасқа 4 елде препараттардың тиімділігін зерттеген (J.K. Grifka et al., 2004). 3 РКЗ барлығында ҚҚСЕП плацебодан артықшылығы көрсетілген. Қайта сараптама жүргізгенде R.L. Dreiser et al. и J.K. Grifka et al. ибупрофен мен люмиракоксибтың ауырсынуды басудағы әсерін көрсеткен (ES = 0,4; 95% ДИ 0,2–0,6), ал NNT индекс 3 құраған (95% ДИ 2–6). Люмиракоксиб в дозе 200 мг/тәу мен 400 мг/тәу әсері бірдей; қол басы ОА бар науқастарда аз мөлшерде қабылдау қолданылады.

ҚҚСЕП терапияның басты мәселесі препараттың асқазанға улы әсері болып табылады (метаанализ J. Ofman et al., 2002). Асқазан ішек жолдарының ауыр асқынулары мөлшерге тікелей байланысты болғандықтан, коморбидті және егде жастағы ОА қоса қосымша ауруы бар науқастарға ҚҚСЕП мөлшерін көбейту қажеттілігі туындағаннан тағайындауға шектеу қойылады (метаанализ S.C. Lewis et al., 2002). Гастропротекция стратегиясына байланысты ҚҚСЕП жақсы әсері үшін келесі комбинациялар ұсынылған: 1) ҚҚСЕП мен ИПП; 2) ҚҚСЕП пен H₂-блокатормен; 3) ҚҚСЕП пен мизопростол; 4) ЦОГ-2 ингибиторларын - селективті және арнайы (коксибтер). Осы комбинация кезінде эндоскопиялық ойық жаралардың пайда болу қаупі азаяды (A. Rostom et al., 2004). Бұған дәлел ретінде, әсіресе симптомдық ойық жара пайда болуы жайлы дәлелдер, L. Hooper et al. (2004) жүйелік бақылауында - бұл 112 РКЗ (барлығы 74 666 науқас), сонымен қатар ірі деген зерттеулер - CLASS (n = 8058) (F.E. Silverstein et al., 2000), VIGOR (n = 8076) (C. Bombardier et al., 2000) және TARGET (n = 18 325) (M. Farkouh et al., 2004) ҚҚСЕП мен H₂-блокатор комбинациясын есепке алмағанда, ҚҚСЕП гастропатияны қалған 3 стратегия 50–90% азайтады. Алайда бұл стратегиялардың өзі аса сақтықпен қолданылуы керек, себебі өзіндік улану мүмкіндігі бар: мысалы мизопростол кезінде диарея болуы, ал коксибтар кардиореналды әсер көрсетуі мүмкін (P. Juni et al., 2004; S. Aldington et al., 2005; S.D. Solomon et al., 2005).

Жоғарыда айтылған дәлелдерге қосымша ADAPT (Alzheimer's Disease Anti-inflammatory Prevention Trial) зерттеуінде напроксенді қолданғанда байқаусызда пайда болған кардио- және цереброваскулярлы өзгерістер коксибтың тән жанама әсеріне қарағанда ҚҚСЕП кардиореналды улы әсерін белгілеген (2004). Сонымен қатар, әртүрлі коксибтердің қолданылуы кезінде гастропатияның болу қаупі төмендейді және жүрекке улы әсері түрлі болуы мүмкін. EULAR сарапшылары осы бағытта қажетті зерттеуді жалғастырып, ҚҚСЕП клиникада қолдану жайлы ЕМЕА (European Medicines Agency) мен FDA (Food and Drug Administration) мәліметтерін пайдалануды ұсынған.

Гастропатияның фармакоэкономикалық аспекты бойынша (ойық жара, перфорация, қан кету), ЦОГ-2 ингибиторын қолдану әлде қайда тиімді (EULAR коксартрозы бар науқастарды жүргізу нұсқауларын қара); бірақ ҚҚСЕП мен гастропротектор қосылысы QALY (R.A. Elliot et al., 2006) бойынша төмен баға тұрады. Гастропротекция мен ҚҚСЕП терапия бағасы туралы әртүрлі сұрақтар арасында зерттеу жеткіліксіз, сондықтан әріқарайғы бақылауды талап етеді, әсіресе бұл ем түрі гастроинтестиналды қауіпі бар қан кету болған науқастарда әсері жоғары.

ҚҚСЕП қолданылуы Еуропаның әр елінде әртүрлі. Ұлыбританияда оларды тек парацетамолдың ауырсыну басатын әсерінің жеткіліксіздігінде ғана тағайындаса, Австрияда ҚҚСЕП ОА бар науқастарда бірінші қатардағы препарат болып есептеледі. ҚҚСЕП қолданбас бұрын дәрілік препараттың нақты пайдасы мен жанама әсері туралы толық мәлімет алып (осы нұсқаудың 1 және 2 позициясын қара), науқаспен толықтай сөйлесіп тек содан соң ғана қабылдау керек.

Қорытындылай келе, ҚҚСЕП қол басы ОА қолдану кезінде жоғары көрсеткіштерге ие (*дәлелдеу деңгейі Ia*), бірақ гастроинтестиналды әсері сияқты жанама қауіпті әсерлерімен қоса жүреді (*дәлелдеу деңгейі Ia*). Гастропротекция стратегиясы бойынша (ҚҚСЕП пен ИПП комбинациясы немесе мизопростолмен бірге; селективті ЦОГ-2 ингибиторын тағайындау) ҚҚСЕП ассоцирленген гастроинтестиналды әсері 50–90 % төмендегенімен (*дәлелдеу деңгейі Ia*), олардың жалпы қауіпсіздігі дұрыс зерттелмеген (*дәлелдеу деңгейі Ib*). Гастропротекция стратегиясы гастроинтестиналды қауіпі жоғары топтарда үнем есебінен расталған.

9. ОА емдеуде симптоматикалық баяу әсер ететін препараттар (мысалы, глюкозамин, хондроитин сульфат, авокаданың сабындалмайтын бөліктері және ұйқы, буын ішіне салуға диацереин, гиалуронат) жалпы емдік әсері соншалықты болмағанымен улы әсері төмен, науқастарды таңдау критериилері анықталмаған, ал клиникалық сәйкестілік құрылымдық модифицирленген аспектісі нақты анықталмаған.

Нұсқау күші (95% ДИ): 63 (48–76). Дәлелдік деңгейі Ib–IV әр препарат үшін

SYSADOAs тобы бойынша препараттардың дәлелдік негізі гонартрозы бар науқастарда жүргізілген зерттеулерден алынға. Мысалы, T.E. Towheed et al. (2006) жүйелік бақылауында 15 плацебо-бақылаушы РКЗ глюкозамин бойынша 12 тізе буынының ОА бар науқастар, біреуі коксо- гонартроз, ал 2 зерттеуде зақымданудың орналасуы көрсетілмеген. 15 РКЗ 14 бақылған глюкозамин сульфаты, тек біреуінде *глюкозамин гидрохлориды болған*. Қортындылар бойынша глюкозамин сульфат ауырсынуды басу әсері жоғары болғанымен, таңертенгілік құрысу мен буын қызметінің қызметін жақсартуда әсері болмаған. Тізе буынының ОА бар науқастарды 2 плацебо-бақылаулы рандомизирленген зерттеулерде тексергенде глюкозамин сульфаттың құрылымдық-модифицирленген

әсері байқалған, сонымен қатар препараттың қауіпсіздігі - науқастарды 3 жыл бақылау мерзімінде қарсы көрсеткіштер болмаған (RR 0,97; 95% ДИ 0,88–1,08) (K. Pavelka et al., 2002; J.-Y. Reginster et al., 2001).

2 зерттеуде *хондроитин сульфатының* қол басы ОА бар науқастарда әсерін тексерді: біреуі - плацебо-бақылаулы (G. Verbruggen et al., 2002), басқасы - салыстырмалы түрде рандомизирленбеген, онда «хондроитин сульфаты + напроксен» және тек напроксеннің саусақ аралық буындардың эрозивті ОА әсерлері салыстырылды (G. Rovetta et al., 2002). Көрсетілген плацебо-бақылаулы рандомизирленген зерттеуінде хондроитин сульфат пен хондроитин полисульфаттың бір біріне тәуелсіз екі зерттеуі: 3 жыл ішінде алынған мәліметтер хондроитин сульфат әсері, плацебоньң әсерімен пара пар (NNT = 15; 95% ДИ 12–5), сонымен хондроитин полисульфатының рентгенологиялық процесстің үдеуінің алдын алуы бойынша плацебодан әсері әлде қайда жоғары (яғни, ОА эрозивті түрі) (NNT = 8; 95% ДИ 4–166). Аурудың ауырсыну симптомы мен буынның қызметтік жеткіліксіздігіне әсері айтылмаған, сондықтан хондроитин сульфат пен полисульфаттың бұл ретте айырмашылығы зерттелмеген. Сонымен қатар, ОА эрозивті түрінде рандомизирленбеген зерттеуінің екі жыл бақылауында хондроитин сульфат пен напроксенді қолдану ҚҚСЕП монотерапиясы арасында рентгенологиялық процесстің үдеуі бойынша еш айырмашылық жоқтығы анықталған.

Соя мен авокадоның сабындалмайтын бөлігінің қол басы буындарының ОА құрылымдық-модифицирленген және клиникалық әсеріне зерттеу жүргізілмеген. Осы SYSADOAs зерттелген РКЗ жүйелік бақылыуында тізе және жамбас сан буындарының ОА кезінде ауырсынудың жеңілдеуі (E. Ernst et al., 2003) және буын қызметінің жақсаруы коксартроз кезінде гонартрозға қарағанда жоғарырақ. Осы ретте W. Zhang et al. жамбас сан буынының ОА бар науқастарды жүргізу кезінде соя мен авокадоның сабындалмайтын бөлігінің EULAR 2005 нұсқауы бойынша 24 апта бойы қолданса да, еш әсерінің болмағанын дәлелдеген (2 РКЗ мәліметтері: M. Lequesne et al., 2002; E. Maheu et al., 1998). Негізі бұл зерттеулердің бірі соя мен авокадоның сабындалмайтын бөлігінің құрылымдық-модифицирленген әсерін 2 жылдық қолдануында қарастырмақ болған.

Қол басы ОА кезінде *диацериннің* қолданылуы жайлы деректер табылмаған. 5 РКЗ осы препарат тізе және жамбас сан буындарының ОА бар науқастарда қолданылған (M. Dougados et al., 2001; T. Pham et al., 2004; M. Lequesne et al., 1998; M. Nguyen et al., 1994; J.P. Pelletier et al., 2000). Қортындысы бір жақты емес; келесі көрсеткіштер алынған ES: 0,22 ауырсыну басылған (95% ДИ 0,01–0,42), 0,03 буын қызметі жақсарған (95% ДИ от –0,11 до 0,16). 2 зерттеуде диацериннің құрылымдық-модифицирленген әсері қаралған коксартроз кезінде әсері біршама жақсы (M. Dougados et al., 2001), ал гонартроз кезінде әсері мүлдем жоқ (T. Pham et al., 2004); бірінші жағдайда ем 3 жыл, ал

екіншісінде - бір жыл жүргізілген. Екі зерттеу бойынша диацериннің жанама әсері ретінде диарея көрсетілген (RR 3,98; 95% ДИ 2,90–5,47).

Гиалурон қышқылын қол басы ОА кезінде буын ішіне енгізу кезіндегі әсері төмен екені дәлелденген, негізінен, коксартроз бен гонартроз негізінде жасалған зерттеулерге сүйенген. Бір тексерілмеген зерттеуде 10 мг мөлшерінде 1 мл препаратты буын ішіне аптасына 1 рет 5 апта бойы ОА бар 16 науқасқа трапециометакарпалды буынға енгізілген (H.R. Schumacher et al., 2004). 5 айдан соң ауырсынудың басылу 46%, буын қозғалысының артуы 27% жоғарылаған. S. Fuchs et al. (2006), жүргізген РКЗ гиалуронат пен глюкокортикоид ерітінділерін ОА кезінде трапециометакарпалды буынға енгізуі зерттеліп клиникалық әсерлерінің тең екені дәлелденген, ал гиалуронаттың басымдылығы ретінде ұзақ әсерлілігі танылған.

Сонымен, қол басы ОА кезінде хондроитин сульфаттың құрылымдық-модифицирленген әсері зерттелген, бірақ қорытындылары толық алынбаған (*класс Ib*). Гиалуронаттың буын ішіне салу, трапециометакарпалды буын ОА кезінде пайдалы болуы мүмкін (*класс IIb*). Қалған SYSADOAs зерттеулерде коксартроз бен гонартроз кезіндегі қорытындылар ескерілмей, сарапшылар пайымына сүйенеді (дәлелдік деңгейі *IV*). Диацереинмен емдеу кезінде диарея туралы еске алу керек (*класс Ia*).

10. Қол басы ОА, әсіресе бас бармақтың алақан саусақ буынының зақымдануында ұзақ уақытты глюкокортикоидтарды буын ішіне енгізу әсері жоғары болады.

Нұсқау күші (95% ДИ): 60 (47–74). Дәлелдік деңгейі Ib.

1 плацебо-бақылаулы зерттеуде (Munagh G.K. et al., 2004), трапециометакарпалды буынының ОА бар стационарда жатқан 40 науқасқа 5 мг триамцинолон гексацетонид (0,25 мл), немесе 0,9% натрий хлорид ерітіндісі (0,25 мл) буын ішіне енгізілген, сонымен қатар бұған ОА өршуі еске алынбаған. Клиникалық тексеру 4, 12 және 24 апта бойы жүргізіліп онда ауырсыну, құрысу, жалпы жағдайы науқас пен дәрігер бағалауында болды. Топтар арасындағы айырмашылықтар көрсетілген уақытта және топта болмағанымен, ES мен NNT сандық бағасы үшін жеткіліксіз болған. Сонымен қатар, бақыланбайтын R. Joshi et al. (2005) зерттеуінде глюкокортикоидтардың ауырсынуды басу әсері трапециометакарпалды буынның ОА кезінде буын ішіне 3, 6 не 12 айдан салынған дәріден кейін емес, 1 айдан соң әсері байқалған.

Трапециометакарпалды буындардың ОА белгілері бар науқастарда ГКС буын ішіне енгізгенде қысқа мерзімді әсері болғаны бақыланбайтын кейбір тексерулерде көрсетілгенмен, РКЗ біреуінде дәлелденбеген (*класс Ib*). ОА үдемелі кезінде емнің осы түрі зерттелмеген. Бұл позиция тек сарапшылар ойымен расталған (*дәлелдік деңгейі IV*).

11. Бас бармақтың алақан саусақ буынының ауыр ОА кезінде оперативті ем (интерпозиционды артропластика, остеотомия немесе артродез) туралы, тек күшті артралгия мен функционалды бұзылу кезінде консервативті емнің көмектеспеген жағдайында ғана ойластыруға болады.

Нұсқау күші (95% ДИ): 68 (56–79). Дәлелдік деңгейі III.

ТІЗЕ БУЫНЫҢ ОСТЕОАРТРОЗЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ EULAR, 2013 Ж БОЙЫНША ЕМДЕУ НҰСҚАУЫ

1. Тізе буынының ОА бар науқастарды емдеудің тиімді схемасына фармакологиялық және фармакологиялық емес әдістер жатады.

Тұжырымның дұрыс және клиникалық практикаға сай келгенімен рандомизирленген бақылау зерттеулерінде алынған нақты дәлел жоқ. СЕҚҚД не ауырсынуға қарсы препараттар алған науқастарға жасалған рандомизирленген бақылау зерттеулерінің ретінде, фармакологиялық емес ем қосымша әсер ететіні жанама дәлелденген. Физикалық жаттығулар бағдарламасына (Petrella R.J., Bartha C., 2000) (зерттеу сапа индексі (QS) 26), физиотерапия (Deyle G.D. et al., 2000, QS, 26), физикалық жаттығулармен салмақты түсіру (Messier S.P. et al., 2000) (QS 21), оқып үйрену бағдарламалары (Mazzuca S.A. et al., 1997) (QS 12), ортопедиялық деңгейлерді қолдану кіреді.

2. Тізе буынының ОА кезінде келесілерді ескеру керек:

- тізе буынының қауіп факторы болуы (семіздік, қажетсіз механикалық факторлар, жоғары физикалық белсенділік);
- жалпы қауіп факторларының болуы (жасы, қосымша ауруы, полимедикация);
- ауырсыну синдромының айқындылығы мен буын қызметінің қызметтік жеткіліксіздігі;
- қабыну белгілірінің болуы (мысалы, буын ішінде сұйықтық болуы);
- құрылымдық зақымдану деңгейі мен дәрежесі.

Бұл нұсқау клиникалық практика мен клиникалық маркерлердің мысалы ретінде нақты жағдайларды шешуде қолданылады. Клиникалық зерттеулер негізінен монотерапияның бір не екі арнайы ем түрімен тізе буынының ОА бар жоғары селективті гомогенді популяция арасында жүргізілген. Бірақ алынған мәліметтерді барлық ОА бар науқастарға қолдануға келмейді. Предикторлар емдеуде алған жауаптар статистика жағынан сенімсіз және ақпаратты жеткіліксіз. Айқын мысал ретінде буын ішінде сұйықтығы бар науқастарға жүргізілген екі болжамдық зерттеу глюкокортикоидтарды буын ішіне салғанда керісінше қарсы әсер алғанын айтуға болады (Gaffney V.K. et al., 1995; Jones A., Doherty M., 1996) (QS 22, 17). 84 науқас қатысқан рандомизирленген бақылау зерттеуінің бірінде ГКС плацебоға қарағанда шамалы ғана

симптоматикалық әсер көрсеткен оның өзі буынында сұйықтық бар науқастарда. Рандомизирленген қима зерттеуде метилпреднизолонның әсерін физиологиялық ерітіндімен салыстырғанда еш айырмашылық көрінбегенмен, синовит кезіндегі қолданылуына күмән келтіре алмайды. алынатын әсермен қатар емнің бағасы мен болуы мүмкін қауіпті де естен шығармау керек. Емге жалпылай қарау қалыптасқан көзқарас: оның құндылығы болғанымен, тізе буынының ОА кезінде еш айырмашылығы жоқ.

3. Тізе буынының ОА бар науқастарды фармакологиялық емес емге кіруі қажет: жиі ауруы туралы ақпараттар алып отыру, физикалық жаттығулар, сүйенетін заттар (таяқтар, ортопедиялық ұлтарақтар, тізе буынын бекіту) және дене салмағын азайту.

Кез келген созылмалы ауруды емдегенде науқасқа өз сырқаты туралы толық мағлұмат берген дұрыс. Ауруы және емі туралы түсіндіру дәрігердің міндеті болып табылады. Тәжірибелік дәрігер ем схемасын науқасқа сәйкестендіріп, толық ақпарат жасау керек. Үлкен рандомизирленген бақылау зерттеулер мен метаанализ қортындысы бойынша тізе буынының ОА ауру туралы мәліметтерді толықтай түсіндіру ауырсыну айқындығына оң әсерін көрсетіп біршама басқан, тек буын қызметінің бұзылуына еш әсер көрсетпеген (Superio-Cabuslay E. et al., 1996). Сонымен қатар, ауруы туралы білу дәрігерге келу жиілігін төмендетіп, сонымен қатар емделу бағасын төмендетеді, яғни науқасқа тиімді. Сонымен науқастың ауруы туралы ақпараттылығы (1А) мен физикалық жаттығулар (1В) тізе буынының ОА ауырсыну айқындылығын төмендетіп, жаттығулар буындағы кимылды жоғарылатуы жайлы дәлелдер бар. Гонартроз кезінде тізеге буын қорғайтын затты кию ғана ауырсынуды азайтып, буын қызметін ұлғайтады, ал салмақты төмендету еш әсерсіз екені көрсетілген (1В).

4. Парацетамол – пероралды анальгетик, ем тек осы препараттан басталып, әсері болған жағдайда ұзақ уақытқа тағайындалуы керек.

Ауырсынудың жеңіл және орташа айқындылығында парацетамол жеке ем ретінде қолданылады. Тізе буынының ОА кезіндегі ауырсынуға (ACR, RCP, EULAR) нұсқауы бойынша бірінші қатардағы препараттар қатарына кіреді. Парацетамолға қатысты біршама зерттеулер жүргізілгенімен онда науқас саны өте аз және дұрыс дизайн болмаған. 6-апталық рандомизирленген бақылау зерттеуінде ОА бар 25 науқасқа парацетамолдың ауырсынуды басуы плацебомен салыстырғандағы әсері қарастырылып жоғары болғаны көрсетілген (Amadio P., Cummings D.M., 1983) (QS 21). Басқа 4-апталық рандомизирленген бақылаулы зерттеулер көрсеткендей парацетамол 4 г/тәу мөлшерінде ибупрофеннің 2400 мг/тәу мөлшеріне пара пар (Bradley J.D. et al., 1992) (QS 26). Осы мәліметтер бойынша ауырсынуды басуда тізе буынының ауырсынуының

айқындылығына екі препаратта бірдей әсер көрсеткен (Bradley J.D. et al., 2001) (QS 17).

Сонымен, парацетамол әсері жөнінен тізе буынының ОА кезінде қысқа уақытқа ибуфенмен сәйкес, тіпті напроксен сияқты әсерлі екені дәлелденген (1В). Тағы да парацетамолды ұзақ уақыт қабылдау қауіпсіз (1В). Әсері мен қауіпсіздігі бірге жүретін препарат тізе буынының ОА кезінде ең бірінші ем ретінде қарастырылуы керек, әсері болған кезде ұзақ уақытқа комбинирленген түрдегі ем ретінде ауырсынуды басуға тағайындалады.

Жақында баспада СЕҚҚД салыстырғанда парацетамолдың асқазан ішек жолдарына қауіпсіздігі жайлы пікірталас жарияланды. Жарияланған мақала қазіргі қолжетімді әдебиеттер жайлы жалпылама жазылып, сұрақтар туралы жақсы сипатталған (Abramson S.A., 2002). Авторлардың қортындысы бойынша көптеген зерттеулер дәлелі бойынша СЕҚҚД қарағанда парацетамол асқазан ішек жолдарына қауіпсіз.

5. Жергілікті аппликациялар (СЕҚҚД, капсаицин) клиникалық әсер мен қауіпсіздікті қамтамасыз етеді.

Жергілікті дәрілер науқастарға ұнайды, жанама әсерсіз жиі қолданылады. Екі рандомизирленген плацебо бақылау зерттеулері 70 және 155 науқасты қамтыған, диклофенактың жергілікті аппликациялары плацебоға қарағанда ауырсынуды басатын әсері басымырақ болды. (Dreiser R.L., Tisne-Camus M., 1993; Grace D. et al., 1999) (QS 24, 22). ҚҚСЕП жергілікті және капсаицинді тізе буының ОА емдеуінде қолдану тиімділігі бойынша 1В дәлелдік деңгейіне жатады, сонымен қатар емнің бұл түрлері жоғары қауіпсіз болып есептеледі.

6. Парацетамол әсері болмаған жағдайда ҚҚСЕП тағайындалады. Асқазан ішек жол ауру қаупі бар науқастарда селективті ҚҚСЕП қатар гастропротективті агент пен ЦОГ-2 ингибиторын қолдану керек. .

Парацетамолға қарағанда СЕҚҚД кей науқастарда жақсырақ әсер етуі туралы дәлелдер жеткілікті, бірақ оны тек парацетамол әсер етпеген жағдайда ғана қолдану туралы зерттеулер жеткіліксіз. Алайда парацетамолдың ауырсынуды баспайтын әсері бойынша зерттеулер жоқ.

ОА кезінде шамалы қабыну процесі болғандықтан, сонымен қатар синовит кезінде СЕҚҚД тағайындау дұрысырақ, себебі парацетамол әсер көрсете алмайды. Бірақ мұндай қағиданың дәлелдік базасы жоқ. Көптеген зерттеулер бойынша тізе буынының ОА кезінде СЕҚҚД пероралды түрінің әсері плацебоға қарағанда жоғары (айқындылық медианасы ES 0,50; мәліметтер айырмашылығы – 0,47-0,96). Кокранов бақылауында (Cochrane review) әртүрлі СЕҚҚД салыстырмалы әсері тізе буынының ОА емдеу кезінде осы туралы ақпараттың молдығына қарамастан дәлелдік жағынан салыстыру мүмкін емес (Wation M.C. et al., 2002).

Сонымен тізе буынының ОА кезінде СЕҚҚД қолдануға толық дәлел 1А бар. Ал асқазан ішек жолдарының ауруы туындау қаупі бар науқастарда СЕҚҚД селективті ЦОГ-2 ингибиторлары мен гастропротекторлық препаратты қолданған дұрыс.

7. Апиынды анальгетик, СЕҚҚД пен ЦОГ-2-ингибиторы қарсы көрсетілген кезде парацетамолмен қоса не онсыз науқастарда қолданылуы мүмкін.

Осы зерттеудің шамалысы ғана дәлелдік медицина бойынша толықтай осы тұжырымға сәйкес. Бірақ жанама мәліметтер апиынды күнделікті практикада қолдану басқа ем түрлерінің мүмкін болмағанында көрсетілген. Жанама дәлелдерге сүйенсек апиынды анальгетиктер науқастың жағдайын парацетамол мен СЕҚҚД әсері болмаған жағдайда ауырсыну синдромын бақылап отыруға болатындығын көрсеткен. Сонымен қатар осы препараттың егде жастағы адамдарға жанама әсерінің болуымен және тәуелділік туғызу қаупі жоғары болғандықтан бұны да есте сақтау керек. 90 науқас қатысқан рандомизирленген бақылаулы зерттеуде тізе буынының ОА кезінде ауырсынуды трамадолмен емдесе напроксеннің мөлшерін азайтуға болады, бұл жағдай әсіресе напроксен резистентті науқастарға көрсетілген (Schnirzer T.J. et al., 1999) (QS 19). Осы тұжырымның дәлелдік деңгейі - 1В.

8. Баяу әсерлі симптоматикалық препараттар (глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат, соя мен авакадоның сабындалмайтын қосылыстары, диацереин және гиалурон қышқылы) симптоматикалық әсерге ие және құрылымын өзгертуге қабілетті.

ОА бар науқасты баяу әсерлі симптоматикалық препараттармен емдеу (ағыл. – SYSADOA) – глюкозамин сульфат мен оның туындылары, хондроитин сульфат пен диацереин құрамына енетін генерикалық топтар. Қазіргі таңда Европада осы топтың әр жіктеуге келетін препараттарын қолдану жайлы біршама айырмашылықтар бар. Мысалы, Ұлыбританияда олар тамаққа қосымша қосынды ретінде есептеліп науқас өздігінен қолданады. Полисульфат гликозаминогликан сияқты заттар Еуропада қолданылмайды, сол себепті біздің сараптамаға енгізілмеген. Қалған препараттардың әсері мен тиімділігі жайлы тексерулер жеке жүргізілген.

Хондроитин сульфат пен глюкозамин сульфатқа арналған жарияланған метаанализ зерттеуі 1999 ж дейін созылды (McAlindon T.E. et al., 2000). Авторлардың ойы бойынша хондроитин сульфат пен глюкозамин сульфат ауырсыну синдромы мен буын қозғалысына плацебоға қарағанда шамалы не жақсы әсер көрсетеді; алайда әсері мақала жариялау керектігінен әсіреленуі мүмкін. Осы препараттар жанама әсері бойынша шамалы және қауіпсіз болып табылады. Метаанализ мәліметтері бойынша, барлық жарияланған зерттеулерде хондроитин сульфат пен глюкозамин сульфат үшін ES айқындылығы 0,78 және 0,44 құраған.

Хондроитин сульфат пен диклофенакты рандомизирленген бақылаулы салыстырмалы зерттеуде, 146 науқас қатысқан, онда СЕКҚД қолданғанда клиникалық әсердің айқындылығы төмендеген, бірақ емді бітіргеннен кейін симптомдар қайта орнына келген; хондроитин сульфат, керісінше терапиялық әсері баяу болғанымен әсері емді аяқтағаннан соң 3 айға созылған (Morreale P. et al., 1996) (QS20). «Баяу әсерлі симптоматикалық препараттар» термині препараттардың толық спектрін сипаттайды. Глюкозамин сульфат (1А) пен хондроитин сульфат (1А) – симптоматикалық әсері жоғарылауда, ал басқа препараттар әсері жоқ не әлсіз екендігі дәлелденген.

9. Ұзақ уақыт әсер ететін кортикостероидтар тізе буынының ауырсынуы, әсіресе буында сұйықтықтың болуы кезінде тағайындалады.

Тізе буынының ОА кезінде кортикостероидтарды көптеген жылдар бойы буын ішіне салу ауырсыну мен қабынуды азайту үшін қолданылған. Кортикостероидтардың фармакологиялық әсері тізе буынының ОА көптеген зерттеулерде кездеседі. Қортындылай келе, буын ішіне кортикостероидты салу туралы дәлелдер жеткілікті (1В), әйтсе де әсер ұзақтығы қысқа. Буын Предикторлерге қатысты кортикостероидтың буын ішіне салу әсері туралы зерттеулер жүргізу керек.

10. ОА рентгенологиялық белгілері бар науқастарда рефрактерлі ауырсыну синдромы мен тізе буынының қызметтік жеткіліксіздігі кезінде буын ауыстыру (артропластика) көрсетілген.

Терапиялық емдердің шамасы келмеген, науқастың ауыр түрдегі сырқаты жағдайын жақсартуға буынның артропластикасы қажетті ем болып табылады. Тізе буынының ОА науқасты мүгедектікке әкелген жағдайда тізе буынының толық артропластикасының оң әсері толық дәлелденген. Кокранов жүйелік бақылауында тізе буынының артропластикасы туралы осындай ой қалыптасқан: қауіпсіз әрі дұрыс әсерлі ем түрі, өмір сүру салтын жақсартып (Frankel S. et al., 1990), ауырсыну шамасын азайтып, буындағы қозғалысты арттырады. Протездің қызметтік жағдайының ұзақ уақыт сақталуын біріншілік дәлел ретінде есепке алғандықтан осы тұжырым дәлелдік деңгейі бойынша 3 деңгейге жатады және дәлелі тек клиникалық бақылау мен ретроспективті анализдарға сүйенеді. Әдебиеттерден тізе буынының паталогиясы бойынша хирургиялық ем туралы іздегенде 154 зерттеу табылған, онда 37 әртүрлі үш секциялы протездарды 9879 адамға салған нұсқаулары бар (63% ОА бірге) (Chard J. et al., 1990). Ота жасалғаннан кейін науқастардың 89% жақсы және өте жақсы әсермен жүрген: ауырсыну синдромының азайып, қозғалыс қызметінің жоғарылауы 5 жыл көлемінде байқалған. Бір- және екі секциалық протездердің әсері зерттеушілердің ойынша. Бақылау авторлары тізе буынының артропластикасының барлық түрі науқас өмірінің сапасын жақсартады.

Хирург-ортопедтер арасында жалпы консенсус бойынша күнделікті қатты ауырсыну болса ота жасау көрсетілген:

а) күнделікті қатты ауырсынудың болуы

б) буын қуысының тарылуы туралы рентген мәліметтер (Manusco С.А. et al., 1996).

Бұл критерийлерде дәлелдік медицина мәліметтері жоқтығын есепке алу керек. Ешбір рандомизирленген бақылау зерттеулерінде тоталды артропластика мен хирургиялық емес ем әдістері салыстырылмаған. Хирургиялық тәжірибеде рандомизирленген зерттеулер қиын болуына қарамастан, зерттеулер жүргізілуі қажет. Оперативті ем түрінің болжам факторын, артропластикаға деген көрсеткіштерді, хирургиялық әдістердің ұзақ әсері мен әр түрлі протездердің көмегін зерттеу керек. Сонымен қатар, отадан кейінгі жағдайды басқа маман бағалауы дұрысырақ болады.

РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТТИ ЕМДЕУ

(12.12.2013 ж. ДДРО сараптамалық кеңесі отырысының №23 Хаттамасы)

РА емдеу мақсаты:

- артриттің қабыну симптомдар айқындылығын және буыннан тыс көріністерін азайту;
- деструкциялардың, буындар функциясы бұзылуының және деформациялануының алдын алу;
- өмір сапасын сақтау (жақсарту), ремиссияға қол жеткізу;
- өмір сүру ұзақтығын созу (популяциялық деңгейге дейін).

Ревматоидты артриті бар науқастарды емдеу бойынша ұсыныстар.

Қазіргі заманғы стандарттар бойынша РА емдеу мына келесі негізгі қағидаларға негізделеді:

Негізгі мақсаты - толық ремиссияға (ең болмағанда жартылай ремиссияға) жету.

Осы мақсатқа жету үшін:

- БҚҚД - мен емдеуді ерте бастау қажет;
- емді максималді белсенді бастап өзертілген емдеу схемасын 2-6 ай бойы қолдану керек;
- емді таңдау кезінде мынаны ескеру керек:
 - жағымсыз болжамның қауіпті факторлары: РФ жоғары титрлері, ЭТЖ және СРБ ұлғаюы, буындар деструкциясының тез дамуы;
 - симптомдардың пайда болуы мен БҚҚД-мен емдеудің басталуы арасындағы кезең ұзақтығы: егер ол 6 айдан асса, ем белсенді болу керек.

- қауіпті факторлар бар болса метотрексат (бастапқы мөлшері 7,5 мг/апта) тағайындалып мөлшері тез (3 ай ішінде) 20-25 дейін көбейтіледі;

- ем нәтижесін стандартты клиникалық және рентгенологиялық критерийлерді қолдану арқылы бағалау керек;

- фармакологиялық және фармакологиялық емес әдістерді қолдану, басқа мамандықтардың мамандарын қосу керек (ортопед, физиотерапевт, кардиолог, невропатолог, психолог және т.б.); емді ревматологтар жүргізу керек, клиникалық көріністері мен белсенділігіне байланысты ем максимальді жекелей болу керек.

Дәрілік емес ем:

- Аурудың өршүін потенциалды арандататын факторлардан қашу (интеркуррентті инфекциялар, стресс және т.б.)

- Темекі шегу мен ішімдік ішуден бас тарту

- шылым шегу РА дамуы мен үдеуінде басты роль ойнауы мүмкін

- тартылатын шылымдар саны мен РФ позитивтілігі, буындардағы эрозивті өзгерістер мен ревматоидты түйіндер пайда болуы, өкпе зақымдануы (ерлерде) арасында ассоциация анықталды.

- Идеальді дене салмағын сақтау.

- Қанықпаған май қышқылдарының жоғары құрамынан (балық майы, зәйтүн майы) тұратын өнімдері бар балансы реттелген диета, жеміс-жидектер

- қабынуды потенциалды басады

- кардиоваскулярлы асқынуларды төмендетеді.

- Науқастарды оқыту (белсенді қозғалыс стереотипін өзгерту)

- Емдік дене шынықтыру (аптасына 1-2 рет)

- Физиоём: жылы немесе суық процедуралар, ультрадыбыс, лазерлік ем (РА баяу белсенділігі)

- Ортопедиялық әдістеме (омыртқаның мойын бөлігінің тұрақсыздығы және буындар деформациялануының алдын алу және коррекциялау (білезік сүйегінің шинасы, мойын корсеті, ұлтарак, ортопедиялық аяқ киім)

- Санаторлы-курортты ем тек ремиссия кезеңі бар науқастарға тағайындалады

- Сырқат ұзақтығы бойы қосымша аурулардың алдын белсенді алу және емдеу.

Дәрілік ем:

Негізгі қағидалар:

- Буын ауырсынуын азайту үшін барлық науқастарға СЕҚҚД дәрілер тағайындайды
- СЕҚҚД жақсы симптоматикалық (анальгетикалық) әсер көрсетеді
- СЕҚҚД буындар деструкциясының үдеуіне әсер етпейді
- РА емдеу БҚҚД қолдануға негізделген

Мүмкіндігінше ауру симптомдарының пайда болғанынан 3 ай ішінде БҚҚД қолдану арқылы РА-ы емдеуді ерте бастаған жөн

- БҚҚД-мен емдеуді ерте бастау буындар қызметін жақсартады және буындар деструкциясының үдеуін тежейді
- БҚҚД "кеш" тағайындау (ауру басталғаннан кейін 3-6 айдан соң) БҚҚД монотерапиясының нәтижесін азайтады
- ауру ұзақтығы қаншалықты ұзақ болса, соншалықты БҚҚД нәтижесі төмен болады.
- Ем нәтижесін стандартты әдістермен бағалаған жөн.

Стероидты емес қабынуға қарсы дәрілер (СЕҚҚД).

Негізгі қағидалар

- СЕҚҚД парацетамолға қарағанда нәтижелі
- СЕҚҚД - мен емдеу БҚҚД белсенді емімен қатар бірге жүргізілуі тиіс
- СЕҚҚД монотерапиясы фонында ремиссия даму жиілігі өте төмен (2,3%)
- РА бар науқастардың жалпы популяциясында СЕҚҚД эквивалентті мөлшерде нәтижелілігі жағынан бір бірінен ажырамайды, бірақ кері әсер жиілігі жағынан ажыратылады
- кейбір науқастарда СЕҚҚД нәтижесі әр түрлі болатындықтан әрбәр науқасқа ең нәтижелі СЕҚҚД іріктеген дұрыс
- СЕҚҚД нәтижелі мөлшерін іріктеу 14 күн ішінде жүргізіледі
- СЕҚҚД және ЦОГ-2 ингибиторларының ұсынылған мөлшерінен аспау керек, себебі бұл ем нәтижесін емес улылықты жоғарылатады
- Емдеуді ең қауіпсіз СЕҚҚД бастаған дұрыс (қысқа $T_{1/2}$, кумуляция болмауы) және минимальді нәтижелі мөлшерді тағайындаған дұрыс
- 2 немесе одан да көп түрлі СЕҚҚД бір уақытта қабылдауға болмайды (тек аспиринаң төменгі мөлшерінен басқа)
- ЦОГ-2 (селективті) ингибиторлары нәтижелілігі жағынан стандартты (селективті емес) СЕҚҚД кем емес
- қауіпсіздік (кері әсерлердің қауіпті факторларының болуы және сипаты)
- қосымша аурулардың болуы
- науқас қабылдайтын басқа дәрілермен өзара қарым-қатынасы
- құны.
- Барлық СЕҚҚД (ЦОГ-2 селективті ингибиторлары да) плацебоға қарағанда көбіне асқазан-ішек жолдары, бүйрек, жүрек-қан-тамыр жүйесі жағынан кері әсер туғызады
- ЦОГ-2 селективті ингибиторлары стандартты СЕҚҚД қарағанда АІЖ сирек зақымдайды

- Анамнезінде АІЖ ауыр зақымдануы болса протонды помпа ингибиторларын (омепразол) қолдану арқылы ойық жараға қарсы емді жүргізу керек
- ЦОГ-2 ингибиторларымен емдеу кезінде тромбоз даму қаупі ұлғаюы әлі дәлелденбесе де (рофекоксибан басқа) олардың кардиоваскулярлы қауіпсіздігі туралы сұрақты шешу үшін мына келесі қадамдар жасау керек:
 - дәрігерлер мен науқастарды ЦОГ-2 ингибиторларының қасиеті бар барлық дәрілердің потенциалды кардиоваскулярлы кері әсерлері туралы ескерту керек
 - кардиоваскулярлы асқынулар даму қаупі бар науқастарға ол дәрілерді байқап тағайындау керек
 - дәрілерді қабылдаудың барлық уақыты кезінде кардиоваскулярлы асқынуларды (әсіресе артериалды гипертонияда) тиянақты мониторинглауды жүргізу
 - ұсынылған мөлшерден аспау керек.
- СЕҚҚД парентеральді және ректальді жолдармен енгізу кезінде симптоматикалық гастроэнтерологиялық кері әсерлер көрінісі азаяды, бірақ ауыр асқынулар даму қаупін (перфорация, қан кету) төмендетпейді
- СЕҚҚД - гастропатияның қауіпті факторлары бар науқастарда емді ЦОГ-2 ингибиторларынан бастау керек (мелоксикам, нимесулид).
- СЕҚҚД - гастропатияның қауіпті факторларына мыналар жатады:
 - 65 жастан жоғары жас
 - анамнезінде АІЖ ауыр зақымдануы (ойық жара, қан кету, перфорация)
 - қосымша аурулар (жүрек-қан-тамыр патологиясы және т.б.)
 - СЕҚҚД жоғары мөлшерін қабылдау
 - бірнеше СЕҚҚД қабылдау (аспириннің төменгі мөлшерімен қоса)
 - ГК мен антикоагулянттарды қабылдау
 - Helicobacter pylori инфекциясы.
- Анамнезінде сульфаниламидтерге, котримаксазолға аллергиясы бар науқастарға цефекоксиб тағайындауға болмайды.

СЕҚҚД ұсынылатын мөлшері: лорноксикам 8 мг, 16 мг/тәулігіне 2 рет, диклофенак 75-150 мг/тәулігіне 2 рет; ибупрофен 1200-2400 мг/тәулігіне 3-4 рет; индометацин 50-200 мг/тәулігіне 2-4 рет (макс. 200 мг); кетопрофен 100-400 мг/тәулігіне 3-4 рет; ацеклофенак 200 мг күніне 2 рет; мелоксикам 7,5-15 мг/тәулігіне 1 рет; пироксикам 20 – 20 мг/тәулігіне 1 рет; эторикоксиб 120 – 240 мг/тәулігіне 1-2 рет; этодолак 600 – 1200 мг/тәулігіне 3-4 рет.

16 кесте - СЕҚҚД қабылдайтын науқастарды динамикалық бақылау бойынша ұсыныстар

Базалық зерттеу	Емдеу үрдісі кезінде
Қанның жалпы анализі, креатинин, АСТ, АЛТ	Қанның жалпы анализі жылына 1 рет. Бауыр сынамалары, креатинин (қажет болғанда)
Гастроэнтерологиялық кері әсерлер дамуының қауіпті факторлары бар болса: Н. рylogi инфекциясына тексеру, гастроскопия	«Қара» дәрет, диспепсия, жүрек айну/құсу, іш ауруы, ісіну, тыныс алу қиындалуы

- Ескертпе. Диклофенакпен емдеу кезінде аспартатаминотрансфераза және аланинаминотрансфераза концентрациясын ем басталғаннан кейін 8 апта өткен соң анықтау керек. Ангиотензин айналдырушы ферменттің ингибиторларымен қоса қабылдағанда қан сарысуындағы креатининді әрбір 3 апта сайын анықтау керек.

Глюкокортикоидтар (ГК).

Негізгі қағидалар.

- ГК (метилпреднизолон 4 мг) буындар деструкциясының үдеуін баяулатады
- СЕҚҚД қарағанда ГК нәтижесі/құны жақсы
- Ерекше көрсеткіштер жоқ болса ГК мөлшері метилпреднизолон тәулігіне 8 мг-нан, ал преднизолон 10 мг-нан аспау керек
- Глюкокортикоидтарды базистік қабынуға қарсы дәрілік заттармен қосып қабылдау қажет
- ГК көптеген кері әсерлері ГК терапияның асқынысы болып келеді:
 - көбіне ГК жоғары мөлшерін ұзақ қолданғанда дамиды
 - кейбір кері әсерлер СЕҚҚД және БҚҚД -мен емдеуге қарағанда сирек дамиды (мысалы, АГЖ ауыр зақымдануы)
 - кейбір кері әсерлердің алдын алуға және емдеуге болады (мысалы, глюкокортикоидты остеопороз)
- ГК төменгі мөлшерін тағайындауға көрсеткіштер:
 - Буын қабынуын БҚҚД әсері етуі басталғанға дейін басу
 - Буын қабынуын ауру өршуі немесе БҚҚД емінің асқынулары дамуы кезінде басу
 - СЕҚҚД және БҚҚД нәтижесіз болуы
 - СЕҚҚД тағайындауға қарсы көрсеткіштер (мысалы, қарт жастағы адамдардың анамнезінде ойық жара немесе бүйрек қызметінің бұзылысының болуы)
- РА кейбір варианттарында ремиссияға жету (мысалы, қарт адамдарда ревматикалық полимиалгияға ұқсайтын серонегативті РА кезінде).

Ревматоидты артрит кезінде глюкокортикоидтарды тек ревматолог дәрігер тағайындау керек!

ГК пульс-терапиясы (Метилпреднизолон 250 мг):

- РА ауыр жүйелі түрлерінде мөлшері бір курсқа 1000 мг-3000 мг тағайындалады;
- кейде буын қабынуының белсенділігін тез (24 сағат ішінде), бірақ қысқа уақытқа ғана басуға қолданылады;
- ГК пульс-терапияның буындар деструкциясының үдеуіне және ауру болжамына оң әсер етуі дәлелденбегендіктен оны ерекше көрсеткіштерсіз тағайындауға болмайды.

Локальді (буынішілік) терапия (бетаметазон):

Негізгі қағидалар:

- аурудың бастапқы кезеңінде артритті немесе бір немесе бірнеше буындарда синовитті басу үшін, буындар қызметін жақсарту үшін қолданылады;
- тек уақытша жақсаруға алып келеді;
- буындар деструкциясының үдеуіне әсері дәлелденбеген.

Ұсыныстар

- бір буынға қайтадан егу жылына 3 реттен аспау керек;
- стерильді материалдар мен құралдарды қолдану керек;
- дәрі енгізу алдында буынды шаю;
- егуден кейін 24 сағат бойы буынға салмақ түсірмеу керек.

17 кесте - Глюкокортикоид қабылдайтын науқастарды динамикалық бақылау бойынша ұсыныстар

Бақылауды қажет ететін кері әсерлер	Ем тағайындағанға дейінгі тексерулер	Динамикадағы бақылау	Лабораторлық тексерулер
Артериалды гипертензия, гипергликемия	АД, остеопороздың жоғары қаупі бар науқастарға денситометрия тағайындау	Әрбір келуде АҚ тексеру, полиурия, полидипсия, ісіну, енгізу, көз көруінің нашарлауы, семіздік	Жылына 1 рет зәрде глюкоза және қан сарысуында липидтерді анықтау

Базистік қабынуға қарсы дәрілер (БҚҚД)

Негізгі қағидалар. Мақсатқа жету үшін РА бар барлық науқастарға сатысы мен емдеудің белсенділік дәрежесіне байланысты болмай-ақ қосымша аурулар мен қарсы көрсеткіштерді ескере отырып БҚҚД ерте тағайындау қажет. Ем ұзақ, үдіксіз болу керек; 2-6 ай бойы схеманы өзгерте отырып белсенді емдеу, емді көтере алу туралы үнемі мониторинг жасау, науқастарға аурудың сипаты туралы, қолданылатын дәрілердің кері әсерлері туралы мәлімет беру керек және олардың белгілері пайда болған кезде дереу дәрілерді тоқтатып дәрігерге қаралу қажет. Емді таңдау кезінде жағымсыз болжамның қауіпті факторларын ескерген жөн (РФ және/немесе АЦЦП титрларының жоғарылауы, ЭТЖ және СРБ ұлғаюы, буындар деструкциясының тез дамуы).

Метотрексат (МТ):

- "Серопозитивті" белсенді РА кезінде таңдалатын дәрі ("алтын стандарт").
- Басқа да БҚҚД салыстырғанда нәтиже/улылығы қатынасы жағынан ең жақсы болып келеді.
- Емді үзу нәтиженің болмауына байланысты емес, ол көбіне дәрілік заттардың улылығымен байланысты болады.
- БҚҚД комбинирленген ем жүргізу кезінде негізгі дәрі болып табылады
- Метотрексатпен емдеу (басқа БҚҚД емдеумен салыстырғанда) өлім қаупін азайтумен қатар кардиоваскулярлы асқинуларды азайтумен ассоциацияланады.

Қолдану бойынша ұсыныстар:

- Метотрексатты аптасына 1 рет тағайындайды (пероральді немесе парентеральді); дәріні жиі қабылдау жедел және созылмалы улы реакциялардың дамуына әкеледі.
- Дәріні 12 сағаттық үзіліспен қабылдайды (таңертеңгі және кешкі уақытта).
- Пероральді қабылдау кезінде нәтиже болмаса (немесе АІЖ жағынан улы реакциялар дамуы кезінде) парентеральді енгізуге көшу керек (бұлшықетке немесе тері астына):
 - метотрексатты пероральді қабылдау кезінде нәтиже болмаса ол АІЖ абсорбцияның төмен болуымен байланысты болады;
 - метотрексаттың алғашқы мөлшері 7,5 мг/ аптасына, ал қарт адамдарда және бүйрек қызметінің бұзылысы кезінде 5 мг/аптасына тағайындалады;
 - бүйрек жеткіліксіздігі бар науқастарға тағайындауға болмайды;
 - өкпенің ауыр зақымдануы бар науқастарға тағайындауға болмайды.
- Нәтиже мен улылықты 4 аптадан кейін бағалайды; егер дәріні жақсы қабылдаса метотрексат мөлшерін аптасына 2,5-5 мг дейін ұлғайтады.

- Метотрексаттың клиникалық нәтижесі мөлшердің аптасына 7,5 мг -нан 25 мг дейінгі диапазонда болуына байланысты болады. Аптасына 25-30 мг-нан көп қабылдау нәтиже бермейді (нәтиже жоғарылауы дәлелденген жоқ).
- Кері әсерлердің айқындылығын азайту үшін мыналар ұсынылады:
 - қысқа әсерлі СЕҚҚД қабылдау;
 - ацетилсалицил қышқылын тағайындамау (мүмкіндігінше – диклофенакты да);
 - метотрексатты қабылдау күні СЕҚҚД-ні төменгі мөлшердегі ГК ауыстыру;
 - метотрексатты кешкі уақытта қабылдау;
 - метотрексатты қабылдауға дейін не кейін СЕҚҚД мөлшерін азайту;
 - басқа СЕҚҚД қабылдауға көшу;
 - пероральді МТ қабылдау кезінде нәтиже жеткіліксіз болса және көтере алмаса дәріні парентеральді жолмен (тері астына) қабылдауға көшу;
 - құсуға қарсы дәрілер тағайындау;
 - метотрексатты қабылдаудан кейін фолий қышқылын аптасына 5-10 мг мөлшерінде қабылдау (фолий қышқылы гастроэнтерологиялық және бауырлық кері әсерлердің, цитопенияның даму қаупін азайтады);
 - ішімдікті қолданбау (метотрексат улылығын күшейтеді), құрамында кофеині бар заттар мен тағамдарды қолданбау (метотрексат нәтижесін төмендетеді);
 - антифолатты белсенділігі бар дәрілерді қолданбау (біріншіден котримоксазолды қолданбау);
 - метотрексатты мөлшерден тыс қабылдағанда (немесе жедел гематологиялық кері әсерлер дамығанда) фолий қышқылын тағайындау керек (15 мг әрбір 6 сағат сайын), 2-8 мөлшерден метотрексат мөлшеріне байланысты беру.

19 кесте - Сульфасалазин қабылдайтын науқастарды динамикалық бақылау бойынша ұсыныстар

Ем тағайындағанға дейін тексеру	Динамикада
Қанның жалпы анализі Бауыр ферменттері (АСТ және АЛТ) Мочевина және креатинин АНФ Дәріге потенциалды гиперсезімталдығы бар науқастардағы денсенситизация хаттамасы	Әрбір 2 апта сайын тұрақты мөлшерге жеткенге дейін, кейін әрбір 6 апта сайын Әрбір 6 апта сайын Әрбір 3 ай сайын Дәрілік волчанкаға күмән туғанда Старттық мөлшері 50 мг құрайды, кейін 4-7 күн бойы біртіндеп екі есе өсіреді

Негізгі кері әсерлері: асқазан - ішек жолдарының (АІЖ) зақымдануы, бас айналу, бас ауыру, әлсіздік, мазасыздық, бауыр қызметінің бұзылуы, лейкопения, гемолитикалық анемия, тромбоцитопения, бөртпе, кейде миелосупрессия, олигоспермия

Лефлуномид дәрісі:

- Нәтижелілігі жағынан сульфасалазин мен метотрексаттан кем емес.
- Науқастардың өмір сапасына әсер етуі бойынша метотрексат пен сульфасалазиннен асып түседі.
- Басқа СЕҚҚД қарағанда кері әсерлер жиілігі аз.

Тағайындау үшін негізгі көрсеткіш: метотрексат әсерінің жеткіліксіз болуы немесе оны көтере алмау.

Қолдану бойынша ұсыныстар:

- 3 күн бойы 100 мг/тәулігіне («қанықтырғыш» мөлшер), кейін 20 мг/тәулігіне.
- "Қанықтырғыш" мөлшерді қолдану кезінде кері әсерлер дамуы себебінен емді ұзу қаупі жоғарылайды; кері реакцияларды тиянақты мониторинг қажет етіледі.
- Қазіргі уақытта сарапшылардың көпшілігі лефлуномидпен емдеуді 20 мг/тәулігіне бастауды ұсынады (немесе 10 мг/тәулігіне); клиникалық нәтиженің баяу дамуын қосымша емдермен интенсификациялау арқылы жзеге асыру ұсынылады (мысалы, ГК төменгі мөлшері).

20 кесте - Лефлуномид қабылдайтын науқастарды динамикалық бақылау бойынша ұсыныстар

Ем тағайындағанға дейін тексеру	Динамикада
Қанның жалпы анализі	Әрбір 2 апта сайын 24 апта бойы, кейін әрбір 8 апта сайын
Бауыр ферменттері (АСТ және АЛТ)	Әрбір 8 апта сайын
Мочевина және креатинин	Әрбір 8 апта сайын
ҚҚ	Әрбір 8 апта сайын

Негізгі кері әсерлері: цитопения, АІЖ және бауыр зақымдануы, ҚҚ тұрақсыздығы, кейде миелосупрессия

4-аминохинолин туындылары

- Клиникалық нәтижелілігі жағынан басқа СЕҚҚД қарағанда төмен.
- Буындар деструкциясының үдеуін баяулатпайды.
- Липидті профильге жақсы әсер етеді.
- Хлорохиннің гидроксихлорохинге қарағанда жиі кері әсерлері бар.
- Қолдану үшін потенциалды көрсеткіштер:

- ерте кезеңі, белсенділіктің төмен болуы, жағымсыз болжамның қауіпті факторларының болмауы;
- ажыратылмайтын полиартрит, егер дәнекер тінінің жүйелі ауруының дебютін жоққа шығаруға мүмкіндік болмаса.

Қолдану үшін ұсыныстар:

- Тәуліктік мөлшерін асырмау: гидроксихлорохин 400 мг (6,5 мг/кг), хлорохин 200 мг (4 мг/кг).
- Аминохинолин туындыларын тағайындау алдында және емдеу кезінде әрбір 3 ай бойы офтальмологиялық бақылау жүргізу:
 - көру бұзылыстары туралы науқастан сұрау;
 - көз түбін зерттеу (пигментация);
 - көру аумағын зерттеу.
- Бақыланбайтын артериалды гипертония мен диабеттік ретинопатиясы бар науқастарға тағайындамау.
- Меланонинге ұқсас қасиеті бар дәрілермен бірге қолданбау (фенотиазини, рифампицин).
- Науқасқа көру бұзылыстарын өзінің бақылауы қажет екендігін түсіндіру.
- Күн шығып тұрған күні көз қорғаушы көзәйнек тағуды ұсыну (жыл мерзіміне байланыссыз).

21 кесте - 4-аминохинолиндерді қабылдау бойынша ұсыныстар

Дене салмағы (кг)	Мөлшер
57-61	1 күн (жексенбі) - 200 мг; қалған күндері күніне 400 мг
53-56	2 күн (жексенбі, бейсенбі) 200 мг, қалған күндері күніне 400 мг
49-52	3 күн (жексенбі, сәрсенбі, жұма) 200 мг, қалған күндері күніне 400 мг
44-48	3 күн (жексенбі, сәрсенбі, жұма) 400 мг, қалған күндері күніне 200 мг
40-43	2 күн (бейсенбі, жексенбі) 400 мг, қалған күндері күніне 200 мг

Ескертпе: Бауыр мен бүйрек аурулары кезінде мөлшерді азайту.

Негізгі кері әсерлері: ретинопатия, нейромиопатия, тері қышуы, диарея.

Циклоспорин:

Басқа СЕҚҚД нәтижесіз болғанда тағайындау ұсынылады. Сонымен қатар, циклоспоринге мыналар тән: кері әсерлер жиілігінің жоғарылауы және дәрілік жағымсыз өзара әсерлесу жиілігінің жоғарылауы. Тәулігіне 2 рет 75-500 мг ішке қабылдау керек (<5 мг/кг/тәулігіне).

Көрсеткіштері: классикалық СЕҚҚД нәтижесіз болғанда немесе оларды қолдану мүмкін болмағанда белсенді ағымы бар РА ауыр түрінде қолдану

22 кесте - Циклоспорин қабылдайтын науқастарды динамика-лық бақылау бойынша ұсыныстар

Ем тағайындағанға дейін тексеру	Динамикада
ҚҚ	Әрбір 2 апта сайын тұрақты мөлшерге жеткенге дейін, кейін айына 1 рет
Креатинин мен мочевина концентрациясы	Әрбір 2 апта сайын тұрақты мөлшерге жеткенге дейін, кейін айына 1 рет
Қанның жалпы анализі	Айына 1 рет тұрақты мөлшерге жеткенге дейін, кейін айына 3 айда 1 рет
АСТ/АЛТ	Айына 1 рет тұрақты мөлшерге жеткенге дейін

Негізгі кері әсерлері: ҚҚ жоғарылауы, бүйрек қызметінің бұзылуы, бас ауруы, тремор, гирсутизм, инфекциялар, жүрек айнуы/күсу, диарея, диспепсия, қызыл иек гиперплазиясы. Креатинин деңгейі 30% аса жоғарыласа дәрілер мөлшерін 1 ай бойы 0,5-1,0 мг/кг/тәулігіне азайтып отыру керек.

Азатиоприн, D-пеницилламин, циклофосфамид, хлорамбуцил. Потенциалды көрсеткіштер: басқа СЕҚҚД нәтижесіз болғанда немесе оларды қолдану мүмкін болмағанда.

БҚҚД құрамдастырылған емі. Құрамдастырылған емнің 3 негізгі түрі қолданылады: үрдіс белсенділігі сақталу кезінде емді монотерапиядан бастап кейін бір немесе бірнеше БҚҚД (8-12 апта бойы) тағайындалады; емдеуді құрамдастырылған емнен бастап кейін монотерапияға (3-12 айдан кейін) ауысу, үрдіс белсенділігі басылғаннан кейін сырқаттың барлық кезеңінде құрамдастырылған ем жүргізіледі. Ауыр ағымды РА бар науқастарда емдеуді құрамдастырылған емнен бастау керек, ал баяу белсенділігі бар науқастарда - емді монотерапиядан бастап кейін ем нәтижесіз болса құрамдастырылған емге көшеді. БҚҚД құрамдастырылуының нашар болжамының белгілерінсіз болуы: МТ және гидроксихлорохин – РА көп ұзақтығында және төмен белсенділігінде; МТ және лефлуномид – орташа ұзақтықта (≥ 6 ай), нашар болжам факторларының болғанында; МТ және сульфасалазин – РА кез келген ұзақтығында, жоғарғы белсенділігінде, нашар болжам факторларының болғанында; МТ + гидроксихлорохин + сульфасалазин – нашар болжам

факторларының болғанында және ауру ұзақтығына байланыссыз баяу/жоғары белсенділігі болғанында.

Гендік-инженерлік биологиялық дәрілер (ГИБД).

РА емдеу үшін ГИБД қолданылады, оларға ФНО- α ингибиторлары (этанерцепт, инфликсимаб, голимумаб), анти- В клеткалық дәрі – ритуксимаб (РТМ) және интерлейкин 6 рецепторларының блокаторы– тоцилизумаб (ТЦЗ) жатады.

Көрсеткіштер: МТ және/немесе басқа да синтетикалық БҚҚД емдеуіне жеткілікті жауап бермейтін РА бар науқастар, баяу/жоғары белсенділікті РА бар науқастардағы нашар болжам белгілері: аурудың жоғары белсенділігі, РФ⁺ /АЦЦП⁺, эрозиялардың ерте пайда болуы, тез үдеу (ауру белсенділігінің төмендеуіне қарамастан 12 ай ішінде 2 ден көп эрозиялардың пайда болуы); баяу/жоғары белсенділікті сақтау немесе емдеі нашар көтеру, ең болмағанда екі стандартты БҚҚД, оның ішінде біреуі МТ болу керек, 6 айдан көп немесе 6 айдан аз уақыт ішінде кері әсерлердің дамуы себебінен БҚҚД алып тастау керек; РА баяу/жоғары белсенділігі болуы немесе серологиялық сынақтар титрының өсуі (РФ⁺ /АЦЦП⁺) 1 ай ішінде 2 рет анықталу үрдісі кезінде дәлелдену керек.

Қарсы көрсеткіштер: жүктілік пен лактация; ауыр инфекциялар (сепсис, абсцесс, туберкулез және басқа да оппортунистік инфекциялар, алдыңғы 12 ай бойы протезделмеген буындардың септикалық артриті, АИЖВ инфекциясы, В және С гепатиттері); III-IV функционалды класты (NYHA) жүрек жеткіліксіздігі; анамнезінде жүйке жүйесінің демиелинизирлеуші аурулары; жасы 18 жастан кіші (әр жағдай жекелей шешіледі).

Басқа да БҚҚД нәтижесіз болса немесе оларды көтере алмаса РА ауыр белсенді түрі бар ересек науқастарда ГЕБД - мен емдеуді ісік некрозы факторын ингибирлеуден (этанерцепт, инфликсимаб) бастау керек.

Этанерцепт орташа және жоғары дәрежелі белсенді ревматоидты артритті емдеу кезінде ересектерге метотрексатпен бірге тағайындалады, бұл базальқ қабынуға қарсы дәрілер мен (БҚҚД) метотрексатпен қоса емдегенде ем нәтижесі жауапсыз болғанда беріледі.

Этанерцепт монотерапия түрінде метотрексатты қабылдау кезінде нәтижесіз болса немесе оны көтере алмаса тағайындалады. Этанерцепт бұрын метотрексат қабылдамаған ересектердегі ауыр, белсенді және үдемелі ревматоидты артритті емдеуге арналған.

Дәрілік түрі

Тері астына енгізуге арналған ерітінді 25 мг, 50 мг

Қабылдау әдісі мен мөлшері

Тері астына.

Энбрелмен емдеу ревматоидты артритті диагностикалау мен

емдеуде тәжірибесі бар дәрігермен тағайындалып бақылануы тиіс.

Энбрел дайын ерітінді түрінде салмақтары 62,5 кг асатын науқастарға қолданылады - 25 мг (ішінде 0,5 мл дәрі бар бір реттік шприц) және 50 мг (ішінде 1,0 мл дәрі бар бір реттік шприц). Ал дене салмақтары 62,5 кг аспайтын науқастарға ерітінді дайындау үшін лиофилизат қолданған дұрыс.

Энбрелдің ұсынылатын мөлшері 25 мг аптасына екі рет, интервалы 3-4 күн, альтернативті мөлшері - аптасына бір рет 50 мг.

Энбрелмен емдеуді ремиссияға қол жеткізгенше жүргізу керек, бірақ 24 аптадан аспау керек. Егер 12 апта өткен соң емдеу нәтижесінде симптомдардың жақсы динамикасы байқалмаса дәрі енгізуді тоқтату керек.

Энбрелді қайта тағайындау қажеттілігі туса онда жоғарыда көрсетілгендей ем ұзақтығын сақтаған дұрыс. Дәрінің 25 мг мөлшерін аптасына екі рет немесе 50 мг аптасына 1 рет тағайындау ұсынылады.

Кейбір науқастарды емдеу ұзақтығы 24 аптадан асуы мүмкін.

Қарт науқастар (65 жас және одан да көп)

Мөлшерді не қабылдау әдісін коррекциялау қажет емес.

Қарсы көрсеткіштер:

- этанерцептке немесе дәрілік түрдің кез келген компонентіне сезімталдықтың жоғарылауы;

- сепсис немесе сепсис даму қаупі;

- белсенді инфекция, оның ішінде созылмалы немесе ошақталған инфекциялар (оның ішінде туберкулез);

- жүктілік пен лактация кезеңі;

- дене салмағы 62,5 кг аз науқастар.

Байқап тағайындайтын жағдайлар

Демиелинизирлеуші аурулар, іркілген жүрек жеткіліксіздігі, иммундық жетіспеушілік жағдайы, қан дискразиясы, инфекциялар дамуына немесе белсендірілуіне бейімділік (қант диабеті, гепатиттер).

Инфликсимаб мөлшері мен енгізу реті сақтала отырып метотрексатпен бірге тағайындалады. ГИБД - мен емдеуді РА белсенді ауыр түрі бар ересек науқастарда басқа да БҚҚД емдеу кезінде нәтиже болмаған немесе оны көтере алмаған жағдайда ісік некрозының факторын ингибирлеуден (инфликсимаб) бастауға болады.

Инфликсимаб схема бойынша 3 мг/кг есебінен тағайындалады. МТ қабылдау нәтижесі жеткіліксіз болғанда басқа БҚҚД қарағанда бірге қолданылады. РА ерте және кеш түрінде МТ "жауабы" жеткіліксіз болған науқастарда нәтижелі болады. С гепатиты вирусын тасымалдаушыларда салыстырмалы түрде қауіпсіз болып келеді. Емдеуді үзуді талап ететін кері әсерлер басқа да БҚҚД емдеу кезіне қарағанда сирек кездеседі.

Инфликсимабты тағайындау алдында барлық науқастар қазіргі кездегі ұлттық ұсыныстарға сай микобактериалды инфекцияларға тексерілулері керек.

Көрсеткіштер:

- 3 ай бойы максималды нәтижелі және көтеретін мөлшерде (аптасына 20 мг дейін) метотрексатпен немесе басқа да БҚҚД емделу кезінде нәтиженің жоқ болуы ("арудың өте жоғары белсенділігі");
- 5 және одан да көп буындардың ісінуі;
- ЭТЖ 30 мм/сағ аса жоғарылауы немесе СРБ 20 мг/л асуы;
- белсенділік DAS>3,2 сай келеді;
- басқа БҚҚД нәтижесіз болуы (метотрексатпен емдеуге қарсы көрсеткіш болғанда);
- ГК мөлшерін азайту қажеттілігі;
- стандартты БҚҚД тағайындауға қарсы көрсеткіштер болғанда инфликсимабты бірінші БҚҚД ретінде қолдануға болады.

Инфликсимаб мөлшері мен енгізу реті сақтала отырып метотрексатпен бірге тағайындалады. Инфликсимабпен емдеу егер ем басталғаннан 6 ай өткен соң адекватты әсер болғанда ғана әрі қарай жалғастырылады. Егер ауру белсенділігі санының (DAS28) 1,2 пунктке немесе одан да көп пунктқа азайса әсер адекватты болып саналады. DAS28 -пен бағалауды жүргізу арқылы емдеу мониторингі әрбір 6 ай бойы жүргізіледі.

Қарсы көрсеткіштер:

- ауыр инфекциялық аурулар (сепсис, септикалық артрит, пиелонефрит, остеомиелит, туберкулёзді және саңырауқұлақтық инфекциялар, АИЖВ, В және С гепатиттері);

- қатерлі ісіктер;

- жүктілік пен лактация.

Қолдану бойынша ұсыныстар:

• емдеу РА диагностикалау мен емдеуде тәжірибесі бар ревматолог дәрігердің бақылауымен жүргізіледі;

• тамырішілік инфузия мөлшері 3 мг/кг, инфузия ұзақтығы - 2 сағ.,

• алғашқы енгізуден кейін 2 және 6 апта өткен соң қосымша инфузиялар әр біреуі 3 мг/кг енгізіледі, кейін оны әрбір 8 апта сайын қайталайды;

• алдыңғы егуден 2-4 жыл өткен соң қайтадан инфликсимабты тағайындау баяу типті гиперсезімталдық реакциясының дамуына әкелуі мүмкін;

• латентті туберкулездің белгілері (анамнезінде туберкулез немесе кеуде қуысы мүшелерінің рентгенограммасындағы өзгерістер) байқалған РА бар науқастарға ГИБТ бастау алдында қазіргі ұлттық ұсыныстарға сай туберкулезге қарсы профилактикалық ем жүргізу бойынша ұсыныстар берілуі тиіс;

• клиникалық негіздері болатын болса РА бар науқастар мүмкін болатын ісіктерге де тексерілуі тиіс. Егер қатерлі ісіктер анықталса анти-ФНО дәрілерімен емдеу тоқтатылуы тиіс.

Голимумаб МТ бірге қоса қолданылады. Голимумаб бұрын МТ қабылдамаған науқастарға, ерте және кеш РА -те МТ "жауабы" жеткіліксіз болған науқастарға, сонымен қатар ФНО-альфа басқа да ингибиторларына жауап бермейтін науқастарға қолданылады. Тері астына қолданылады.

Голимумаб тағайындау алдында барлық науқастар қазіргі ұлттық ұсыныстарға сай белсенді инфекциялық үрдістерге (туберкулезге де) тексерілуі қажет.

Көрсеткіштері:

Голимумаб метотрексатпен (МТ) бірге мыналар үшін қолданылады:

- МТ және басқа да БҚҚД емдеуіне жеткілікті жауап бермейтін баяу және ауыр белсенділікті ревматоидты артриті бар ересек науқастарды емдеу үшін;

- бұрын МТ емін қабылдамаған ауыр, белсенді және үдемелі ревматоидты артриті бар ересек науқастарды емдеу үшін.

Голимумаб МТ бірге қолданғанда буындар патологиясының үдеу жиілігі төмендейді және олардың функционалдық ағдайы жақсарады, бұл рентгенография көмегімен көрсетілді.

Голимумаб мөлшері мен енгізу реті сақтала отырып метотрексатпен бірге тағайындалады. Голимумабпен емдеу егер ем басталғаннан 6 ай өткен соң адекватты әсер болғанда ғана әрі қарай жалғастырылады. Егер ауру белсенділігі санының (DAS28) 1,2 пунктке немесе одан да көп пунктқа азайса әсер адекватты болып саналады. DAS28 -пен бағалауды жүргізу арқылы емдеу мониторингі әрбір 6 ай бойы жүргізіледі.

Қарсы көрсеткіштері:

- белсенді затқа немесе кез келген көмекші затқа гиперсезімталдықтың болуы;

- туберкулездің (ТБ) белсенді түрі немесе басқа да ауыр инфекциялар, мысалы сепсис пен оппортунистік инфекциялар;

- жүрек жеткіліксіздігінің баяу немесе ауыр түрі (NYHA классы III/IV).

Қолдану бойынша ұсыныстар:

- емдеу РА диагностикалау мен емдеуде тәжірибесі бар ревматолог дәрігердің бақылауымен жүргізіледі;

- голимумаб 50 мг мөлшерінде тері астына айына бір рет, айдың үнемі бір күнінде ғана енгізіледі;

- РА бар науқастарда голимумабты МТ бірге қолдану қажет;

- дәрінің 3-4 мөлшерін енгізгеннен кейін дене салмағы 100 кг жоғары науқастарда жақсы клиникалық жауапқа алынбағандықтан голимумаб мөлшерін 100 мг дейін жоғарылатып айына 1 рет қолдану туралы сұрақты қарастырған жөн;

- латентті туберкулездің белгілері (анамнезінде туберкулез немесе

кеуде қуысы мүшелерінің рентгенограммасындағы өзгерістер) байқалған РА бар науқастарға ГИБТ бастау алдында қазіргі ұлттық ұсыныстарға сай туберкулезге қарсы профилактикалық ем жүргізу бойынша ұсыныстар берілуі тиіс;

- клиникалық негіздері болатын болса РА бар науқастар мүмкін болатын ісіктерге де тексерілуі тиіс. Егер қатерлі ісіктер анықталса анти-ФНО дәрілерімен емдеу тоқтатылуы тиіс.

Ритуксимаб. Осы дәрімен емдеу ауыр белсенді РА бар ересек науқастарды емдеудің бір түрі ретінде қарастырылады: ФНО-а ингибиторларының нәтижесінің жеткіліксіз болғанында, оларды көтере алмау немесе оларды тағайындауға қарсы көрсеткіштер болса (анамнезінде туберкулез, лимфопрлиферативті ісіктер болса), сонымен қатар ревматоидты васкулитте немесе ем бастағаннан кейін 3-6 ай ішінде жағымсыз болжамның белгілері болса (РФ титрларының жоғарылауы, АЦЦП концентрациясының, ЭТЖ мен СРБ концентрациясының ұлғаюы, буындарда деструкцияның тез дамуы) қолданылады.

Ритуксимаб мөлшері мен енгізу реті сақтала отырып метотрексатпен бірге тағайындалады (6 ай сайын). Ритуксимабпен емдеу егер ем басталғаннан 6 ай өткен соң адекватты әсер болғанда ғана әрі қарай жалғастырылады. Егер ауру белсенділігі санының (DAS28) 1,2 пунктке немесе одан да көп пунктқа азайса әсер адекватты болып саналады.

Тоцилизумаб. РА-ң ұзақтығы 6 айдан асқанда, аурудың жоғағы белсенділігінде, нашар болжамның белгілері болса (РФ+, АЦЦП+, көптеген эрозиялардың болуы, тез үдеу) қолданылады. Тоцилизумаб мөлшері мен енгізу реті сақтала отырып (айына 1 рет) монотерапия режимінде немесе БҚҚД - мен бірге баяу және ауыр дәрежелі ревматоидты артриті бар науқастарға тағайындалады. Ол тұрақты объективті клиникалық жақсаруға және науқастардың өмір сапасын жоғарылатуға әкеледі. Монотерапия режимінде немесе метотрексатпен бірге емдеуді егер ем басталғаннан 4 ай өткен соң адекватты әсер болғанда ғана әрі қарай жалғастырады. Егер ауру белсенділігі санының (DAS28) 1,2 пунктке немесе одан да көп пунктқа азайса әсер адекватты болып саналады. Тоцилизумабты көктамыр ішіне енгізу кезінде қан сарысуында мына жедел қабыну үрдісі маркерлерінің деңгейі төмендейді: С-реактивті белок пен амилоид-А, эритроциттердің тұну жылдамдығы. Гемоглобин деңгейі жоғарылайды, себебі тоцилизумаб ІІ-6 -ң гепцидин өндірілуіне әсерін азайтады, ол болса темірдің жоғарылауына әкеледі. ең жақсы нәтиже қаназдығы мен ревматоидты артриті бар науқастарда байқалады. Қабынудың жедел фазасы факторларының тежелуімен қатар тоцилизумабпен емдеу кезінде тромбоциттер санының қалыпты деңгейге дейін төмендеуі байқалады.

Қолдануға көрсеткіштер: орташа немесе жоғары дәрежелі белсенділігі бар ревматоидты артритті монотерапия немесе комплексті ем құрамында (метотрексат, базистік қабынуға қарсы дәрілер) емдеу, оның ішінде буындар деструкциясының дәлелденген рентгенологиялық үдеуінің алдын алу үшін қолдану. Жүйелік ювенильді идиопатиялық артритті монотерапияда немесе метотрексатпен бірге 2 жастан асқан балаларда қолдану.

Қолдану әдісі мен мөлшері: ересектер үшін ұсынылатын мөлшер - 8 мг/кг дене салмағына, 4 аптада 1 рет, 1 сағат бойы көктамыр ішіне инфузия түрінде енгізу. Актөра монотерапия түрінде немесе метотрексатпен бірге немесе басқа да базальқ ем дәрілерімен бірге қолданылады. Балаларға ұсынылатын мөлшерлер:

Дене салмағы 30 кг аз болса әрбір 2 апта сайын 12 мг/кг

Дене салмағы 30 кг көп болса әрбір 2 апта сайын 8 мг/кг

Қарсы көрсеткіштері: тоцилизумабқа немесе дәрінің басқа да компоненттерге гиперсезімталдық, жедел инфекциялық аурулар және өрші сатысындағы созылмалы инфекциялар, нейтропения (нейтрофилдердің абсолютті саны $0,5 \cdot 10^9$ /л аз), тромбоцитопения (тромбоциттер саны $50 \cdot 10^9$ /л аз), АЛТ/АСТ көрсеткіштерінің қалыптыға қарағанда 5 есе жоғарылауы (5N аса), жүктілік пен лактация кезеңі, 20 жасқа дейінгі балалық жас.

Қаназдықты емдеу бойынша ұсыныстар:

- созылмалы қабыну себебінен дамыған қаназдық - БҚҚД емін интенсифицирлеу, ГК тағайындау (күніне 0,5-1 мг/кг);
- макроцитарлы қаназдық - В12 дәрумені және фолий қышқылы;
- теміржетіспеушілік қаназдығы - темір дәрілері;
- гемолитикалық қаназдық - ГК (60 мг/тәулігіне); нәтижесі болмаса 2 апта бойы -азатиоприн 50-150 мг/тәулігіне;
- гемотрансфузияны кардиоваскулярлы асқынулар даму қаупі бар ауыр қаназдықта ғана қолдануға болмайды.

Фелти синдромы:

- негізгі дәрілі заттар - МТ, қолдану тәсілі РА басқа түрлеріндегідей;
- ГК монотерапиясы (>30 мг/тәулігіне) гранулоцитопенияны уақытша коррекциялайды, ол ГК мөлшерін төмендеткен кезде қайтадан өршиді;
- агранулоцитозы бар науқастарға схема бойынша ГК пульс-терапиясы тағайындалады.

РА экстраартикулярлы белгілерін емдеу бойынша ұсыныстар:

- перикардит немесе плеврит - ГК(1 мг/кг) + БҚҚД;
- өкпенің интерстициальді аурулары - ГК (1 — 1,5 мг/кг) + циклоспорин А немесе циклофосфамид; метотрексат тағайындалмайды;

- шектелген дигитальді артериит - симптоматикалық тамырлық ем;
- жүйелі ревматоидты васкулит - циклофосфамидпен (5мг/кг/тәулігіне) және метилпреднизолонмен (1 г/тәулігіне) интермиттирлеуші пульс-терапияны әрбір 2 апта сайын 6 апта бойы қолдану, кейін енгізулер арасындағы интервалды ұзарту; қолдамалы ем - азатиоприн; криоглобулинемия және васкулиттің ауыр көрінісінде плазмаферез жүргізген дұрыс;
- тері васкулиті - метотрексат немесе азатиоприн.

Хирургиялық араласу

Шұғыл немесе жедел отаға көрсеткіштер:

- синовит пен тендосиновит себебінен жүйке жаншылуы;
- сіңірдің үзілу қаупі немесе үзілуі;
- неврологиялық симптоматикамен бірге жүретін атлантты осьтік жартылай шығу;
- жай күнделікті әрекет етуды орындауды қиындататын деформациялар;
- ауыр анкилоздар немесе төменгі жақ дислокациясы;
- науқастың жұмысқа қабілеттілігін бұзатын бурситтердің болуы, сонымен қатар ойық жаралануға бейімі бар ревматикалық түйіндер болуы.

Отаға салыстырмалы көрсеткіштер:

- дәрілік емге резистентті синовиттер, тендосиновиттер немесе бурситтер;
- айқын ауырсыну синдромы;
- буындар қозғалысының айқын шектелуі;
- буындардың айқын деформациясы.

Оталық емнің негізгі түрлері: буындарды протездеу, синовэктомия, артродез.

Профилактикалық шаралар: шылымнан бас тарту, әсіресе позитивті РА анти-ЦЦП бар науқастардың бастапқы туысқандар арасында.

- Туберкулез инфекциясының профилактикасы: науқастарға алдын ала скрининг жүргізу арқылы туберкулез даму қаупін инфликсимабпен емдеу арқылы төмендетуге болады; инфликсимабпен емдеу алдында және емделіп жатқан барлық науқастарға өкпенің рентгенологиялық зерттеуі мен фтизиатр кеңесін жүргізу керек; тері сынамасы оң болса (реакция >0,5 см) өкпенің рентгенологиялық зерттеуін жүргізу керек. Рентгенологиялық өзгерістер жоқ болса емді изониазидпен (300 мг) және В6 дәруменімен 9 ай бойы жүргізу керек, 1 айдан кейін инфликсимабты тағайындауға болады; тері сынамасы оң болғанда және туберкулездің белгілері болғанда немесе көкіректің кальцифирленген лимфатикалық түйіндері болғанда инфликсимаб тағайындағанға дейін изониазид және В6 витаминімен кем дегенде 3 ай бойы ем жүргізу керек. 50 жастан асқан науқастарға изониазид тағайындағанда бауыр ферменттерін динамикалық зерттеу қажет.

- Науқастарды периоперациялық жүргізу бойынша ұсыныстар: ацетилсалицил қышқылы (қан кету қаупі) - отаға дейін 7-10 күн бұрын алып тастау; селективті емес СЕКҚД (қан кету қаупі) - 1-4 күн бұрын алып тастау (дәрінің T1/2 байланысты); ЦОГ-2 ингибиторларын қалдыруға болады (қан кету қаупі жоқ).
- Глюкокортикоидтар (бүйрек үсті безі қыртысы жеткіліксіздігінің даму қаупі):
- шағын хирургиялық ота: 25 мг гидрокортизон және 5 мг метилпреднизолонды көктамыр ішіне ота күні енгізу;
- орташа хирургиялық ота - 50-75 мг гидрокортизон немесе 10-15 мг метилпреднизолонды көктамыр ішіне ота күні енгізу және 1-2 күн ішінде қалыпты мөлшерге дейін тез ауыстыру;
- үлкен хирургиялық ота - 20-30 мг метилпреднизолонды көктамыр ішіне ота күні енгізу; 1-2 күн ішінде қалыпты мөлшерге дейін тез ауыстыру;
- критикалық жағдай - 50 мг гидрокортизонды көктамыр ішіне әрбір 6 сағат сайын енгізу.

Метотрексат. Мына келесі факторлар болғанда ауыстыру:

- қарт жас;
- бүйрек жеткіліксіздігі;
- бақыланбайтын қант диабеті;
- бауыр мен өкпеннің ауыр зақымдануы;
- ГК қабылдау > 10 мг/тәулігіне

Дәріні бұрынғы мөлшерде отадан кейін 2 апта өтен соң жалғастыру.

- сульфасалазин мен азатиопринді отаға бір күн қалғанда алып тастау, отадан кейін 3 күн өткен соң қайта қабылдау;
- гидроксихлорохинді қалдыруға болады;
- инфликсимабты қалдыруға болады немесе отаға дейін бір аптаға қалғанда алып тастап кейін отадан кейін 1-2 апта өткен соң жалғастыруға болады;
- әрі қарай жүргізу (мысалы: отадан кейінгі кезең, реабилитация, стационар үшін хаттама құрастырылған жағдайда науқасты амбулаторлы деңгейде алып жүру);
- РА бар барлық науқастар диспансерлік бақылауға жатады;
- ауру өршуінің басталуын уақытында тану және емді коррекциялау;
- дәрілік емнің асқынуларын тану;
- ұсыныстарды сақтамау және емді өздігімен үзу - аурудың жағымсыз болжамының тәуелсіз факторлары;
- РА клиникалық-лабораторлық белсенділігін тиянақты мониторлау және дәрілік емнің кері әсерлерінің алдын алу;
- ревматологқа 3 айда 2 реттен кем емес бару;
- әрбір 3 ай сайын тапсыру: қан мен зәрдің жалпы анализі, қанның биохимиялық анализі;

- жыл сайын: липидті профильді зерттеу (атеросклероздың алдын алу үшін), денситометрия (остеопороз диагностикасы), жамбас сүйектерінің рентгенографиясы (жамбас сүйегі басының аспетикалық некрозын анықтау).
- РА бар науқастарды жүктілік пен төспен тамақтандыру кезінде жүргізу:
- СЕҚҚД қабылдаудан бас тарту, әсіресе жүктіліктің II және III триместрінде.
- БҚҚД қабылдаудан бас тарту
- ГК -мен емдеуді минимальді нәтижелі мөлшерде жалғастыруға болады.

Емдеу нәтижелілігі мен хаттамада көрсетілген диагностикалау мен емдеу әдістерінің қауіпсіздігінің индикаторлары: клиникалық-лабораторлық ремиссияға жету.

РА бар науқастарды емдеуді бағалау кезінде ревматологтардың Еуропалық лигасының критерийлері қолданылады (23 кесте), олар арқылы мына параметрлердің жақсаруы (%) тіркеледі: ЧБС, ЧПС: мына келесі 5 параметрлердің кез келген 3 жақсаруы: аурудың белсенділігіне науқастың жалпы бағасы, аурудың белсенділігіне дәрігердің жалпы бағасы, ауырсынуды науқастың бағалауы, денсаулық жағдайын бағалау сұрақнамасы (НАQ); ЭТЖ немесе СРБ.

23 кесте - Емге жауап ретінде ревматологтардың Еуропалық лигасының критерийлері

DAS28	Бастапқысымен салыстырғанда DAS28 жақсаруы		
	>1.2	>0.6 и ≤1.2	≤0.6
≤3.2	жақсы		
>3.2 и ≤5.1		баяу	
>5.1			жоқ

Жақсарудың минимальді дәрежесі болып жақсарудың 20% сай нәтиже саналады. Ревматологтардың Америкалық колледжінің ұсыныстары бойынша жақсарудың 50% төмен нәтижеге жетілсе (20% дейін) ол БҚҚД мөлшерін өзгерту немесе екінші дәріні қосу арқылы емлі коррекциялауды қажет етеді.

БҚҚД емдеу кезінде емдеу қорытындысының варианттары болуы мүмкін:

1. Белсенділікті төменгі деңгейге дейін азайту немесе ремиссияға жету;
2. Белсенділікті оның төменгі деңгейіне жетпей-ақ азайту;
3. Минималды жақсарту немесе оның болмауы.

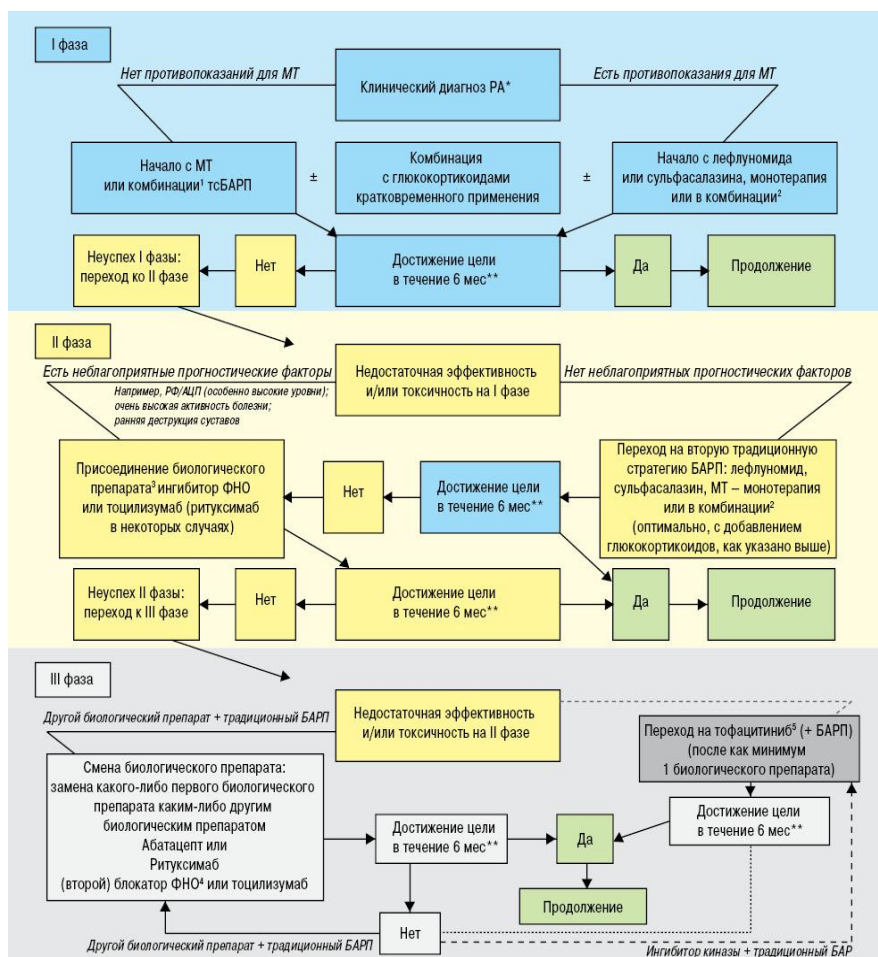
Емдеудің 1 вариантында ем өзгеріссіз жалғастырылады; 2 вариантында - егер белсенділік параметрлерінің жақсару дәрежесі 40-50% аспаса БҚҚД ауыстыру немесе 50% жақсарса БҚҚД -ге басқа БҚҚД немесе ГИБД қосу; 3 түрінде - дәріні алып тастау, басқа БҚҚД іріктеу.

Емдеу нәтижелігінің критерийлері:

- Симптомдар айқындылығын азайту
- Қабыну үрдісінің белсенділігін азайту.

РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТТИ СИНТЕТИКАЛЫҚ БАЗИСТІК ҚАБЫНУҒА ҚАРСЫ ДӘРІЛЕР МЕН ГЕНДІ ИНЖЕНЕРЛІ БИОЛОГИЯЛЫҚ ДӘРІЛЕРМЕН ЕМДЕУ (2013 ЖЫЛ) БОЙЫНША ЕУРОПАЛЫҚ АНТИРЕВМАТИКАЛЫҚ ЛИГАНЫҢ (EULAR) ҰСЫНЫСТАРЫ

(EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs)



10 сурет - РА емдеу бойынша 2013 жылғы EULAR ұсыныстары негізіндегі алгоритм

АЦП – циклидті пептидке антидене; РФ – ревматоидты фактор

* ACR/EULAR жіктелуінің критерилері диагнозды ерте коюға көмектеседі.** Ем максаты - ACR/EULAR анықтамасы бойынша клиникалық ремиссия болмаса да, 6 айда аурудың белсенділігі төмендеу

керек, бірақ ескерілетін бір жағдай егер емнің әсері Зайдан соң байқалмаса, емді түзетіп не айырбастау керек.¹Жиі комбинацияға қолданылатын препараттарға МТ, сульфасалазин мен гидроксихлорохин жатады.²Сульфасалазин не лефлуномид комбинациясы, МТ басқа, зерттелмеген, алайда осыларға қоса малярияға қарсы препарат қосуға болады.³Бұл жағдайлар мәтінде көрсетілген.⁴Адалимумаб, цертолизумаб, этанерцепт, голимумаб, инфликсимаб немесе жақсы зерттелген және нұсқалған The U.S. Food and Drug Administration (FDA)/The European Medicines Agency (EMA) биосимилярлар.⁵Қолдалған жағдайда.

Сызықтар: үздіксіз қара сызық - ұсынылады; көрсетілгендей; сұр пунктирлі сызық - биологиялық препараттардың қолданылуы дұрыс әсер көрсетпегенде ұсынылады (негізінде - екі биологиялық препараттар); пунктирлі қара сызық - екі биологиялық препараттардың ұтымсыздығынан кейін ұсынылады, бірақ абатацепт, ритуксимаб және тоцилизумаб әсерінің жоқтығынан тиімділігі мен қауіпсіздігі туралы аз зерттелген; қара нүктелі сызық - мүмкін ұсынылатын шығар, бірақ тофацитиниб әсерінің жоқтығынан кейін биологиялық препараттардың әсері мен қауіпсіздігі бойынша мәлімет 2013 ж. жаңаланған нұсқауларында жоқ.

2010 ж. ұсыныстағы Жұмыс тобының сарапшыларының ойынша РА бар науқастарда емді келесі негізгі 3 принциппен жүргізу керек:

А. РА бар науқастарды емдеу ең жақсы медициналық көмек көрсетілуден басталып, науқас пен ревматолог дәрігердің арасындағы жақсы қарым қатынас есебінен бір мәмілеге келумен аяқталуы керек.

В. Ревматолог-дәрігерлер - РА бар науқастарға алғашқы медициналық көмек көрсететін мамандар. РА бар науқасты емдеу ретінде осы көзқарастың екінші орынға түсуінен дәрігер-ревматологтың ролі төмендемейді. Дәрігер-ревматологқа осы А пунктіндегі барлық қызметтік міндеттер жүктелген. «Біріншілік» термині бірнеше мағынаға ие: біріншіден, білікті ревматолог болмаса РА емдеу туралы, жаңа инновациялы әдістерді және болуы мүмкін қауіптерді білетін басқа маман дәрігерлерді шақыруға болатынын білдіреді, екіншіден, қазіргі заманда медбикелердің ролін жоғарылатып, оларға РА емдеудің әдістерін үйрету керек, бірақ барлық жауапкершілік дәрігер мойнында болады (van Eijk-Hustings Y. et al., 2012), үшіншіден «біріншілік» деген термин дәрігер-ревматологта мультидисциплинарлы медициналық көмек қажет болғанда, әсіресе қосымша ауруы болған жағдайда көмектесу (мысалы, жүрек тамыр асқынуы (Peters M.J. et al., 2010), еміне қатысты асқыну, әсіресе ауыр инфекцияда).

РА бар науқастың емдеумен айналысып жүрген дәрігер-ревматолог науқастың жеке, әлеуметтік және медициналық қажеттіліктерін еске алуы керек. Осы тұжырымның айтылуы өзгергенмен, маңызы мен мағынасы ауыспаған. Қазіргі заманауи емнің инновациялық әдістерін есепке ала отырып РА емдеуде жеке науқаспен/отбасымен немесе жалпылай

қоғаммен жұмсалған шығынын көрсетеді. Екінші жағынан зерттеулер аурудың болуы мүмкін асқынуларын есте сақтай отырып, емнің үнемдеу жағынан да бақылаған, мысалы, буынның эндопротезге қажеттілігін (Kärrholm J. et al., 2008; Kobelt G., Jonsson B., 2008). Сонымен науқасқа таңдалған емнің әсері мен қауіпсіздігінен бөлек экономикалық аспектісі де бір жағынан дәрігер-ревматологқа жүктелген. Биологиялық агенттердің биосимилярлары нарыққа шыққан соң фармакоэкономикалық аспектілерді тіркеу нақтылаушы болып табылады.

ҰСЫНЫСТАРДЫҢ НЕГІЗГІ ҚАҒИДАЛАРЫ МЕН ОЛАРДЫҢ ТАЛДАУЫ

2013 ж. EULAR Жұмыс тобында 14 негізгі ұсыныс бар (2010 ж. ұсыныстан үш бөлімі алынып, екі нұсқауы қосылған). Жұмыс тобының сарапшыларының бірауыздан 2010 ж. нұсқаудан, РА бар науқастарды емдеуде қолданылуы мүмкін «...азатиоприн, циклоспорин А немесе циклофосфамидті», сонымен қатар, мына пікірді «...қолданылатын интенсивті медикаментозды ем стратегиясын әр науқасқа болуы мүмкін жағымсыз жанама әсеріне қарамастан жеке тағайындау керек...», себебі бүгінгі күні терапиялық стратегиялар нақты анықталған, ал кейбір жаңартылған нұсқауларда емнің басынан интенсивті ем тағайындау көрсетілген. Сонымен қатар нұсқаудан емнің жаңа әдістемелік жолдары көрсетілген мына пункт алынып тасталған - «... БАРП бұрын қабылдамаған науқастар, комбинациялы терапия МТ мен биологиялық агенттер алуға үміткерлер».

Төменде көрсетілген РА бойынша нұсқаулар жаңартылған нұсқасынан келтірілген:

1. БАРП емдеуді РА диагнозы қойылған сон тез арада бастаған жөн. 2010 ж. нұсқаудан айырмашылығы, «синтетикалық» термині БАРП алдынан алынып осы нұсқаудың жалпыламалылығын, сонымен қатар, РА диагнозын ерте анықтап емді бірден тағайындауда жекелеген маңыздылығын айқындау. ACR (American College of Rheumatology)/EULAR (2010) жіктелу критерилерін қолдану науқастың сырқатын тауып, дер кезінде емнің тағайындалуын жеңілдетеді, алайда жіктелу критерилері клиникалық зерттеулер негізінде жасалып, топтық деңгейде ғана маңызы барын еске алу керек. РА диагнозы дәрігер-ревматологтың жеке ойы мен науқастың жеке белгілі бір жағдайын еске ала отырып қойылады.

2. Емнің негізгі мақсаты - әр науқаста аурудың төмен белсенділігі не ремиссияға жету. Жұмыс тобының осы нұсқауды енгізудегі негізгі мақсаты ACR мен EULAR өңделген (Felson D.T. et al., 2011) ремиссияның қатаң критерилерін имплементациялау, себебі интегралды көрсеткіш бойынша ауру белсенділік ремиссиясының көрсеткіші нақты анық емес (DAS28 <2,6). Көптеген зерттеулердің

қортындысы бойынша ремиссия клиникалық белгілері мен РА симптомдарының ғана емес, сонымен қатар, буындағы қызметтің жақсаруы мен сүйек-деструкциялық өзгерістердің баяулауы (Smolen J.S. et al., 2009; Balsa A. et al. 2010; Aletaha D., Smolen J.S., 2011). Одан басқа Жұмыс тобы емнің альтернативті мақсаты - РА ұзақ ауыратын науқастардың күделікті клиникалық тәжірибеде өте көп болғандықтан, аурудың белсенділігін төмендету болып табылады. Науқастардағы қызметтік және құрылымдық нәтижесі аурудың белсенділігі төмендеуі мен ремиссиясына қарағанда аз емес, сонымен қатар аурудың белсенділігінің төмендеуі белсенділіктің жоғары не шамалы белсенділігіне қарағанда қызметтік және құрылымдық нәтижесі жоғары болады (Klarenbeek N.B. et al., 2011; Smolen J.S. et al., 2011).

3. Аурудың жоғары белсенділігінде науқасқа жиі мониторинг жүргізіп отыру қажет (әр 1-3 айда); 3 айдан соң нәтиже болмаған жағдайда, 6 айдан соң ем мақсатына жетпесе терапияны түзетуге тура келеді. Осы нұсқауға сәйкес аурудың белсенділігіне байланысты қажеттілігіне қарай жиі мониторинг жүргізу керек (әр 1-3 ай), ал емнің мақсатына жеткен жағдайда сирек - әр 6-12 айда. Сонымен қатар, осы пунктте негізгі не альтернативті ем мақсатына алғашқы 3 айда емес (ремиссия немесе, тым болмаса аурудың төменгі белсенділігі), 6 ай көлемінде жетуі туралы анық жазылған. Белгіленген 3-айлық мерзім тек жағдайдың жақсаруында ғана есепке алынады, әсіресе жоғары дәрежедегі белсенділіктің шамалы не біршама төмендеуі кезінде (Aletaha D. et al., 2008). 3 айдан соң берілген ем нәтижесіз болған жағдайда осы жылда әсерін жақсарту үшін түзету енгізген жөн, себебі ем мақсатына жетуі екіталай (Aletaha D. et al., 2007). Емнің максималды әсерін алу үшін МТ оптималды мөлшерін бірнеше апта бойы максималды мөлшерінде (25-30 мг апта сайын) аз дегенде 8 апта ішу керек. (Visser K., van der Heijde D., 2009). 3 ай мерзімінде әсер жақсарса да (van Gestel A.M., van Riel P.L.C.M., 1998; Aletaha D. et al., 2012) көптеген науқастарда максималды әсер тек 6 айдан соң ғана көрінеді. Бұл мәлімет барлық ем түрлеріне қатысты, сонымен қатар биологиялық агенттарды есепке алғанда. Сондықтан әр науқаста емнің ауру белсенділігінің өзгеру динамикасын ем басынан бастап 6 айға дейін көріп, емнің одан әрі стратегиясын шешу керек.

4. МТ белсенді РА бар науқастарда біріншілік емнің құрамына жатуы керек. Әдебиеттердегі мәліметтерді жүйелі түрде бақылау қортындысы бойынша (Gaujoux-Viala C. et al., 2013), МТ - монотерапия үшін жоғары әсерлі препарат, сонымен қатар глюкокортикоидтармен, тсБАРП и бБАРП басқа түрлерімен комбинацияда РА бар науқастарды емдеуде негізгі дәрілік препарат болып қала береді (Pincus T. et al., 2003). Монотерапия кезінде не глюкокортикоидпен не онсыз МТ БАРП бұрын қабылдамаған науқастарда 25-50%, ал РА ерте диагностикалаған кезде

белсенділікті тез төмендетіп, ACR70 көрсеткіші бойынша жауапқа келтіруге болады (Heimans L. et al., 2013; Kavanaugh A. et al., 2013; Tak P.P. et al., 2013). Жалпылай бұл принцип үш аспектен: біріншіден, МТ монотерапия ретінде әсері болғанымен басқа дәрілермен комбинацияда қолдануға болады (глюкокортикоидтар, басқа тсБАРП); екіншіден, «белсенді ауру» деген түсінік аурудың клиникалық белсенділігінің индексі бойынша ($CDAI > 10$; $DAS28 > 3,2$; $SDAI > 11$) (Aletaha D. et al., 2008), кей ауруының белсенділігі төмен науқастардың МТ қабылдауына қажеттілік болмай ($CDAI \leq 10$, $DAS28 < 3,2$, $SDAI \leq 11$ болып анықталған) альтернативті тсБАРП қабылдауы мүмкін; үшінші аспект бойынша науқастар бұрын басқа тсБАРП емделіп, МТ оптималды мөлшерінде тағайындалып, емнің одан да күшті схемасын іске қоспас бұрын осы әдіс іске асырады. МТ тағайындағандағы ең маңызды аспект оптималды әсерлі мөлшерді тағайындау болып табылады (Visser K., van der Heijde D. et al., 2009), сонымен қатар фолий қышқылын қоса бергенде (van Ede A.E. et al., 2001) максималды әсері 4-6 айдан соң (Bredveeld F.C. et al., 2006; Tak P.P. et al., 2011); фолий қышқылының оптималды дозасы ($\leq 25-30$ мг/аптасына мөлшер тәуелді жанама әсер болған кезде) әсері аз дегенде (Salliot C., van der Heijde D., 2009) 8 апта ішкен кезде көрінеді.

5. МТ (немесе ерте төзбеушілік кезінде) қарсы көрсеткіш болған кезде, сульфасалазин не лефлуномидті (біріншілік) стратегиялық ем ретінде қолдану керек. Сульфасалазин мен лефлуномид 2010 ж. нұсқауларда МТ альтернатива ретінде ұсынылған, клиникалық, қызметтік құрылымдық (Smolen J.S. et al., 1999; Strand V. et al., 1999; Sharp J.T. et al., 2000), МТ тәрізді. Сульфасалазиннің оптималды терапиялық мөлшері 3–4 г/тәу ішекте еритін қапшығы бар таблеткалар (Capell H.A. 1995; van Riel P.L. et al., 1995); лефлуномидтың оптималды мөлшері 20 мг/тәу. Сульфасалазин жүктілік кезінде қауіпсіз екендігін анықтаған (Ostensen M., Forger F. et al., 2009).

Алдындағы нұсқауларда алтын препараттарының инъекция түрі МТ альтернатива түрінде қолданылуының мүмкіндігі жайлы қарастырылған. Алтын тұздарының парентералды түрлері МТ сияқты клиникалық, қызметтік және құрылымдық әсерлері бірдей болғанымен, көптеген елдерде сирек қолданылса, кей елде қолдануға мүмкіндік жоқ. Сондықтан (Pinncus T. et al., 2002), Жұмыс тобының мүшелерінің ойынша алтын тұздарының әсеріне қарамай РА бар науқастарда БАРП кестесінің маңызды орнынан ығыстыру туралы шешім қабылданған.

Малярияға қарсы препараттар, гидроксихлорохин мен хлорохин, РА кезінде кешенді ем ретінде, ал аурудың жеңіл түрінде монотерапия ретінде қолданылады. (Katz S.J., Russell A.S., 2011). Малярияға қарсы препараттар БАРП сияқты әсерінің аздығына қарамастан метаболизмге оң әсер көрсетіп, жүктілік кезінде қолдануға мүмкіндік береді (Bili A. et al., 2011; Morris S.J., 2011). Буындағы деструктивті өзгерістерді тоқтата

алмағандықтан осы нұсқауда басқа препараттар сияқты толық жазылмаған (Morris S.J., 2011). Жұмыс тобының ойы бойынша «ерте төзбеушілік» термині бірінші ем стратегиясының әсерсіз болуынан емес, МТ (6 апта бойы) қолдануда төзбеушілік және қарсы көрсеткіші бойынша қарастырылу керек.

6. Глюкокортикоидтарды қабылдауға байланыссыз БАРП бұрын қабылдамаған науқастарда, тсБАРП монотерапия ретінде әрі, тсБАРП кешенді терапия ретінде қолдануға болады. 2010 ж. нұсқауында кешенді емге қарағанда монотерапияға көп басымдылық берілген. Сол уақыттан бері көптеген зерттеулер жүргізіліп, кешенді тсБАРП емнің әсері МТ монотерапиясымен пара пар екендігі, ал кей зерттеулерде бБАРП тәрізді әсер анықталған (Moreland L.W. et al., 2012; de Jong P.H. et al., 2013). Сонымен, Жұмыс тобының бірауыздан шешкен шешімі, тсБАРП емін кешенді ем ретінде тсБАРП монотерапиясын глюкокортикоидпен не онсыз қолдану. тсБАРП кешенді емінің ең басты шарты - МТ міндетті түрде емнің компоненті ретінде қолдану керек, себебі басқа реті туралы зерттеулер жоқ.

7. Глюкокортикоидтың аз мөлшерін емнің алғашқы стратегиясы ретінде көп дегенде 6 айға тағайындауға болады (тсБАРП өзімен не бірнеше түрін қосу арқылы), клиникалық тұрғыдан емнің мақсатына жеткен соң бірден мөлшерін төмендеткен жөн. Жұмыс тобы белсенді түрде глюкокортикоидтардың ролі мен инициалды ем стратегиясы ретінде қолданылуын алға тартып отыр. Бұл өзгеріс осыған қатысты жүйелік бақылау негізінде жасалған (Gaujoux-Viala C. et al., 2013). Төмен доза деген преднизолонның не оның эквивалентінің 7,5 мг/тәу мөлшері. (Buttgereit F. et al., 2002). Глюкокортикоидтарды жеке нұсқауға шығаруы оның клиникалық, қызметтік және құрылымдық әсерінің жоғарылауына байланысты (Wassenberg S. et al. 2005; Bakker M.F. et al., 2012), сонымен қатар, бұл комбинация кей мәліметтерге сүйенсек ФНО ингибиторы + МТ сәйкес (Goekoop-Ruiterman Y.P. et al., 2005; Heimans L. et al., 2013); сондықтан глюкокортикоидтар бастапқы мөлшері жоғары болса да схема бойынша жылдам төмендетуге болады (COBRA зерттеуінде) және төменгі мөлшерде 1–2 жыл тағайындау БАРП әсерін жоғарылатады (Kigwan J.R., 1995). Алайда глюкокортикоидтар монотерапия ретінде ұсынылмайды, тек басқа БАРП қарсы көрсеткіштер болған жағдайда тағайындалады.

Глюкокортикоидтардың ұзақ емдеуде қауіпсіздік туралы әдебет мәліметтеріне сүйенсек бірқатар кемшіліктерге ие, бір жағынан болуы мүмкін қауіпті әсерлері туралы мәлімдей алмайды (da Silva J.A. et al., 2006); басқа жағынан - EULAR арнайы комитетімен төменгі мөлшердегі глюкокортикоидтармен емдеуге нұсқау жасалған, онда жанама әсердің превентивті шаралар қатары көрсетілген (Hoes J.N. et al., 2007).

Жоғарыда айтылған мәліметтерді ескеріп Жұмыс тобы глюкокортикоидтарды ауыспалы ем ретінде қолдану және ұзақтығын алты айдан асырмай, мүмкін болғанда мөлшерін ерте төмендетуге болатындығын айтады.

8. Егер БАРП бірінші стратегиясының көмегімен ем мақсатына жетпеген, бірақ жағымсыз болжамдық факторлар болмаған кезде, басқа тсБАРП стратегиясына көшу керек; ал жағымсыз болжамдық факторлар болған уақытта бБАРП емге қосуды қарастыру керек. Осы пункттың ойы РА бар науқастарда ем стратегиясында қауіп факторларының стратификациясының дұрыстығын растайды. Бұл факторлар бірнеше жылдар бұрын түбегейлі зерттелген: аурудың жоғары белсенділігінің болуы; аутоантиденелер болуы (ревматоидты фактор немесе цитрулинирленген пептидтерге антидене); және буындардағы ерте деструктивті өзгерістер (Vastesaeger N. et al., 2009; Visser K. et al., 2010). РА бар науқастарда жағымсыз соңы аз болған кезде стратификациядан соң басқа тсБАРП стратегиясын (глюкокортикоидтармен комбинацияда), ал жоғары қауіп бар науқастарға - бБАРП қосу керек. Басқа БАРП стратегиясы біріншінің ерекшелігін есепке ала отырып жасалу керек: егер БАРП ретінде МТ монотерапия қолданылса, одан соң басқа тсБАРП ауысу не кешенді ем тиімді болады; тсБАРП кешенді емі бірінші стратегия сияқты өткізілген болса, онда науқастарда жанама әсердің аз болуы үшін (тсБАРП тиімді мөлшері бұрын қолданылған кезде ғана), тсБАРП пен лефлуномид кешенді емі ұсынылады. «Қарастыру» сөзі шешімді жеке қабылдап, емнің негізгі мақсатына жету дегенді білдіреді - ремиссия жағдайы немесе аурудың белсенділігінің 6 айда төмендеуі.

9. Науқастарда МТ жеткіліксіз әсерде немесе другие стратегия тсБАРП басқа стратегиялары, глюкокортикоидпен комбинация не онсыз, бБАРП (ФНО ингибиторлары, абатацепт немесе тоцилизумаб және кей кезде - ритуксимаб) МТ мен комбинацияда қолдану керек. Жұмыс тобы өздерінің шартын тағы да тсБАРП емнен кейін 6 айда ем мақсатына жетпесе (немесе 3 айдан соң науқас жағдайы жақсармаса), бБАРП емінің инициациясын жасау керектігін бекітті. Нақты «биологиялық БАРП» реті анықталған. 2010 ж. нұсқауларда сарапшылармен биологиялық терапияны ФНО ингибиторларымен басында иницирлеу керектігі ұсынылған, ондай шешімге осы топ препараттары туралы ұзақ уақытта қолдану тәжірибесі мен көптеген реестрдағы мәліметтер арқау болады.

10. Бірінші стратегия бБАРП науқасқа оң әсер көрсетпеген жағдайда басқа бБАРП қабылдау керек; егер науқас бірінші рет ем ретінде ФНО ингибиторын қолданса, басқа ФНО ингибиторын не басқа әсер ету механизмі бар биологиялық агенттарды қабылдауға

болады. Осы нұсқаудың екінші бөлімінің негізгі мақсаты: 1) қазіргі кезде қандайда бір препараттың немесе ФНО ингибиторының қайсысы жақсы екенін әрі ФНО ингибиторларын қабылдауға қарамастан аурудың белсенділігін төмендетіп бір деңгейде ұстауы туралы дәлелдер жеткіліксіз; 2) таяу уақытта ИЛ-6 (сарилумаб) немесе ИЛ-6 (клазакизумаб, сирукумаб) (Hsu B. et al. 2011; Huizinga T. et al., 2012; Mease P. et al., 2012) рецепторларына әсер ететін тоцилизумабқа альтернатива ретіндегі биологиялық препараттар туралы жаңа мәліметтер алынуы мүмкін. Жұмыс тобының ойынша «ФНО ингибиторының басқасы» инфликсимаб көмектеспеген науқастарда инфликсимаб биосимиляры қолданылмайды.

11. Биологиялық агенттар көмектеспеген жағдайда тофацитиниб тағайындалуы қарастырылуы мүмкін. Тофацитиниб - янус-киназа бБАРП препараты емес, белгі беруші арнайы жолдармен байланысып ерекше әсері бар синтетикалық химиялық қосылыс. Осы мәліметті ескере отырып Жұмыс тобы кей нұсқаулар мен терминологияда цсБАРП деп қарастыруды шешкен. РА кезінде АҚШ, Жапония мен Ресейде тофацитиниб қолданылады, ал 5 мг мөлшерімен емдеу АҚШ пен Жапонияда рұқсат етілген және буынның деструкциясының үдеуі 12 ай ішкен соң плацебомен салыстырғанда статистикалық шамаға сәл жетпегенімен ($p=0,06$) (van der Heijde D. et al., 2013), тофацитинибтың құрылымдық әсерінің барлығын жоққа шығара алмайды (Lee E.V. et al. 2012). Қазіргі кезде тофацитинибті қолданғанда ұзақ уақытты қауіпсіздігі туралы мәліметтер жеткіліксіз. Клиникалық мәліметтерге сүйенетін болсақ, бақылау көрсеткіштерімен салыстырғанда ауыр инфекция жиілігі артып, әсіресе жай герпес вирусының ФНО ингибиторын қабылдау кезінде жоғарылағаны байқалған (van Vollenhoven R.F. et al., 2012; Wintherop K.L. et al., 2013). ТБ мен ТБ емес оппортунистік инфекция туралы мәліметтер бар; лимфоцитопения мен анемия болған кезде, тсБАРП пен бБАРП қабылдағанға қарағанда, гемоглобин деңгейі ем дұрыс болған күннің озінде шамалы мөлшерде жоғарылаған. тсБАРП пен бБАРП үлкен шамасын, клиникалық дәлелдерін есепке ала отырып, Жұмыс тобы тофацитинибті рационалды түрде бБАРП көмегі болмаған кезде ғана қолдану туралы пікірін білдірді. РА емдеуде тофацитиниб орны клиникалық тәжірибе, сонымен қатар қауіпсіздік пен әсері туралы реестрдан алынған мәліметтер, әсіресе ауыр инфекциялар, рак ауруларының туындау жиілігіне байланысты анықталды. Қазіргі уақытта Жұмыс тобының сарапшылары тофацитинибті ритуксимабқа қарағанда ең қауіпсіз және әсерлі препарат ретінде қарастырмау ұсынылған, оны ФНО ингибиторлары жеткіліксіз әсер көрсеткенде ғана қолдануға болатындығы туралы ұсынылған. Бүгінгі күнге тоцилизумаб пен басқа бБАРП препараттарының қауіпсіздігі туралы жиналған мәліметтің көп болуына байланысты тофацитинибті салыстыру мүмкін емес. Сонымен қатар әсері мен қауіпсіздігінен бөлек экономикалық

аспектіге де денсаулық сақтау саласындағы бюджет тапшылығына байланысты үлкен көңіл бөлінеді. Соған орай қазіргі кезде тофацитинибпен АҚШ пен Швейцарияда жылдық емдеу құны 25 мың АҚШ долларын және 25 мың швейцария франкын құрап, оны биологиялық препараттармен бір деңгейге қояды (Garber K. et al., 2013).

12. Егер науқасқа глюкокортикоид мөлшерін төмендеткен соң толық ремиссия орнықса, бБАРП мөлшерін төмендетуді қарастыруға болады, әсіресе тсБАРП комбинациясында. Осы ойды бір ауыздан қолдауға дәлелдердің болуы түрткі болды. PPA дәлелденген науқастарда клиникалық зерттеулер бойынша ФНО ингибиторларын тоқтатқан соңкөбісінде ауру өршіген (Tanaka Y. et al., 2010; 2013), сонымен бірге бБАРП қолдануды тоқтатса да, тсБАРП әсерінен дәрілік жауаптың неғұрлым нақты жауабын алуға болады (Tanaka Y. et al., 2010). Ерте РА бар науқастар туралы мәліметтер қарама қайшы. Ерте РА сатысындағы емнің негізгі мақсаты толық ремиссияға жеткізу болғанымен (Smolen J.S. et al., 2010; Felson D.T. et al., 2011), көптеген мәліметтер бойынша бБАРП емін тоқтатқан соң аурудың ремиссия сатысы белсенділігі төмен сатыға ауысқан. OPTIMA зерттеулері көрсеткендей 6-ай бойы адалимумабтың индукциялық режимі мен МТ комбинациясы ерте РА бар науқастарға ауру белсенділігінің төмен болуына не ремиссияның ұзақ уақыт сақталуына ФНО ингибиторларын қолдануды тоқтатқан соң да сақтап қалуға мүмкіндік береді (Klarenbeek N.B. et al., 2011; Kavanaugh A. et al., 2012; Smolen J.S. et al., 2013). Сонымен қатар PRIZE зерттеуінде биологиялық препараттарды тоқтатпай мөлшерін төмендету кезінде аурудың соңы дұрыс болғаны туралы мәліметтер алынған (Emery P. et al., 2013). Осы мәліметтерді дәлелдеуге көптеген зерттеулер мен көптеген науқас саны негіз бола алады, бір жағынан - биологиялық агенттің біріншілік негізгі ем стратегиясына кіреді; басқа жағынан - ерте РА кезінде емнің дұрыс болуы мен жақсы аяқталуы үшін ФНО ингибиторларының мөлшерін төмендеткен дұрыс DAS28 <2,6.

13. Ұзақ уақыт ремиссияны қалыптастыру үшін тсБАРП мөлшерін дәрігер мен науқас бірлесе отырып төмендетуді қарастыру керек. тсБАРП қабылдауды тоқтатқан РА қойылған науқастарда ≈70% қажетті терапияны жалғастыруға қарағанда 2 есе процесстің үдеуіне әкеледі (ten Wolde S. et al., 1996; O'Mahony R. et al., 2010). Сонымен нұсқаудың бұл бөлімі тсБАРП тоқтатпай мөлшерін азайтуды қарастырады. Бір жағынан дәрісіз емнің ремиссиясы науқастарда болуы мүмкін, әсіресе емді ерте бастап аурудың басқы сатысында тоқтатқан кезде (van der Woude D. et al., 2012). Алайда БАРП емін толық тоқтатып зерттеген ірі тексерулер жүргізілмеген.

14. Емді коррекциялау алдында аурудың белсенділігінен басқа мысалы, қосымша аурулар, құрылымдық зақымдалу үдеуін немесе қауіпсіздік аспектісін еске сақтау қажет. Нұсқаудың осы бөлімінде РА бар науқастарда аурудың белсенділігінің төмендеуі не ремиссиясы менеджменттегі абсолютті жеңісі, сонымен қатар, қосымша ауруы немесе жағдайы, болуы мүмкін қарсы көрсеткіштерді ескеріп, негізгі емнің мақсатын қалыптастыруымыз керек.

АНКИЛОЗДАУШЫ СПОНДИЛОАРТРИТТИ ЕМДЕУ

(12.12.2013 ж. ДДРО сараптамалық кеңесі отырысының
№23 Хаттамасы)

Анкилоздаушы спондилоартритті емдеу мақсаты:

- омыртқа, энтезис пен шеткері буындардағы ауырсынудың айқындылығын төмендету, омыртқа қозғалысын сақтау;
- увеиттің белгілерін басу;
- ауру дамуының баяулауы дәлелденбеген.

Ем әдісі:

Дәрісіз ем:

- Күн сайын науқастың арнайы жаттығуларды орындауы керек. Омыртқаның (омыртқаны жазуға көңіл аударып), ірі буындардың және арқа бұлшықеттерінің ширауы және қажетті қозғалыс серпімділігін сақтау үшін аптасына бір не екі рет 30 мин бойы демалу гимнастикасы мен жаттығуларын орындауы қажет.
- АС шамалы белсенділігінде жиі арқа бұлшықеттерінің массажи мен бальнеотерапия көрсетілген.

Дәрілік ем:

Стероиды емес қабынуға қарсы препараттар

- Барлық пациенттерге ауырсыну мен кұрсуды азайту үшін тағайындайды.
- Әсері плацебо бақылаулы зерттеулерде дәлелденген.
- Бақылау зерттеулерде басқа басқа СЕКҚД салыстырғанда ауырсынуды басуда басымдылығы дәлелденбегенімен индометацин, диклофенак және ацеклофенак, мелоксикам ең әсерлі болып есептеледі.
- Емнің басында кез келген препараттың максималды тәуліктік мөлшері қолданылады.
- Науқастың құрысуы мен ауырсыну ерекшелігін ескере отырып СЕКҚД тәулік бойына қабылдауын реттеп тағайындау ұсынылады. Кей жағдайда түнгілікке жеке қабылдау қажет болып жатады.
- 1-2 апта ішінде ауырсынуға қарсы әсері көрінеді; таңдалған дәрінің әсерін бағалау үшін бір ай көлемінде қажет. Әсері болып, еш жанама әсері болмаса СЕКҚД ұзақ уақыт қолданады.

- СЕҚҚД қабылдау ұзақтығы әр науқаста әртүрлі, сондықтан әр науқастарға жеке тағайындалады. Омыртқадағы ауырсыну басылған жағдайда СЕҚҚД мөлшерін төмендетуге немесе ішпеуге де болады (ауырсыну симптомы үдемесе). Жағдайдың қайталануы осы емнің қайта тағайындалуына көрсеткіш болып табылады.
- Тандалған препарат әсері болмаған жағдайда, осы топ препаратының басқасын тағайындайды (толық мөлшерінде).
- АІЖ зақымдалу қаупі не жақпаса селективті ЦОГ-2 ингибиторларын (целекоксиб, мелоксикам) қолданған дұрыс.
- СЕҚҚД «қажетінде» ғана қабылдауға қарағанда, СЕҚҚД (целекоксиб) ұзақ қабылдау АС кезінде омыртқаның зақымдалуын тежейтіні байқалған.

Антидепрессанттар. Ауырсынуға байланысты ұйқының бұзылуы кезінде амитриптилина (30 мг/тәулігіне) көрсетілген.

ГЛЮКОКОРТИКОИДТАР

- ГК жергілікті шеткері артрит пен энтезиттер, сонымен қатар сегізкөз жамбас буынына қолданылады. ГК жүйелі түрде қолдану әсерсіз деп санайды (омыртқа мен шеткері буындар артритіндегі симптомдар кезінде). Олардың қысқа уақытты қолданылуы тек АС жоғарғы температурада және увеит кезінде (жергілікті ем әсері болмағанда) немесе ІgА-нефропатия кезінде қарастырылған.
- АС жоғары белсенділігінде, омыртқадағы ауырсынудың айқындылығы басым, СЕҚҚД әсері шамалы болғанда метилпреднизолонмен пульстерапиядан жылдам әрі жақсы әсер алуға болады (тамыр ішіне 1000 мг бірнеше күн бойы). Осы әдіспен емді көтеру жақсы, әрі қауіпті қарсы көрсеткіштері сирек. Бірақ оның әсері тұрақсыз, ұзақтығы 4 аптадан аспайды.
- Алдыңғы жедел увеит кезінде міндетті түрде ГК жергілікті ем және қарашықты кеңітетін дәрілер тағайындалады (окулист бақылауымен).

СУЛЬФАСАЛАЗИН

- Симптомды ем әсері жеткіліксіз және аурудың тұрақты жоғары белсенділігінің сақталуы кезінде көрсетілген (әсіресе шеткері буындардың қабынуы мен энтезис кезінде). 5 екі жақты жабық мета анализ мәліметтері, плацебо- бақылаулы зерттеулер бойынша сульфасалазин плацебомен салыстырғанда ауырсыну, құрысу, жалпы жағдайы, ЭТЖ, ІgА деңгейіне жақсы әсер көрсеткенімен, омыртқа қызметіне әсері байқалмаған.
- Тәулігіне 2-3 г мөлшерде 3-4 айдан кем емес, ем нәтижесі кезінде ұзақ уақыт жалғастырады (сол тәуліктік мөлшерде).
- Спондилоартриты бар науқастарда жиі кездесетін увеитте әсері жоғары.

- 5-аминосалицил қышқылының туындылары сульфасалазинге карағанда әсері шамалы.
- Метотрексат (10мг/аптасына). Мәліметтер карама қайшы; шеткері артрит симптомын басқанымен, омыртқа зақымдануына әсері жоқ.
- Памидрон қышқылы. Вертебралды ауырсыну синдромының айқындылығының төмендеуі. Ем курсы екі ретті құрайды (жалпы курстық мөлшер 60 мг), оны жылына кальций препараты мен D дәруменін қабылдай отырып 3 ай сайын қайталау керек (жылына 4 курс).

ЭТАНЕРЦЕПТ

- Ересектерге ауыр анкилоздаушы спондилитке дәстүрлі ем нәтиже бермеген кезде тағайындалады.
- Қолдану тәсілі мен мөлшері – тері астына.
- Энбрелмен емді анкилоздаушы спондилитті емдеу мен диагностикасында тәжірибесі бар дәрігердің бақылауымен тағайындалуы қажет.
- Энбрел 25 мг дайын ерітінді түрінде (бір реттік шприц, 0,5 мл препараты бар) және 50 мг (бір реттік шприц, 1,0 мл препараты бар), 62,5 кг жоғары салмағы бар науқастарда қолданылады. 62,5 кг салмағы аз науқастарда ерітіндіні дайындау үшін лиофилизат қолданылады.
- Ұсынылатын мөлшер - 25 мг Энбрел аптасына екі рет немесе аптасына бір рет 50 мг.
- Энбрелмен емдеуді ремиссияға жеткенінше жалғастыру керек, бірақ 24 аптадан асырмау қажет. Препаратты енгізгеннен 12 аптадан соң емнің еш әсері көрінбеген жағдайда тоқтатқан жөн.
- Энбрелды қайта тағайындаса, жоғарыда көрсетілген ұзақтықты сақтау керек. 25 мг мөлшерде аптасына екі рет немесе 50 мг аптасына бір рет тағайындау ұсынылады.
- Кей науқастарда ем ұзақтығын 24 аптадан асыруға болады.
- Егде науқастар (65 жас және одан үлкендер). Емнің мөлшері мен әдісін түзетуді қажет етпейді.

ИНФЛИКСИМАБ

Әсері СЕҚҚД, ГК қолдануға карамастан, ал кей жағдайда метотрексат пен сульфасалазинді аурудың ауыр ағымында және жоғары белсенділігінде бірнеше ашық рандомизирленген плацебо-бақылаулы зерттеулерде жақсы екені дәлелденген.

ФНО- α ингибиторларына қарсы көрсеткіш болмаған жағдайда нақты АС диагнозында қолдануға (модифицирленген Нью-Йорк АС критерилерінің ресейлік нұсқасына сәйкес) келесі жағдайларда болады:

1. Алдындағы екі СЕҚҚД 2 аптадан кем емес толық терапиялық мөлшерде тағайындағанда аурудың жоғары белсенділігі (BASDAI>

4 немесе ASDAS > 2,1) және әсері болмаса (жақпаған кезде);

2. Белсенділігін есепке алмағанда, қайталанатын нақты АС диагнозы, увеиты бар науқастарда (немесе стандартты терапияға резистенттілік болғанда);

3. Белсенділігін есепке алмағанда, нақты АС кокситы бар науқастар.

4. Нақты АС диагнозы бар науқастарда шеткері артрит не энтезиттер кезінде сульфасалазинның (жақпаған кезде) 2-3 гр мөлшерін 3 айдан кем емес қолдану және ГК буын ішіне енгізу (2-ден кем емес) кезінде. Көбіне 5 мг/кг мөлшерде, сирек 3 мг/кг қолданады.

Көптеген науқастарда клиникалық әсер жылдам (жиі бірінші инфузиядан соң), сонымен қатар ол әсер жалпы еммен бірге бір жыл көлемінде сақталған.

Арқадағы ауырсынудың, құрысудың, жалпы жағдайы жақсарып, шеткері буындар артриты басылып, жедел фазалы көрсеткіштер төмендеп, өмір сүру сапасын жақсартатын шамалар дәлелді түрде жақсарған.

Жалпы алғанда ем нәтижесінде 80% жағдайда, әсіресе жедел фазалы көрсеткіштері жоғары науқастарда жақсы нәтижеге қол жеткізген (ЭТЖ мен СРБ).

Шамамен науқастардың жартысында толық тұрақты ремиссияға қол жеткізген.

Ифликсимаб инфузиясының «жауабы» омыртқаның ауыр зақымдануында және аурудың ұзақ уақыт болғанында нашар көрсеткіштер көрсеткен. Байламдар (энтезит) мен (алдыңғы увеит) көріністердің зақымдалуын бақылауға мүмкіндік береді. Клиникалық әсер алынған уақытта препараттың мөлшерін азайтып (инфликсимаб 5 мг/кг 2 айда бір), не енгізу аралығын ұзарту немесе мүлдем бермеуге болмайды.

Жауап беру критерийлері: BASDAI: 50% - 2 бөлімге салыстырмалы және абсолютты (10-баллдық баған бойынша).

Баға беру периоды: 6 мен 12 апта арасында.

ГОЛИМУМАБ

Мультицентрлі, рандомизирленген, екі жақты жабық зерттеулер нәтижесінде голимумабты тері астына енгізгенде анкилоздаушы спондилиттің белсенділігі бар науқастарда 4 апта сайын салғанда, алдында алған қабынуға қарсы стероидты емес препараттар немесе ревматизмге қарсы негізгі препараттар алғанына қарамастан ауру белгілерін азайтқан, ауру ағымын өзгерткен, сонымен қатар голимумабпен емдеу физикалық қызметінің жақсаруын, қозғалыс көлемін ұлғайтып, өмір сапасын 104 апта көлемінде жақсартқан.

ФНО-α ингибиторларына қарсы көрсеткіш болмаған жағдайда нақты АС диагнозында қолдануға (модифицирленген Нью-Йорк АС критерийлерінің ресейлік нұсқасына сәйкес) келесі жағдайларда болады:

1. Алдындағы екі СЕҚҚД 2 аптадан кем емес толық терапиялық

мөлшерде тағайындағанда аурудың жоғары белсенділігі (BASDAI > 4 немесе ASDAS > 2,1) және әсері болмаса (жақпаған кезде);

2. Белсенділігін есепке алмағанда, қайталанатын нақты АС диагнозы, увеиты бар науқастарда (немесе стандартты терапияға резистенттілік болғанда);

3. Нақты АС диагнозы бар науқастарда шеткері артрит не энтезиттер кезінде сульфасалазинның (жақпаған кезде) 2-3гр мөлшерін 3 айдан кем емес қолдану және ГК буын ішіне енгізу (2-ден кем емес) кезінде. Көбіне 5 мг/кг мөлшерде, сирек 3 мг/кг қолданады.

Арқадағы ауырсынудың, құрысудың, жалпы жағдайы жақсарып, шеткері буындар артриты басылып, жедел фазалы көрсеткіштер төмендеп, өмір сүру сапасын жақсартатын шамалар дәлелді түрде жақсарған.

104-ші аптада 71,4% науқастарда Халықаралық ұйымның бағасы бойынша терапиялық жауап спондилоартритте 20% жақсарған (ASAS20 көрсеткіші); 54,3% науқастарда критерийлер 40% жақсарған (ASAS40 көрсеткіші) және 30,7% науқастар ASAS критеріі бойынша жартылай ремиссияда болған. Анкилоздаушы спондилитпен ауыру белсенділігінің орташа көрсеткіш индексі (BASDAI индексі), анкилоздаушы спондилит кезінде қызметтік индексі (BASFI индексі), барлық ем жағдайында <3 104-ші аптада жеткен. Голимумабпен емдеудің қауіпсіздік профилі 104 аптадағы көрсеткіші 24-апталық көрсеткішімен шамалас.

Негізгі дәрілер тізімі:

Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар

1. Мелоксикам 15 мг, таб.

Глюкокортикоидтар

1. Метилпреднизолон 4мг, таб.

2. Метилпреднизолон 250 мг, фл.

3. Бетаметазон 1 мл, амп

4. Преднизолон, 30 мг, амп

Иммуносупрессивті дәрілік заттар

1. Сульфасалазин 500 мг, табл

2. Метотрексат 2,5 мг, табл

3. Инфликсимаб 100 мг, флак. Кесте бойынша

4. Голимумаб 50 мг аутоинжектор немесе алдын ала шприцке алынған, кесте бойынша

Қосымша дәрілердің тізімі:

Антидепрессанттар (амитриптилин 25 мг, табл, венлафаксин 75 мг, 150 мг, капсулалар, таблеткалар)

Гастропротекторлар (фамотидин 20, 40 мг, омепразол 20 мг, капс)

Миоспазмолитиктар (толперизон 150 мг, табл)

Басқа ем түрлері.

Хирургиялық ем. Жамбас сан буын протездеу ауыр, басылмайтын ауырсыну және буын қызметінің айқын бұзылуы кезінде көрсетілген. Тізе

буындарының басылмайтын синовиті кезінде синовэктомия жасау керек.

Алдын алу шаралары: Біріншілік алдын алу шаралары жасалмаған. Медико-генетикалық консультация кезінде АС туған ата аналарда туатын балада болу қаупі туралы анықтау. Алдын алу шаралары аурудың белсенділігінің артуы мен дәрілік емнен болатын жанама әсерін болдырмау болып табылады.

Әрі қарай жүргізу: ревматолог, терапевт бақылауы. Диспансерлік есепке тұру, негізгі ем түрін ұзақ уақыт қабылдау, сараптамаларды жасап отыру. есепке алу, омыртқаның барлық бөлімінне және ірі буындардағы максималды қозғалысты ұстап тұру үшін арнайы жаттығулар жасау. Қауыздарда жиі жүзу пайдалы.

Ем әсерінің индикаторлары: қабыну процессінің белсенділігінің, рентгенологиялық өзгерістердің үдеуінің төмендеуі.

АНКИЛОЗДАУШЫ СПОНДИЛИТИ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДЕ ІСІК НЕКРОЗЫ ФАКТОРЫНЫҢ ИНГИБИТОРЫН ҚОЛДАНУ ТУРАЛЫ ASAS ХАЛЫҚАРАЛЫҚ КОНСЕНСУСТЫ ӨТІНІШТІҢ БІРІНШІ РЕТ ЖАҢАРТЫЛҒАН РЕДАКЦИЯСЫ (2009 ж.)

Мақсаты: Анкилоздаушы спондилитті емдеу үшін ісік некрозының факторы (ИФФ) блокаторларын қолданудағы халықаралық нұсқауды жаңарту.

Әдістері: Жаңарған редакцияның негізі болып ертеде жарияланған анкилоздаушы спондилитті емдеудегі анти-ИФФ табылады. ASAS мүшелеріне сұрақ жауап таратылған, ал ұсыныстың соңғы нұсқасы ASAS жұмыс тобының халықаралық отырысында бекітілген.

Шешімі: Біріншілік консенсусты отырыс бойынша шамалы өзгерістер енгізу керек болды. Анти-ИФФ емінің басталу шарттары: анкилоздаушы спондилит диагнозының нақты болуы (Нью-Йорк критерий бойынша); клиникалық көрінісі, сарапшылар ойы бойынша негізделіп, BASDAI ≥ 4 индекс көмегімен 0-10 ға дейін көрсеткіші арқылы аурудың белсенділігі 4 апта болған кезде бағаланады; ауры емге төзімді, оған дәлел 3 ай бойы кем деген де 2 СЕҚҚД емге, стероидтарды буын ішіне енгізуге (көрсеткіш бойынша) және сульфасалазинмен емдеуге, әсіресе шеткері артрит кезінде жауаптың болмауы; биологиялық препараттармен емдеу кезінде қарсы көрсеткіш пен алдын алу шараларын орындау. Анти-ИФФ терапия мониторингі клиникалық тәжірибемен BASDAI индексі үшін ASAS негізгі ұсыныстарымен іске асады. 6-12 аптадан кейін әсері болмаған кезде, ИФФ блокаторларымен емдеуді тоқтату керек. Жауап ретінде BASDAI индексі (0-10 бағаны бойынша) 2 балл немесе 50% жақсаруы есептеледі.

Тұжырым: Бұл жаңартылған консенсусты өтінішті клиникалық тәжірибеде және ұлттық нұсқаудың өңделуі кезінде қолдану ұсынылады. ASAS тобы келешекте консенсусты өтініштің жаңаруы қажеттілігіне

қарай жүргізіліп отырады. Анкилоздаушы спондилит кезінде науқасты емдеуде жаңа көзқарастар ретінде ісік некроз факторы (ФНО) блокаторлармен емдеу табылады. 2003 жылы халықаралық сарапшылар тобымен анкилоздаушы спондилитті емдеуді ASAS нұсқауымен анти-ИФ терапияға қатысты ұсыныстар жасалған. Осы туралы зерттеулердің болуына байланысты, тұрақты түрде нұсқауды жаңартуды қажет етеді. Сондықтан 1-ші редакциясын 2 жылдан соң өткізуге рұқсат берілген. Анкилоздаушы спондилитті емдеуде ИФ блокаторларын қолдану ұсыныстарында жаңарту қортындылары мен үрдісі осы құжатта көрсетілген. Анти-ИФ терапиясына қатысты кейбір сұрақтар, әсіресе емнің қымбаттығы осы нұсқау мен ұсынысты керек қылады. Белсенділігі жоғары ауруы бар, аурудың ауыр түрімен ауыратын, жұмысқа қабілетінің жоғалуы мүмкіндігі бар науқастардың осы емнен үлкен әсер алуы мүмкін. Қойылған барлық сұрақтарға жауап алу үшін, бар мәліметтер жеткіліксіз және бірінші консенсусты өтініште сарапшылар барлық клиникалық сараптамалар мен зерттеулерді есепке алуы қажет. Бұл процесс Дельфи [Delphi questionnaire] сұрақ жауабының қолданылуымен жасалып, ресми консенсусты отырыста аяқталып анти-ИФ терапиясын аяқтау, мониторинг жасау және бастауы туралы нұсқау құрылған.

Бұл нұсқауы бар ең алдымен ревмотологтарға бағытталған және клиникалық тәжірибеде анкилоздаушы спондилитті ИФ блокаторларымен емдеуде қолдануға ұсыныс жасалған. Бірақ біз нұсқауды анкилоздаушы спондилитті емдейтін басқада мамандар қолданады деген сенімдеміз. Бұның барлығы аурудың ауыр және өте белсенді түрі бар науқастардың дұрыс ем алып, осы препараттарды қолдануда үлкен тәжірибесі бар дәрігерлердің дұрыс бағытына себепкер болады.

ӘДІСТЕРІ

Осы құжатқа негіз болған 2003 жылғы бірінші өтініш қолжазбасы. Осы нұсқауға 2003 жылы наурызда жарияланған зерттеулер мәліметі есепке алынып толықтырылған. ASAS халықаралық жұмыс тобының әр мүшесіне сұрақ жауап қағаздары таратылып, онда әрқайсысы осы нұсқауда қарастырылған тақырып бойынша өз ойларын білдіру мүмкіндік алды. Осы бойынша жұмыс қортындысы 2005 жылы 21-22 қаңтарда Амстердам, Нидерландыда өткен ASAS жұмыс тобының семинарында ұсынылды. Барлық қатысушылар талқылауға қатысып, нәтижесінде осы қолжазбада консенсуста өтініш пен нұсқауға өзгерістер жазылған.

Сонымен қатар, бірінші өтініште көрсетілгендей осы құжат материалдары жүйеленіп, тәртіппен Британияның клиникалық жетілдіру Ұлттық институтының баспа сөзінде жарияланған [British National Institute for Clinical Excellence (NICE)] және AGREE3 құралдарының сұраныстарына сәйкес, оның қолданылу аясы, мақсаты және консенсусты өтініштің потенциалды әсері жазылды.

ҚОРТЫНДЫ

Бастапқы ақпарат және жалпы ережелер.

Жалпы нұсқаулар

Нұсқау анкилоздаушы спондилиті бар науқастарға қатысты, бірақ аурудың ауыр және өте белсенді ерте сатысында қолдануға болады, алайда оны Нью-Йорк критеріі жақтамайды.

Белсенді анкилоздаушы спондилиті бар науқастарды қабынуға қарсы стероидты емес препараттармен емдеу кезінде әсері болмаса инфликсимаб пен этанерсепт ұсынылады. Сонымен қатар, адалимумаб әсері болғанымен, сәйкес мәліметтер жоқтығы себебінен қазіргі таңда акилоздаушы спондилитте ресми түрде қолдануға рұқсат жоқ.

Осы препаратты тағайындайтын, одан соң әсерін бақылайтын тек тәжірибелі ревматолог болып табылады. ИНФ блокаторын таңдау науқас пен дәрігер арасындағы кеңес арқылы әртүрлі ем схемалары мен науқастың ойын еске ала отырып жасалады. Сонымен қатар, анамнез де ішектің қабыну аурулары болуын ескеру керек (толығырақ төменде көрсетілген). Инфликсимабпен әсерін сақтайтын ем үшін ұзақ уақыт клиникалық жауапты алатын минималды рұқсат етілген мөлшерде ғана тағайындау қажет. Көптеген науқастарды РА метотрексатпен емдегенде қажетті мөлшер 5 мг/кг тамыр ішіне әр 6 апта сайын, ал кейбіреуіне 3 мг/кг әр 8 апта шамасында жеткілікті (төменге қара) болады. Этанерсепті әр апта сайын белгілі бір мөлшерде қабылдайды.

ИНФ блокаторымен емді бастайтын барлық клиницистер өздерінің науқастарын ұлттық базада қолданылуы мен анти-ИНФ агенттерінің улылығы туралы мәліметтерді енгізуі керек.

Анти-ИНФ терапиясына әлсіз предикторлар жауабы болатыны белгілі. Жас, аз уақыт ауырған науқастар тобында ем әсері жақсырақ болады, бірақ клиникада нақты науқас үшін бұл мәліметтерге жүгіну дұрыс емес. МРТ мен С-реактивті протеиннің анықталу қортындысы бойынша ем әсерінің жауабы әлсіз, BASDAI мен BASFI индекстерінің бастапқы мәлімет тең. Бірақ анти-ИНФ терапиясының жауабы туралы болжам айту мәліметтердің аздығынан мүмкін емес.

Қазіргі таңда ұзақ уақыт 2 не одан көп жыл емдеу қорытындысы туралы мәліметтер жеткіліксіз. Инфликсимабтың 3 жыл, ал этанерсепттың 2 жылға дейінгі қолданудағы әсері мен қауіпсіздігі туралы мәліметтер көрсетілген. Енді одан да ұзақ уақыттағы емдеу туралы қортындылар мәлім болуы мүмкін. ИНФ блокаторлары ұзақ уақыт үзбей қабылдауды тоқтатудан соң аурудың қайта рецидив басталуына жиірек әкеледі.

Әртүрлі агенттерді үзбей қабылдау туралы қортындылар саны аз. Сонымен бірге ревматоидты артрит кезінде науқасты ИНФ блокаторының бір түрінен екінші түріне ауыстыру болған, бірақ сәйкес келетін тәжірибе шектеулі. Аз науқас қатысқан ертеректе жүргізілген зерттеулер осы ауысымның болуында жартылай оң әсер көрсеткен (жарияланбаған

бақылаулар). Ауру мониторингін жүргізуде жарияланған құралдарды қолдану керек.

Әдістемесі

Анкилоздаушы спондилит пен СпА патогенезінде маңызды роль атқаратын қабыну медиаторы- α ісік некроз факторы (ФНО α). Анкилоздаушы спондилитте сегізкөз-жамбас буынының ауруында ФНО α , РНҚ ақпаратты саны көп анықталады.

Препараттар тағайындау картасы алғашқы нұсқауда нақты жазылған. Еуропа мен АҚШ-та псориаз бен псориазды артрит, Крон ауруы, анкилоздаушы спондилиттің белсенділігі бар науқастарды емдеу үшін инфликсимабты 5 мг/кг әр апта бойы қабылдау қолданылған. Сонымен қатар, ревматикалық аурулардың басқа түрлерінде ревматоидты артрит пен ювенильді ревматоидты артрит кезінде қолдану рұқсат етілген. Ревматоидты артритке қарағанда анкилоздаушы спондилитте монотерапия агенті ретінде инфликсимаб тағайындалады.

Еуропа мен АҚШ-та псориаз бен псориаздық артрит, анкилоздаушы спондилиттің белсенділігі бар науқастарды белгісі мен симптомын емдеу үшін этанерсепт 25 мг мөлшерінде аптасына 2 рет тері астына егуге мүмкіндік бар. Сонымен қатар, ревматикалық аурулардың басқа түрлерінде ревматоидты артрит пен ювенильді ревматоидты артрит кезінде қолдану рұқсат етілген.

Еуропа мен АҚШ-та ревматоидты артритті емдеу үшін адалimumабты 40 мг мөлшерде тері астына апта сайын енгізу расталған, ал анкилоздаушы спондилит кезінде осы емді қолдану қазіргі күнде рұқсат етілмеген. Тек бір ғана ашық бастама зерттеуде 40 мг мөлшерде апта сайын қабылдағанда анкилоздаушы спондилитте оң әсер көрсеткен. Қазір екі жабық рандомизирленген клиникалық зерттеулер жалғасуда.

Анкилоздаушы спондилит кезіндегі клиникалық әсер . ИНФ блокаторларының клиникалық әсеріне қатысты жақында жарияланған бақылау арналған. Бірінші консенсусты өтініште біз маңызды барлық алғашқы зерттеулер қортындыларын еске салғанбыз. Бүгінгі таңда инфликсимаб, этанерсепт пен адалimumабқа қатысты соңғы мәліметтер белгілі. Соңғысына екі және жалғасқан рандомизирленген клиникалық зерттеулер арналған. Инфликсимаб пен этанерсепттің клиникалық әсері туралы анықталған жаңа мәліметтер МРТ қолданылуымен алынған, онда омыртқа мен сегізкөз-жамбас буынындағы жедел қабыну процесінің нақты азаюы көрінген.

Шығын әсері

Анкилоздаушы спондилиті бар ИНФ блокаторын қабылдаған науқастардың өмір сүру қабілеті мен сапасы жоғарылағанына рандомизирленген бақылауы зерттеуде анықталған. Бұл жағдайда әлеуметтік-экономикалық өзгерулер әсер етеді. Бір зерттеуде (өмір сапасының бір жыл ішіндегі есебі) бір ӨСЕ-нің қаражат қолдануының

әсері саналады. Инфликсимабпен емдеу бағасы ауру бағасын жартылай жабады, нәтижесінде ӨСЕ шыңыны 20000-30000 қысқа мерзімге, ұзақ уақытқа 7500-ге дейін болуы мүмкін. Ал толық жауап алу үшін қосымша мәліметтер қажет.

Мәліметтерді қарастыру

Қазіргі уақытқа дейінгі зерттеулер мәліметтерінде инфликсимаб пен этанерсепттің клиникалық әсері 3 жылға дейін жалғасқан ем қортындыларымен нақты тұжырымдар көрсетеді. Ревматоидты артритке қарағанда қаңқаның негізін зақымдайтын анкилоздаушы спондилит үшін ем ағымының модификациясында ревматизмге қарсы препараттардың оң әсері байқалмайды. Екі агенттің де оптималды мөлшері анық емес, себебі нақты салыстыру жүргізілмеген.

Инфликсимаб 3-5мг/кг мөлшер аралығында таңдайды. Қазіргі күнде белгілі зертеулерде 5 мг/кг мөлшерде әр 8 апта бойы қолданғаны туралы белгілі. Бірақ кейбір науқастар үшін аз мөлшермен ұзақ уақыт қабылдау жеткілікті болып жатады. Метотрексат және азатиоприн имуннодепрессанттарын ұзақ уақыт қабылдаудың қаншалықты дұрыстығы туралы сұрақ белгісіз, бірақ бұл препарат Крон ауруы кезінде инфликсимабтың әсерін жоғарылату үшін қолдануы талқыланған.

Бір агенттің екіншісінің алдындағы басымдылығы туралы мәліметі жоқ. Крон ауруын емдеуде этанерсепттің әсерінің жоқтығы анкилоздаушы спондилит және қосымша Крон ауруы кезінде таңдау препараты бола алмайтындығын дәлелдейді. Кей мәліметтер бойынша этанерсепт Крон ауруының белсенділігін үдетуі мүмкін. Бұл үлкен емес зерттеуде Крон ауруының кезінде спондилит көрінісі болғанда әсері болғаны байқалған. Рандомизирленген бақылаушы зерттеуде екі агенттің де псориаз және псориазды артрит әсері болғаны дәлелденген. Сонымен қатар, шамалы мәлімтке жіктелмеген спондилоартропатияны емдеу кезінде біршама әсері болған.

Қортындысы

Консервативті шамалардың есебінше анкилоздаушы спондилит 0,1% құраған, бұл диагнозбен Еуропада 600 000, ал АҚШ-та 300000 адам тіркелген. Бар ақпаратқа сүйенсек осы барлық науқастардың үштен бірі ауыр түрімен аурады. Сондықтан Еуропа мен Америкада анкилоздаушы спондилит миллионнан аса адам ауырғандықтан осы ем түрінен үміткерлер. Осы ем түріне қарсы көрсететін болғандықтан (ревматоидты артрит үшін - 15%), әсері болмағанда, емді басқа себептермен тоқтағанда (анкилоздаушы спондилит бірінші жылы - 20%) жалпы бұл болуы мүмкін науқастар есебінен- ұзақ ем үміткерлігінен алып тастау керек.

Осы орайда инфликсимаб және этанерсепті емдеу әдісін әр түрлі егетін екпе салу керек: инфликсимабты тамыр ішіне енгізсе, ал этанерсепт инъекциясын жеке сала беруге болады. Сондықтан инфликсимабпен емдеуге күндізгі стационарлар қажеттілігі туындайды.

Науқастар осы емді қабылдау түрлеріне дұрыс назар аудармайтындығына ұқсайды (жарияланбаған бақылаулар). Бүкіл әлемдегі ревматологтар үшін ем тағайындауда емнің құны бірінші орында қала береді.

Әрі қарайғы зерттеулер

Анкилоздаушы спондилит ФНО блокаторларын қолдануының ұзақ уақыттан кейінге әсерін анықтаудың қазіргі таңда қажеттілігі туындап отыр. Бұдан әрі анти-ФНО емінің рентгенологиялық дамуына қалай әсер ететіні туралы зерттеулер қажет. Буын зақымдану қаупінің төмендеуі және жұмысқа қабілеттіліктің туындауы жамбас сан буынын ауыстыруымен одан да басқа хирургиялық емнің жиілігін азайтады. Сонымен бірге ұзақ уақытта жауап алған соң емді тоқтату туралы да зерттеу жүргізу керек. Тағы да инфликсимабты жоғары мөлшерде қысқа уақыт аралығында және имуннодепрессанттарды қосымша қабылдағандағы әсері туралы бақылау қажет.

Сәйкес келетін биологиялық базаның мәліметтерін қолдану ұсынылады.

Іске асыру

Анкилоздаушы спондилиті бар науқастарды емдейтін клиницист өз тәжірибесінде жазылған нұсқауларды есепке ала отырып жүзеге асыруы керек. Ем алатын әр науқастың мәліметтерін құжаттарға толтыру қажет.

Бұл нұсқаулар EULAR ресми журналы Annals of Rheumatic Diseases (www.EULAR.org) веб-сайт журналы мен ASAS (www.asas-group.org) веб-сайтында жарияланған.

Сұрақ – жауап парақтарымен жұмыс қортындысы

Сұрақ – жауап парағы ASAS мүшелерінің 51% толтырылған (37/72). Оның 87% өздерінің клиникалық тәжірибесінде нұсқауды пайдаланып, оның қажеттілігін растаған. Мүшелердің біразы 66% критерилер келіссөз жүргізген кезде пайдалы екендігін айтқан. 66% өз елдерінде ревматологтар осы критериді қабылдайтындығын растаған. Тек 50% қатысушылар толық құптап, 55% пен өзгеріс енгізуге ұсыныс білдірген. Амстердамда өткен ASAS семинарында әр аспекті бойынша қатысушылар дауыс беріп өзгертін жерлерін түзеткен. Нәтижесінде нұсқауға шамалы ғана өзгерістер енгізілген.Талқылаулар мен өзгерістер осы құжатта жазылған.

Анкилоздаушы спондилитті биологиялық агенттермен емдеу бойынша консенсусты нұсқау.

Диагноз

Қатысушылар тағы да анкилоздаушы спондилит диагнозын анық қою үшін жаңартылған Нью-Йорк критерийін қолдану керектігін растады. Бірақ бұл критерий қамтымайтын спондилоартриттің белгіленбеген ерте түрлері, омыртқа және басқа жерлердің зақымдалуымен өтетін түрлері,

әйтсе де ФНО блокаторларымен емделуіне көнуі мүмкін. Спонилоартритті ерте анықтауда диагностикалық МРТ және УЗИ түрлері көмектеседі, алайда бұл туралы ортақ бір ойға келмегендіктен, осы ауруды анықтау мақсатында қолданылмайды.

Ауру белсенділігі

Талқылау нәтижесінде ауру белсенділігін анықтау үшін BASDAI индексімен сарапшылар ойы қолдану керек деген қортындыға келді. Сонымен бірге BASDAI индексінің көмегімен және сараптаманың түрімен аурудың белсенділігін анықтау түрлері де белгіленген (балл мөлшері ≥ 4 болуы керек). Анти-ФНО емін бастамас бұрын ауру белсенділігінің барын анықтауда МРТ көмегімен С-реактивті белок мөлшерінің жоғарылауын анықтау қажеттілігі талқыланады (объективті қабыну белгісі ретінде). Бірақ бұл стратегияның дұрыстығы туралы мәліметтер жоқ. Бүгінгі күнге бар жалғыз мәлімет бойынша жекеленген науқастарға әсері жоқ.

Стандартты емге жауаптың болмауы

Ең көп дискуссия мен өзгерістер нұсқаудың осы бөліміне қатысты болды. Негізгі ойы өзгерілгенімен, қатысушылар осы нұсқауларды жан жақты нақтылады. Бірінші консенсуста өтініште омыртқа зақымдануы бар науқастарда ФНО блокаторларымен емдеуге ПРСМТЗ қабылдауы, мысалы, сульфасалазин мен метотрексатты осы ем бастамастан бұрын қажеттілігі қарастырылған. Бұдан басқа шеткері артрит кезінде кортикостероид инъекцияларын қолдану туралы шамалы өзгеріске ұшыраған. Мұндай науқастарға алдын ала сульфасалазинмен емдеу қажет. Барлығы дерлік метотрексатпен алдын ала ем жүргізу қажетсіздігін құптаған. Қазір кортикостероидті энтезит кезінде жергілікті қолдану туралы мәліметтер жоқ, бұл пікір «жергілікті емге әсер болмауы керек» деген оймен алмастырылуы керек.

Қарсы көрсеткіштер

Бұл бөлімге аса өзгерістер енгізілмеген, тек маңызды деп жүктілік турасында толықтырған. Анти-ФНО емінің еркектің репродуктивті қабілеті мен жүктілікке әсері туралы мәліметтер шектеулі берілген. Анти-ФНО емі жүктілік кезінде, не ата-аналардың бірі қабылдаған пост-маркетингті бақылаулар мен бар зерттеу мәліметері бойынша болжалған көріністен ерекшеленбеген. Бақылаушы органдардың ойынша жүктілікті соңғы мөлшерді қабылдаған соң 6 ай мерзімінен кейін ғана жоспарлау керек.

Мониторинг және емді тоқтату

Терапия нәтижесінде жауап болмағанда, мониторингпен емді тоқтату туралы нұсқау бөлімінде еш өзгеріс енгізілмеген.

Қорытынды

2003 жылғы консенсусты өтініштің алғашқы жаңартуы анкилоздаушы спондилит кезіндегі анти-ФНО терапиясын тоқтатумен мониторинг туралы болды. Жалпы ASAS сарапшылары ертеде жарияланған консенсусты өтініш пен нұсқауды жақсы бағалаған. Сұрақ жауап парағын тапсырған кезде көбісі өзгерту енгізу ASAS мүшелері пікір білдіргенімен, талқылаудан соң өзгерілеген жерлер аз.

Консенсус анкилоздаушы спондилитті емдеуде мамандандырылған халықаралық комитет сарапшыларының жұмысың қорытындысы болып табылады. Құжаттың қарастыруы мен жаңаруы екі жылдан соң шығады.

Сұрыптау (терминдерді анықтау) НАУҚАСТАРДЫ ТАҢДАУ

Диагноз

Анкилоздаушы спондилитті анықтау үшін жаңартылған Нью-Йорк критерііне жауап беретін науқастар

- 1984 жылғы жаңартылған Нью-Йорк критеріі
- Рентгенологиялық критеріі: екі жақты сакроилеит \geq II дәрежелі немесе біржақты III-IV дәрежелі
- Клиникалық критерийлер (үшеуінің екеуі): арқаның төменгі бөлігінің ауруы және физикалық жаттығудан кейін азаятын, бірақ дем алғаннан кейін басылмайтын 3 ай бойғы қозғалудың шектелуі; сагитталды және фронталды жазықтықта омыртқаның бел бөлігінде қозғалыс көлемінің шектелуі; осы жас пен жынысы бар адамдарға тән қалыпты жағдайымен салыстырғанда кеуде клеткасы кеңеюінің шектелуі.

Белсенді ауру

≥ 4 апта бойы белсенді ауру

- BASDAI ≥ 4 (0-10) және сарапшылар ойы*

Әсерсіз

ем

Әр науқас үшін дұрыс ем тағайындалған кезде кем дегенде екі рет СЕҚҚД емделу керек. Дұрыс ем деп есептеу керек:

- Қарсы көрсеткіш болмаған жағдайда минималды нұсқалған не көтеретін қабынуға қарсы аз дегенде 3 ай бойына қабылдау керек.

- Дәрілік заттарды 3 айдан аз ішінде емді көтере алмау, қарсы көрсеткіш не зиянды әсер байқалған кезде

- ФНО блокаторларымен емді бастамас бұрын (ПРСМТЗ алмауға болады) омыртқа ғана зақымдалған науқастар.
- Симптомдық шеткері артриті бар науқастарда кортикостероидтың біріне көрсеткіш болса жергілікті инъекцияға жауабы шамалы.
- Персистирлеуші шеткері артриті бар науқастарды сульфазалазинмен емдеу мүмкіндігі болуы керек

- Симптомдық энтезиті бар науқастарды жергілікті емнің әсері болмауы.

Қарсы көрсеткіш

- Жүкті әйелдер не емізетін аналар; дұрыс контрацепция қажет
- Белсенді инъекция
- Жоғары қауіпі бар инъекция науқастарда:
 - аяқта созылмалы ойық жара болуы;
 - туберкулезбен ауруы (ескертпе: ем мен алдын алу қатысты жергілікті нұсқауларды есте сақтау);
 - соңғы 12 айда буынның сепсисті артриті;
 - соңғы 12 айда протез буынының сепсисі немесе кез келген уақытта буын in situ қалса;
 - персистирлеуші немесе рецидивті кеуде қуысының инфекциясы;
 - қуықты катетер.
- Анамнезінде шашырамалы склероз немесе қызыл тегі болуы
- Обыр не обыр алды жағдайлары, одан басқа:
 - базальды-жасуша карциномасы;
 - (қатерлі ісіктер) 10 жылдан бұрын емделген не анықталған (жазылу мүмкіндігі жоғары болғанда).

АУРУДЫ БАҒАЛАУ

Күнделікті тәжірибеде қолданылатын ASAS негізгі нұсқаулары

Қызметтік жағдайлары (BASFI не Dougados қызметтік индексі)

- Ауырсыну (ВАШ, соңғы апта, омыртқа аймағында түнде, анкилоздаушы спондилит иесі ВАШ себебінен, соңғы апта, омыртқа аймағында, анкилоздаушы спондилит себебінен)
- Омыртқаның қозғалу көлемі (кеуде қуысының кеңеюі және жаңартылған Шобер тесті (Schober) мен бүйір жақтағы иелімділігімен шүйде мен қабырға арасындағы қашықтық)
- Науқастың жалпы жағдайы (ВАШ, соңғы апта)
- Шектеулі қозғалыс (таңертеңгілік ұзақтық, омыртқа, соңғы апта)
- Шеткері буындар мен сүйек пен сіңірдің бекитін жері (ісіңген буындар саны (44 буындардың жалпы санынан алғанда), Маастрихт, Берлин және Сан-Франциско әдістері бойынша энтезиттің айқындылық дәрежесін анықтау)
- Жедел фазалы ректанттар (ЭТЖ мен СРБ)
- Шаршау (ВАШ)
- ВАШ бойынша шаршағандықтың жалпы деңгейі, соңғы апта

BASDAI

Анкилоздаушы спондилиттің жалпы деңгейі ВАШ бойынша (мойын, арқа, жамбастағы ауырсыну, соңғы апта)

- ВАШ бойынша буынның ауруы ісінуінің жалпы деңгейі, мойын, арқа, жамбастан басқа, соңғы апта
- ВАШ бойынша дененің кез келген жеріндегі қолайсыздық деңгейінің жалпы деңгейі, басу не қысылған деген сезімталдық, соңғы апта
- ВАШ бойынша оянғаннан бастап таңертенгі қозғалудың шектелу деңгейі, соңғы апта
- Оянғаннан кейін таңертеңгілік қозғалу шектелуінің ұзақтығы мен күштілігі (120 минутқа дейін)

ЖАУАП БАҒАСЫ

Жауап критеріі:

BASDAI: 50% салыстырмалы өзгерістер немесе 20 мм абсолютті өзгерістер (0-ден 100 ге бағаны бойынша) және әрі қарай жалғастыруға сарапшы.

Бағалау уақыты 6-12 аптадан соң.

Спондилоартропатияны емдеудегі жалпы қағидалар (анкилоздаушы спондилоартрит пен псориаздық артропатияны қосқанда)

- Ем мақсаты, науқас пен ревматологпен бірге белгілеу керек.
- Анкилоздаушы спондилоартрит (АС) пен псориаздық артропатия (ПА) жиі күрделі жүйелік ауру болып табылады, ем қажет болғанда буындық және буынның тыс белгілерін ревматолог басқа дәрігермен бірге отырып ретке келтіруі керек (дерматолог, гастроэнтеролог, офтальмолог және т.б)
- АС пен ПА емдеудегі басты мақсат ұзақ уақытты өмір сүру сапасын жақсарту, субъективті және объективті симптомдарды бақылау арқылы әлеуметтік жағдайын бақылау, құрылымдық зақымданудың алдын алу, қозғалысты сақтау немесе дұрыстау, дәрілік заттың улы әсерінің алдын алу, қосымша аурудың көрінісін азайту болып табылады.
- Барлық мақсаттарға жету үшін қабынудың басылуы өте маңызды
- Қысқа және ұзақ уақытты ауру соңының жақсарту үшін емді таңдау аурудың белсенділігін бағалап, емдеу мақсатына жету біршама көмек көрсетеді.

Нұсқаулар

Барлық спондилоартропатия үшін жалпы ережелер

- Тірек-қимыл аппараты жағынан (артрит, дактилит, энтезопатия, омыртқа зақымдалуы) және буыннан тыс аурудың көріністері де көрсетіліп клиникалық ремиссияның туындалуы емнің негізгі мақсаты (ауру белсенділігінің болмауы) болып табылады.
- Клиникалық көріністерінің ығына байланысты емнің мақсаты жекеленген болуы керек.

- Клиникалық ремиссия (ауру белсенділігінің болмауы) қабыну белгілерінің клиникалық және лабораториялық белгілерінің болмауы.
- Аурудың төменгі/минималды белсенділігі ем мақсатының альтернативасы болуы мүмкін.
- Аурудың белсенділігі клиникалық шағымы мен симптомы және қабынудың жедел фазалық реактанттардың өлшеу анықтау.
- Аурудың белсенділігін өлшеу және емнің мақсатының көрсеткіштері қосымша ауруы науқастың таңдауы мен медикаментозды терапиядан асқынудың әдітерін таңдау.
- Емнің мақсатына жеткен соң, аурудың ағымында оны ұстап тұру дұрыс болады.
- Сегізінші науқас ем туралы дұрыс, толыққанды түсінік алып, ем стратегиясының мақсаты мен қаупін білуі керек.
- Аурудың белсенділігін анықтауда қосымша клиникалық шешім үшін құрылымдық өзгерістер, қозғалыстың бұзылуы, буыннан тыс көріністер, қосымша аурулар мен ем қолданғандағы қауіпті жағдайы ескеріледі.

Омыртқа зақымдалуымен жүретін спондилоартрит үшін арнайы нұсқау (анкилоздаушы спондилоартритті қосқанда)

- Күнделікті клиникалық тәжірибеде ем тактикасын анықтау үшін ылғи ауру белсенділігін құрамдас бағаның валидизациясы құжатталып (жедел фазалы қабыну реактанттарын анықтау BASDAI немесе ASDAS сияқты), қызметтік белсенділігін өлшеу не онсыз (мысалы, BASFI бағаны бойынша) өлшеу жиілігі аурудың белсенділік дәрежесіне байланысты.
- Клиникалық мақсаты белгіленгеннен басқа да факторларға көңіл аудару керек, мысалы, аксиалды қабынуды MPT да, рентгендік іздеу, штекері буын зақымдалуы мен буыннан тыс өзгерістерге.

Шеткері сүйек-буын аппаратының зақымдануымен өтетін спондилоартропатия үшін арнайы нұсқаулар

- Күнделікті клиникалық тәжірибеде ем тактикасының анықтау үшін ылғи ауру белсенділігінің құрамдас бағанын құжаттап отыру керек, олар шеткері сүйек-буын аппаратының (артрит, дактилит, энтезопатия) зақымдалуының көрсетеді; өлшеу жиілігі аурудың белсенділігіне байланысты.
- Омыртқа не буыннан тыс көріністері, визуалдық әдістерінің қортындылары, қызметінің өзгеруі, өмір сүру сапасының өзгеруі, сонымен қатар қосымша ауруларының барлығын назарға аудару керек.

Псориазды артропатияның арнайы нұсқауы.

- Күнделікті клиникалық тәжірибеде ем тактикасын анықтау үшін ылғи ауру белсенділігінің құрамдас бағанын валидизациясы құжатталады (артрит, дактилит, энтезопатия, омыртқа зақымдалуы); өлшеу жиілігі аурудың белсенділігінің деңгейіне байланысты, терілік көріністер де еске алыну керек.

- Омыртқа не буыннан тыс көріністері, визуализация әдістерінің қортындылары, қызметінің өзгеруі, өмір сүру сапасының өзгеруі, сонымен қатар қосымша ауруларының барлығын назарға алу керек.

5. РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ

Жүректің созылмалы ауруы, сүйек пен бұлшықет аурулары бар мүгедектерді медициналық-әлеуметтік реабилитациялау мәселесі, қазіргі кезде маңызды орын алады.

Реабилитация – бұл мүгедектерге физикалық, психологиялық, әлеуметтік статустарына максималды жету үшін жүргізілетін процесс.

Реабилитацияның негізгі мақсаты болып мүгедектің әлеуметтік статусын қалпына келтіру, материалды тәуелсіздігіне қол жеткізту және оны әлеуметтік адаптациялау табылады.

Реабилитацияның негізгі мақсаты: сүйек-бұлшықет және жүректің қақпақшалы аппараты функциясының қалпына келтірілуі, науқастарды қоғамға интеграциялау, әлеуметтік статусты қалпына келтіру.

Реабилитацияның 3 түрін анықтайды: медициналық, әлеуметтік және кәсіби реабилитация.

А. Медициналық реабилитация

1. Еңбек пен демалыс тәртібін сақтау.
2. Психотерапия.
3. Диеталық тәртіп.
4. Дәрілік ем.
5. Физиотерапия және емдік дене шынықтыру.
6. Түзетуші ортопедиялық операциялар.
7. Санаторлы-курортты ем.

Қазіргі кезде ревматикалық аурулармен науқастардың қалпына келтіру емінде 3-этапты жүйе жасалған, ол кезде медициналық реабилитацияның емханалық, стационарлық және курорттық этаптары қолданылады.

Б. Реабилитацияның әлеуметтік аспектісі.

Әлеуметтік реабилитация - науқастың әлеуметтік белсенділікке, яғни еңбекке қайтып келуі.

Әлеуметтік ЖРБ – мүгедектердің әлеуметтік тұрмыстық адаптациясы және әлеуметтік-орталық ориентациясы бойынша шаралар. Негізгі болып мүгедектің әлеуметтік-тұрмыстық өмір шарттарын зерттеу нәтижелері (МӘС мамандары, әлеуметтік қызметкерлер), әлеуметтік сараптамалық – реабилитациялық диагностика нәтижелері, реабилитациялық шаралар тізімінің нәтижелері, реабилитацияның техникалық заттары және бюджет қорынан мүгедекке берілетін көмек (кресло коляска, таяқ, жүргіштер, жеке көмекші, памперстер) табылады.

В. Реабилитацияның кәсіби аспектісі.

Кәсіби реабилитация оқуды, қайта оқуды, жеңілденген немесе арнайы жағдайларда рациональді жұмысқа орналастыруды қамтиды.

Ревматикалық аурулары бар ересек тұрғындар арасындағы науқастар мен мүгедектерді реабилитациялау қағидалары

Реабилитацияға мүгедектерді таңдау критерийлері медициналық әлеуметтік және биологиялық, психологиялық факторлар болып табылады.

Медициналық факторларға патологиялық құрылымдық өзгерістердің айқындылығы, негізгі аурудың ағымын, қосалқы аурулардың айқындылығын, ағзаның компенсаторлы мүмкіндіктерін есепке ала отырып, функциональді бұзылыстың дәрежесін, аурудың болжамын, емнің нәтижелділігін, медициналық реабилитация бойынша шараларды өткізу мүмкіндіктерін жатқызады

Әлеуметтік факторларға білім деңгейі, негізгі мамандығы және кәсіптік маршрут, жұмысқа орналастырудың аймақтық мүмкіндіктері, кәсіптік ориентация, кәсіптік оқу, мүгедектік ауырлығы жатады.

Психологиялық реабилитациялық шаралардың барлық этаптарының ажырамас құрамдық бірлігі болып табылады. Реабилитацияның барлық түрлерін бір бірінен нақты шектеуге болмайды, себебі олар бір бірімен тығыз байланыста болады.

Реабилитация медициналық, кәсіби педагогикалық және әлеуметтік экономикалық шаралар комплексінен тұрады. Оларды қолдану мақсаты болып созылмалы аурулары бар науқастардың физикалық, моральді-психикалық, кәсіби және әлеуметтік экономикалық жағдайын жақсарту табылады.

Ревматикалық аурулары бар ересек тұрғындарды реабилитациялау процессінің технологиясы

Ревматикалық аурулары бар ересек тұрғындар арасындағы сауықтыру технологиясы келесі кезеңдерді қамтиды:

- сараптамалы сауықтыру диагностикасы;
- реабилитация потенциалын анықтау;
- клиникалық-сауықтыру топтарын анықтау;
- медициналық-әлеуметтік сараптама өткізу;
- сауықтырудың жеке бағдарламасын құру;
- сауықтырудың жеке бағдарламасын өткізу;
- сауықтырудың өткізу тиімділігін бағалау.

1 кезең - Сараптамалы сауықтыру диагностика кезеңі – сауықтыру объектісі болатын тірек қимыл аппараты салдарын бағалауды қамтиды. сараптамалы сауықтыру диагностика әдістемесі функциональді топтарды (ФТ) анықтау арқылы жүргізілді. Функциональді топтар организм қызметінің жағдайын бейнелеп 100% есептелетін 5 баллды шкала бойынша бөлінді.

2 кезең - Реабилитация потенциалын анықтау кезеңі ақауланған функцияның қалпына келу болжамын анықтау және науқасты еңбек ету мүмкіндігіне икемді ету мақсатында жүргізілді. Әрбір нақты жағдайда аталмыш сауықтыру потенциалы анықталды.

Жоғары РП бар тұлғаларға функциональды ақаулардың (ФТ-1) төменгі класына ие, ауру мен емдеуге нақты қатынасы кезінде тіршілік етуді шектемейтін немесе аз шектейтін және еңбек әрекеттілігіне, клиникалық пен еңбектік жағымды жорамалға ие науқастар жатты. Жоғары РП клиникалық критерийлеріне аурудың баяу үдемелі ағымы, 0-1 дәрежелі функционалдық бұзылыстар, жиі өршу- жылына 1 рет, 2 аптаға дейінгі ауру ұзақтығы жатты.

Орташа РП ФТ–2 тобына сай болды. Оның клиникалық критерийлеріне аурудың баяу үдемелі немесе үдемелі ағымы, I-II дәрежелі функционалдық бұзылыстар, орташа жиіліктегі өршу- жылына 2 рет, 2 аптадан 4 аптаға дейінгі орташа ауру ұзақтығы жатады.

Төмен РП ФТ–3 тобына сай болды. Оның клиникалық критерийлеріне аурудың тез үдемелі ағымы, II дәрежелі функционалдық бұзылыстар, жиі өршу- жылына 3 немесе одан да көп рет, 4 аптадан жоғары дейінгі ұзақ ауру ұзақтығы жатады.

РП болмауы ФТ–4 тобына сай болды. Оның клиникалық критерийлеріне аурудың тез үдемелі ағымы, III дәрежелі функционалдық бұзылыстар жатты.

3 кезең - Клиникалық – сауықтыру топтарын анықтау кезеңі. Сауықтыру объектілері аурудың түрлі мерзіміндегі түрлі СП-на ие науқастар немесе/және мүгедектер. Сауықтанушылардың 3 негізгі тобы бөлінді: I топ (КРТ 1) – науқастардың ерте сауықтануы, II топ (КРТ 2) – аурулар мен жарақаттар салдарынан сауықтану, III топ (КРТ 3) – мүгедектер сауықтануы. Өз алдына әр топта қосымша топшалар бөлініп шықты. Зерттелген топтағы барлық науқастар КРТ 3 тобына жатты.

4 кезең – Медициналық-әлеуметтік сараптама өткізу кезеңі. Бұл кезең тіршілік ету шектелуінің дәрежесін функционалдық топтарды қолдану арқылы анықтаудан тұрады.

5 кезең - Сауықтырудың жеке бағдарламасын құрастыру кезеңі. Ревматикалық аурулары бар ересек тұрғындар арасындағы сауықтырудың жеке бағдарламасының ұсынылып отырған жобасы үш бөлімге бөлінген:

- қалыпқа келтіру терапиясынан, қайта ауыстыру хирургиясынан, протездеуден, ортезирлеу т.б. тұратын медициналық сауықтыру;

- әлеуметтік-орталық және әлеуметтік-тұрмыстық бейімделуден тұратын мүгедектерді әлеуметтік сауықтыру;

- кәсіби бағдарлау, кәсіби білім, еңбекке орналасу және кәсіби-өндірістік бейімделуден тұратын кәсіби сауықтыру.

Біз реабилитациялық потенциал деңгейіне байланысты реабилитациялаудың жеке бағдарламасының бірнеше түрлерін ойластырдық.

6 кезең - Сауықтырудың жеке бағдарламасын жасау кезеңі құрастырылуы кезінде психологиялық, денелік, рефлекторлық, дәрі-дәрмектік бейімделу, еңбек терапиясы, "науқас мектебі" және басқалар кірістіріліп жоспарланған сауықтыру шараларын іске асыруды жорамалдайды. Сауықтырудың жеке бағдарламасы орындалуы барысында жүргізілетін сауықтыруға түзету, оның сапасы мен тиімділігі уақытаралық бағалау жүргізіледі.

7 кезең – Жүргізілген сауықтыру тиімділігін бағалау кезеңі

Жүргізілген сауықтыру шаралары еңбекке жарамдылық қалыптасуына, тіршілік ету қызметінің кемуіне, әлеуметтік жетіспеушілікке әртүрлі әсер етеді. Медициналық сауықтыру сапасы сауықтыру шараларының орындалу мөлшерін айқындайды (тұтас әлде жартылай).

Ревматикалық аурулары бар ересек тұрғындарды комплексті реабилитациялаудың жеке бағдарламасы

Реабилитациялық потенциал деңгейіне байланысты ревматикалық аурулары бар науқастарда реабилитациялаудың жеке бағдарламалары анықталды. Реабилитациялық потенциалдың түрлі деңгейіне байланысты реабилитациялаудың жеке бағдарламаларының түрлері берілді.

Остеоартроз кезіндегі комплексті реабилитациялаудың жеке бағдарламасы

Остеоартроз кезіндегі РЖБ медициналық, кәсіби және әлеуметтік реабилитациядан тұрады. Медициналық реабилитация мына келесі дәрілік топтарды қамтиды: стероидты емес қабынуға қарсы дәрілер, (натрий диклофенагі, ибупрофен, кетопрофен, ЦОГ-2 ингибиторлары - лорноксикам, мелоксикам, нимесулид, целекоксиб), хондропротекторлар (хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат - структум, хондролон, терафлекс т.б.). Хирургиялық ем көбіне жамбас және тізе буындардың айқын деформациясында қолданылады.

А) Жоғары реабилитациялық потенциал (артроз процессі айқындылығының 0 дәрежесі, компенсация жағдайы, тіршілік ету шектелуінің дәрежесі – ФТ-0). Жоғары реабилитациялық потенциал остеоартроздың баяу үдемелі ағымында, БҰЖ 0-1 дәрежесі бар адамдарда байқалады. Аурудың сирек өршуі – жылына 1 рет, ұзақ емес өршу –2 апта, ФТ-0.

1. Медициналық реабилитация:

- зақымданған буындарды күш түсірмеу (ұзақ жүрісті, аяқта ұзақ тұруды шектеу);

- медикаментозды ем:

- хондропротектор: структум (хондроитин сульфат) капсула 500 мг күніне 2 рет, курсы 6 ай (структумның терапевтік нәтижесі 3 ай бойы сақталады);

- физиоом: электрофорез 0,9% физиологиялық ертітіндіде ерітілген 50% димексидпен бірге қолданылады, курсы 8-12 процедура;

- санаторлы-курортты ем;

- физикалық реабилитация: емдік гимнастика, шектелген жүріс.

2. Медикалық-кәсіби реабилитация: емдеу мекемесінің ДКК саласы бойынша жұмыс шектелуін анықтау.

Медициналық реабилитация бойынша шаралар жылына 1-2 рет өткізіледі.

Хондропротекторды (хондроитин сульфат) қолдану ұзақтығы 6 ай.

Медициналық-кәсіби реабилитация кезеңіне өту реабилитациялық шаралардың жоғарғы және орташа тиімділігі кезінде жүргізіледі.

Кәсіби реабилитация кәсіби бағдарланудан (кәсіби іріктеу), кәсіби оқыту, жұмысқа орналастыру.

3. Әлеуметтік реабилитация (қосымша техникалық құралдар беру, заңды құқықтық көмек көрсету).

Б) Орташа реабилитациялық потенциал (ақау айқындылығының орташа дәрежесі, жиі субкомпенсация жағдайы жылына 3-4 рет, тіршілік ету шектелуінің жеңіл, баяу, айқын дәрежесі – ФТ-1, ФТ-2). Орташа реабилитациялық потенциал ақаудың үдемелі ағымы, жүрек ырғағы мен кткізгіштігінің бұзылысы, ҚАЖ I - ПА бар адамдарда байқалады. Аурудың өршу ұзақтығы орташа–2 аптадан 4 аптаға дейін.

1. Медициналық реабилитация:

- зақымданған буындарды күш түсірмеу (ұзақ жүрісті, аяқта ұзақ тұруды шектеу);

- медикаментозды ем: СЕҚД (НПВС) – мовалис (мельбек) 7,5 мг күніне 2 рет;

- хондропротектор: структум (хондроитин сульфат) капсула 500 мг күніне 2 рет, курсы 6 ай (структумның терапевтік нәтижесі 3 ай бойы сақталады);

- физиоом: магнитотерапия 30 минут курсы 10 күн және массаж 40 минут курсы 20 күн;

- санаторлы-курортты ем;

- физикалық реабилитация: емдік гимнастика, шектелген жүріс.

2. Медициналық кәсіби реабилитация: кәсіби диагностика, кәсіби маңызды қызметтер мен сапаларды жаттықтыру, іріктеу.

3. Кәсіби реабилитация: жұмысқа орналасуға көмектесу, жұмыстың жаңа жағдайларына адаптациялау.

4. Әлеуметтік реабилитация (қосымша техникалық құралдар беру, заңды құқықтық көмек көрсету).

Медициналық реабилитация бойынша шаралар жылына 2-4 рет өткізіледі, курстың орташа ұзақтығы 14-21 күн.

В) Төмен реабилитациялық потенциал (артроз процесінің айқын дәрежесі, жиі субкомпенсация және декомпенсация жағдайы жылына 4-5 рет, тіршілік ету шектелуінің айқын дәрежесі – ФТ-3, ФТ-4)

1. Медициналық реабилитация:

- зақымданған буындарды күш түсірмеу (ұзақ жүрісті, аяқта ұзақ тұруды шектеу);

- медикаментозды ем: СЕҚД (НПВС) – мовалис (мельбек) 7,5 мг күніне 2 рет;

- хондропротектор: хондролон (хондроитин сульфат) 2,0 мл күніне 1 рет курсы 1 ай, кейін терафлекс М 1 капсуладан күніне 3 рет 2 ай;

- физиоём: магнитотерапия 30 минут курсы 10 күн және массаж 40 минут курсы 20 күн;

- хирургиялық ем: буынды эндопротездеу

- санаторлы-курортты ем;

- физикалық реабилитация: емдік гимнастика, шектелген жүріс.

2. Медициналық-кәсіби және кәсіби реабилитация (орташа реабилитациялық потенциалға сай шаралар жүргізу).

4. Әлеуметтік реабилитация (қосымша техникалық құралдар беру, заңды құқықтық көмек көрсету).

Медициналық реабилитация бойынша шаралар жылына 2-4 рет өткізіледі, курстың орташа ұзақтығы 21-28 күн.

Ревматоидты артрит кезіндегі комплексті реабилитациялаудың жеке бағдарламасы

РА кезіндегі РЖБ медициналық, кәсіби және әлеуметтік реабилитациядан тұрады. Медициналық реабилитация мына келесі дәрілік топтарды қамтиды: стероидты емес қабынуға қарсы дәрілер, базисті дәрілер, глюкокортикоидтар. Хирургиялық ем айқын анкилозда қолданылады.

А) Жоғары реабилитациялық потенциал (ұзақ ремиссия фазасындағы баяу үдемелі ағым, буындардағы ауырсыну синдромының және эксудативті көріністердің болмауы кездеседі, белсенділіктің лабораторлы көрсеткіштері І дәрежеге тән көрсеткіштерден аспайды, буын қызметінің бұзылысының І дәрежесі сақталады). Тіршілік ету шектелуінің ФТ 1 дәрежесі.

1. Медициналық реабилитация:

- зақымданған буындарды күш түсірмеу (ұзақ жүрісті, аяқта ұзақ тұруды шектеу);

- медикаментозды ем: натрий диклофенагы 0,25 мг күніне 3 рет, курсы 10 күн.

- базисті дәрі: метотрексат 7,5-25 мг аптасын 1 рет;

- физиоём: электрофорез 0,9% физиологиялық ертідінде ерітілген 50% димексидпен бірге қолданылады, курсы 8-12 процедура;

- санаторлы-курортты ем;

- физикалық реабилитация: жеке бағдарлама бойынша емдік гимнастика.

2. Медициналық-кәсіби реабилитация: арнайы жағдайда рациональді жұмысқа орналастыру.

3. Әлеуметтік реабилитация (қосымша техникалық құралдар беру, заңды құқықтық көмек көрсету).

Б) Орташа реабилитациялық потенциал (периартикулярлы зақымдалулар жиі немесе ұзақ уақытты өршулер, екінші дәрежелі белсенділік, толық емес ремиссия, серопозитивті, рентгенологиялық – II-III дәрежелі, II дәрежелі буын қызметінің зақымдалуы кездеседі). Тіршілік ету шектелуінің ФТ 2 дәрежесі.

1. Медициналық реабилитация:

- зақымданған буындарды күш түсірмеу (ұзақ жүрісті, аяқта ұзақ тұруды шектеу);

- медикаментозды ем: натрий диклофенагы 0,25 мг күніне 3 рет, курсы 10 күн.

- базисті дәрі: метотрексат 25 мг аптасына 1 рет;

- РА ауыр жүйелі асқынуларының дамуы кезінде– глюкокортикоидтар тәулігіне 15-30 мг;

- базисті дәрілердің кері әсерін азайту үшін – фолий қышқылы.

- физиоём: магнитотерапия 30 минут курсы 10 күн және массаж 40 минут курсы 20 күн;

- санаторлы-курортты ем;

- физикалық реабилитация: жеке бағдарлама бойынша емдік гимнастика.

2. Медикалық-кәсіби реабилитация: арнайы жағдайда рациональді жұмысқа орналастыру.

3. Әлеуметтік реабилитация (қосымша техникалық құралдар беру, заңды құқықтық көмек көрсету).

В) Төмен реабилитациялық потенциал (жылдам үдемелі ағымды буындық және буынды-висцеральді формасы немесе классикалық ағымды II-III дәрежелі белсенділіктегі, толық емес және қысқы уақытты ремиссиялы, III-IV рентгенологиялық кезең, буын қызметінің III IV дәрежелі бұзылысы, онда анкилоз бен функциональді қолайсыз жағдайда фиксациялардың дамуы, ішкі мүшелер, ОЖЖ қызметтерінің ауыр қайтымсыз бұзылыстары, кахексия болады). Тіршілік ету шектелуінің ФТ 3 дәрежесі.

1. Медициналық реабилитация:

- зақымданған буындарды күш түсірмеу (ұзақ жүрісті, аяқта ұзақ тұруды шектеу);

- медикаментозды ем: натрий диклофенагы 0,25 мг күніне 3 рет, курсы 10 күн.

- базисті дәрі: метотрексат 25 мг аптасына 1 рет;

- РА ауыр жүйелі асқынуларының дамуы кезінде– глюкокортикоидтар тәулігіне 30 мг;

- базисті дәрілердің кері әсерін азайту үшін – фолий қышқылы.

- физиоём: магнитотерапия 30 минут курсы 10 күн және массаж 40 минут курсы 20 күн;

- санаторлы-курортты ем;

- физикалық реабилитация: жеке бағдарлама бойынша емдік гимнастика.

2. Медикалық-кәсіби реабилитация: арнайы жағдайда рациональді жұмысқа орналастыру.

3. Әлеуметтік реабилитация (қосымша техникалық құралдар беру, заңды құқықтық көмек көрсету).

Г) Реабилитациялық потенциалдың жоқ болуы (жылдам үдемелі ағымды буындық және буынды-висцеральді формасы немесе классикалық ағымды II-III дәрежелі белсенділіктегі, толық емес және қысқа уақытты ремиссиялы, III-IV рентгенологиялық кезең, буын қызметінің III IV дәрежелі бұзылысы, онда анкилоз бен функциональді қолайсыз жағдайда фиксациялардың дамуы, ішкі мүшелер, ОЖЖ қызметтерінің ауыр қайтымсыз бұзылыстары; кахексия болады). Тіршілік ету шектелуінің ФТ 4 дәрежесі.

1. Медициналық реабилитация:

- зақымданған буындарды күш түсірмеу (ұзақ жүрісті, аяқта ұзақ тұруды шектеу);

- медикаментозды ем: натрий диклофенагы 0,25 мг күніне 3 рет, курсы 10 күн.

- базисті дәрі: метотрексат 25 мг аптасына 1 рет;

- РА ауыр жүйелі асқынуларының дамуы кезінде– глюкокортикоидтар тәулігіне 30 мг;

- базисті дәрілердің кері әсерін азайту үшін – фолий қышқылы.

- физиоём: магнитотерапия 30 минут курсы 10 күн және массаж 40 минут курсы 20 күн;

- санаторлы-курортты ем;

- физикалық реабилитация: емдік гимнастика.

2. Медикалық-кәсіби реабилитация: арнайы жағдайда рациональді жұмысқа орналастыру.

3. Әлеуметтік реабилитация (қосымша техникалық құралдар беру, заңды құқықтық көмек көрсету).

Анкилоздаушы спондилоартрит кезіндегі комплексті реабилитациялаудың жеке бағдарламасы

АС кезіндегі РЖБ медициналық, кәсіби және әлеуметтік реабилитациядан тұрады. Медициналық реабилитация мына келесі дәрілік топтарды қамтиды: стероидты емес қабынуға қарсы дәрілер, хондропротекторлар, глюкокортикоидтар – жергілікті қолданылады. Хирургиялық ем шеткері буындардың айқын деформациясында қолданылады.

А) Жоғары реабилитациялық потенциал (баяу үдемелі ағымды, аурудың алғашқы немесе ерте кезеңі, рентгенологиялық өзгерістер болмайды немесе айқын емес, сегізкөз-мықын буынының беткейінің біртексіздігі, субхондральды остеосклероз ошақтары және остеопороз, буын қуысының кеңеюі, I дәрежелі белсенділік анықталады). Тіршілік ету шектелуінің ФТ I дәрежесі.

11. Медициналық реабилитация:

- зақымданған буындарды күш түсірмеу (ұзақ жүрісті, аяқта ұзақ тұруды шектеу);

- медикаментозды ем: натрий диклофенагы 0,25 мг күніне 3 рет, курсы 10 күн.

- базисті дәрі: сульфасалазин 2 г/тәулігіне;

- физиоом: электрофорез 0,9% физиологиялық ертіндіде ерітілген 50% димексидпен бірге қолданылады, курсы 8-12 процедура;

- санаторлы-курортты ем;

- физикалық реабилитация: жеке бағдарлама бойынша емдік гимнастика.

2. Медикалық-кәсіби реабилитация: арнайы жағдайда рациональді жұмысқа орналастыру.

3. Әлеуметтік реабилитация (қосымша техникалық құралдар беру, заңды құқықтық көмек көрсету).

Б) Орташа реабилитациялық потенциал (баяу – үдемелі ағымды, өршу кезеңдерімен шамалы зақымдалу кезеңі, сегізкөз-мықын қуысының таралуы анықталады немесе көрсетілген буындардың біртіндеп анкилоздануы, омыртқа аралық буындар қуысының таралуы немесе омыртқаның шынайы буындарының анкилозы, II дәрежелі белсенділік анықталады). Тіршілік ету шектелуінің ФТ 2 дәрежесі.

1. Медициналық реабилитация:

- зақымданған буындарды күш түсірмеу (ұзақ жүрісті, аяқта ұзақ тұруды шектеу);

- медикаментозды ем: натрий диклофенагы 0,25 мг күніне 3 рет, курсы 10 күн.

- базисті дәрі: сульфасалазин 3 г/тәулігіне;

- шеткері буындар зақымдануы мен энтезиттер кезінде – глюкокортикоидтар сегізкөз-мықын тұсына жергілікті қолданылады ;

- базисті дәрілердің кері әсерін азайту үшін – фолий қышқылы.

- физиоом: магнитотерапия 30 минут курсы 10 күн және массаж 40 минут курсы 20 күн;

- санаторлы-курортты ем;

- физикалық реабилитация: жеке бағдарлама бойынша емдік гимнастика.

2. Медикалық-кәсіби реабилитация: арнайы жағдайда рациональді жұмысқа орналастыру.

3. Әлеуметтік реабилитация (қосымша техникалық құралдар беру, заңды құқықтық көмек көрсету).

В) Төмен реабилитациялық потенциал (тез үдемелі (аз уақыт ішінде толық анкилозға алып келеді) ағым. Аурудың соңғы кезеңі, сегізкөз-мықын буынының, омыртқа аралық және қабырға-омыртқалық буындардың байламдық аспаптарының оссификациясымен жүретін сүйекті анкилозы, белсенділіктің III дәрежесі анықталады). Тіршілік ету шектелуінің ФТ 3 дәрежесі.

1. Медициналық реабилитация:

- зақымданған буындарды күш түсірмеу (ұзақ жүрісті, аяқта ұзақ тұруды шектеу);

- медикаментозды ем: натрий диклофенагы 0,25 мг күніне 3 рет, курсы 10 күн.

- базисті дәрі: сульфасалазин 3 г/тәулігіне;

- шеткері буындар зақымдануы мен энтезиттер кезінде – глюкокортикоидтар сегізкөз-мықын тұсына жергілікті қолданылады ;

- базисті дәрілердің кері әсерін азайту үшін – фолий қышқылы.

- жамбас буыны, омыртқаның ауыр деформацияларын және басқа да асқынуларды коррекциялау үшін хирургиялық ем қолданылады.

- физиоём: магнитотерапия 30 минут курсы 10 күн және массаж 40 минут курсы 20 күн;

- санаторлы-курортты ем;

- физикалық реабилитация: жеке бағдарлама бойынша емдік гимнастика.

2. Медикалық-кәсіби реабилитация: арнайы жағдайда рациональді жұмысқа орналастыру.

3. Әлеуметтік реабилитация (қосымша техникалық құралдар беру, заңды құқықтық көмек көрсету).

Г) Реабилитациялық потенциалдың жоқ болуы (тез үдемелі (аз уақытта толық анкилозға алып келеді) ағым, аурудың кеш сатысы, сегізкөз-мықын буынының, омыртқа аралық және қабырға омыртқалық буындардың байламдық аппаратының оссификациясымен жүретін сүйекті анкилоз, белсенділіктің III дәрежесі анықталады). Тіршілік ету шектелуінің ФТ 4 дәрежесі.

1. Медициналық реабилитация:

- зақымданған буындарды күш түсірмеу (ұзақ жүрісті, аяқта ұзақ тұруды шектеу);

- медикаментозды ем: натрий диклофенагы 0,25 мг күніне 3 рет, курсы 10 күн.

- базисті дәрі: сульфасалазин 3 г/тәулігіне;

- шеткері буындар зақымдануы мен энтезиттер кезінде – глюкокортикоидтар сегізкөз-мықын тұсына жергілікті қолданылады ;

- базисті дәрілердің кері әсерін азайту үшін – фолий қышқылы.

- жамбас буыны, омыртқаның ауыр деформацияларын және басқа да асқынуларды коррекциялау үшін хирургиялық ем қолданылады.

- физиоём: магнитотерапия 30 минут курсы 10 күн және массаж 40 минут курсы 20 күн;

- санаторлы-курортты ем;

- физикалық реабилитация: жеке бағдарлама бойынша емдік гимнастика.

2. Медикалық-кәсіби реабилитация: арнайы жағдайда рациональді жұмысқа орналастыру.

3. Әлеуметтік реабилитация (қосымша техникалық құралдар беру, заңды құқықтық көмек көрсету).

6. «САУ БУЫНДАР» АТТЫ ДЕНСАУЛЫҚ МЕКТЕБІНІҢ РОЛІ

Остеоартрозы бар науқастар үшін мектептің білімдік бағдарламасы
Сабақ жоспары:

1. МЕКТЕП ЖҰМЫСЫ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТ

№1 сабақ

Остеоартроз дегеніміз не?

Буын құрылысы туралы қысқаша мәліметтер

№2 сабақ

Остеоартроз даму себептері

Остеоартроз дамуына әкелетін қауіпті факторлар

№3 сабақ

Остеоартроз кезінде буын шеміршегі тінінде қандай өзгеріс болады

№4 сабақ

Остеоартроз белгілері

Остеоартроз варианттары мен кезеңдері

Остеоартроз асқынулары

№5 сабақ

Остеоартроз емі

Құрылымдық-модифицирлеуші дәрілер (хондропротекторлар).

№6 сабақ

Остеоартроз емі. Жалғасы

№7 сабақ

Остеоартроз кезіндегі дұрыс тамақтану негіздері. Дене салмағын анықтау. Салмақ түсіретін күндер. Диета.

2. ОСТЕОАРТРОЗ БОЙЫНША БІЛІМ БЕРЕТІН МЕКТЕПТЕ ОҚУДЫҢ ҚАЖЕТТІЛІГІ ТУРАЛЫ ӘҢГІМЕ

- Остеоартроз – бұл ауру, бірақ Сіздің емдеуге белсенді қатысуыңыздың арқасында аурудың үдеуін тежеуге болады.

- Аурудың үдеуін ескерту және өмір сапасын сақтау үшін остеоартроз туралы толық мәліметті білу керек.

- Мектепте Сіз ауру белгілерін білетін боласыз.

- Сіз остеоартрозды ерте және үнемі емдеу әдістерінің қажет екенін білетін боласыз
- Сабақ – бұл әңгіме, бұл уақытта өз буындарыңыздың мәселесі бойынша пайда болған кез келген сұрақ қоя аласыз.
- Сіз өзіңіздің өмір қалпын дұрыс ұйымдастыруға үйренесіз.

3. НАУҚАСТАРДЫ ТАНЫСТЫРУ

- Әрбір тыңдаушымен таныстыру.
- Сырқатпен, әлеуметтік және тұрмыстық сұрақтармен байланысты әрбір мәселені анықтау.
- Жеке кеңестің қажеттілігі туралы сұрақтарды шешу.

4. ТАҚЫРЫПТЫ ТАЛДАУ

Остеоартроз ұғымын түсіну үшін буынның құрылысымен міндетті түрде танысу керек. Барлық буындар табиғаты бірдей (тізе буынының суреті бар плакат). Себебі көбіне тізе буыны зақымданады, біз оның құрылысымен танысамыз.

Буындар буын капсуласымен қоршалған, ішкі қабырғасы синовиальді қабықшамен қапталған. Синовиальді қабықша шеміршек тінін қоректендіреді. Синовиальді қабықшаны мөлдір целлофан қапшығымен салыстыруға болады. Оның ішінде консистенциясы тауық жұмыртқасының ақуызына ұқсас сұйықтық болады. Синовиальді қабықша құрамына шеміршек қоректенуін қамтамасыз ететін гиалурон қышқылы кіреді.

Синовиальді қабықша ұсақ тамырлармен - капиллярлармен шаншылған, олар арқылы қоректі заттар түсіп ыдырау өнімдері кетеді. Сонымен қатар, синовиальді қабықша буын майлануын және буын беттерінің сырғанауын қамтамасыз етеді, буын қуысын айналасындағы тіндерден шектей отырып қорғаныш ролін атқарады. Қалыпты жағдайда - буын қуысы өте таза болып келеді.

Шеміршек - бұл мыналардан тұратын тін:

- клеткалар – хондроциттер;
- клеткалар орналасқан протеоглиқандар мен судан тұратын клеткааралық зат;
- өзара байланысқан мықтылығын қамтамасыз ететін коллаген талшықтары.

Хондроциттер шеміршек көлемінің тек 1-2% құрайды. Егер шеміршек құрылысын көзге елестетін болсақ оны темір бетонмен салыстыруға болады. Бетон ретінде клеткааралық затты қарастырсақ, металдық каркас ролінде - коллаген талшықтары, ал бітелген тастар - хондроциттер (клеткалар) деп қарастыру керек.

Бірақ бетоннан айырмашылығы салмақ түскен кезде шеміршек деформациялануға бейім болады, салмақ түсу аяқталғанда - өз формасына қайта келеді, дәл жұмсақ орындықтың дене ауырлығы себебінен майысуы, ал біз орнымыздан тұрған кезде орындық қайтадан

томпылып тұрады. Сонымен, шеміршектің негізгі қызметтерінің бірі болып қозғалыс кезінде буынға түсетін салмақты жеңілдетеді.

Екіншіден, шеміршектің ең маңызды қызметтерінің бірі болып қозғалыс кезінде екі сүйек арасындағы минимальды үйкелісті қамтамасыз ету. Қалыпты жағдайдағы үйкеліс су мұздар арасындағы үйкеліске жақын келеді.

Шеміршектің жоғарыда айтылған қызметтерді орындауы тек шеміршектің өзіндегі және айналасындағы тіндердегі (байлам, бұлшықет, сіңір) алмасудың үрдісі толық болған кезде ғана мүмкін болады. Сіңірлер - бұл бұлшықетті сүйекпен қосатын тығыз байламдар. Сіңірлер буынды бекітіп олардың шамадан тыс қозғалысын шектейді.

Енді міне, біз буын құрылысымен жалпы таныстық, ал енді остеоартроз деген не екенін талдайық. Остеоартроз - созылмалы ауру, оның негізінде буын шеміршегінің үйкеленуі, тозуы жатыр. Өзгерістер буынның басқа да тіндерінде (шеміршек жатқан сүйек, буын қабықшасы, байламдар) де болады. Ең ауыр кезеңдерінде буын формасы сүйек өсінідісі остеофиттер себебінен өзгеріске ұшырайды. Остеофиттер буын қызметінің бұзылысына әкеледі, бірақ ол туралы біз 3 сабақта айтамыз.

Остеоартроз кезінде қабыну өзгерістері де болуы мүмкін, сондықтан буындар ісініп ыстық болады, ауру күшейе түседі. Буын компоненттерінің зақымдануына не алып келеді? Оны біз келесі сабақта талдаймыз. Ал қазір өзіндік бақылау күнделігін қалай жүргізу керегі туралы айтамыз.

ҮЙГЕ ТАПСЫРМА

Буын құрылысын есте сақтау.

Науқас буындарын толық тексеру.

ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ БЕКІТПЕ:

Остеоартроз дамуының қауіпті факторларының меңгерілген тізімі мен менің өмірімдегі олардың көбісін жою аурудың дамуына кедергі жасайды.

ӨТКЕН МАТЕРИАЛДЫ ҚАЙТАЛАУ:

Остеоартроз дегеніміз не?

Буын құрылысы.

Буын құрылысының схемасын салу.

ТАҚЫРЫПТЫ ТАЛДАУ:

Ауру дамуының қауіпті факторларымен танысу алдында остеоартроз дамуы механизмін еске түсірген қажет. Негізгі себебі - шеміршекке түсетін салмақ пен сол салмаққа қарсыласа алатын шеміршек мүмкіндігі арасында сәйкестіктің болмауы, бұл олардың зақымдануына әкеледі. Мұндай сәйкессіздікке "остеоартроз қауіпті факторлары" деп

аталатын факторлар алып келеді. Олар өздері бірнешеу, жекешіл, бірақ остеоартрозы бар көптеген науқастарда да факторлар бар.

Қауіпті факторлар организмнің өзінде орналасқан қауіпті факторлар мен сыртқы орта факторлары деп бөлінеді. Біріншісіне жас жатады. Көбіне остеоартроз 50 жастан асқан адамдарда кездеседі. Мұның себебі, адам жасы ұлғайған сайын шеміршек клеткалары "хондроциттер" де қартаяды, ал олардың негізгі ролі шеміршекті, глюкозаминогликандар мен коллагендер синтезін қалыпты жағдайда ұстап тұр. Бірақ бұл ауру басқа да қауіпті факторлар болған кезде жас адамдарда да дамуы мүмкін. Көбіне остеоартрозбен әйелдер ауырады, себебі климакс басталғаннан кейін жас кезде шеміршекті қорғайтын әйелдердің жыныс гормондары күрт төмендейді.

Ауру дамуының маңызды факторына осы ауруға тұқымқуалаушылық жатады, яғни жақын туыскандарында осы аурудың болуы (тұқыммен "төмен" сапалы шеміршек құралуы, оның ерте зақымдануы, әлсіз байламдар мен сіңірлер берілуі мүмкін).

Байлам аппаратының әлсіздігі мысалы ретінде буындар гипермобильділігін алуға болады, ол тізе, шынтак буындарында, алақан сүйектерінде, омыртқада қозғалы көлемінің ұлғаюымен сипатталады. Буындар гипермобильділігі бар адамдар мектептен өздерінің басқаларына қарағанда иілгіш келетінін біледі, мұндай балаларды жиі гимнастика, акробатика, би топтарына жиі қабылдайды. Буындар мұндай қозғалысқа дайын болмағандықтан, байламдар буынды жақсы бекітпегендіктен шеміршек өзінің "толық ресурсын" ерте орындап зақымданады.

Негізгі сыртқы қауіпті факторларға жарақаттар жатады. Көбіне жиі тізе буындары зақымданады. Аяқтарында ұзақ тұрумен, "тізерлеп" және "жартылай отырып" істейтін жұмыстармен байланысты кәсіптер осы факторларға жатады. Алдын ала кеңес: егер адам осындай жерлерде жұмыс істесе ауырсыну мен остеоартроздың басқа симптомдары жоқ болса да 1,5-2 сағат сайын үзіліс жасап аяқты демалдыру керек (отыра тұру керек).

Буындарды қорғау бойынша қарапайым ережелер!

- Тізерлеп отырмау керек.
- Тіземен тұрмау керек.
- Аяқты бір аяқтың үстіне қоймау керек.
- Байқап еңкейіп түзелу керек.
- Шынтаққа сүйенбеу керек.
- Ауыр көтермеу.
- Барлық ауырлықты тек бір қолда ғана емес оны біркелкі орналастыру керек.
- Жоғары өкшелі аяқ киім кимеу, қалың жұмсақ табанды аяқ киім кию.
- Креслоға қарағанда биік орындықта отыру.
- Орындықтан қолдары көмегімен тұру.

- Заттарды созылған қолдарымен тасымау керек, тек өзіне қысып алып тасу
- Мүмкіндігінше лифт қолдану.
- Еденді швабрамен жою.
- Кір-қоңды тұрып емес, биік орындықта отырып үтіктеу.
- Белсенді қозғалысты дем алу кезеңдерімен кезектестіріп отыру.
- Аяқ буындарын отырып не жатып дем алдыру.
- Аяқтар бұлшықеттерін жаттықтыру («велосипед» жаттығуы).
- Тізе буындарының артрозы кезінде тізе үстілік қорғанышты тағу керек.
- Таяқпен жүруге ұялмаңыз, май табан кезінде – супинатор киіңіз.
- Күнделікті – гимнастика, остеоартроз бойынша мектепке барыңыз.

Қорытынды

Бұл монографияда ревматикалық аурулардың эпидемиологиясы, олардың дамуының қауіпті факторлары, ересек тұрғындардың ревматикалық аурулармен сырқаттылығы, клиникасы және емі, профилактикасы, АМСҚҚ деңгейіндегі кеңінен таралған ревматикалық аурулары бар науқастардың МӘС мен реабилитациясы берілген. Жүйелі реабилитациялаудың жекелей бағдарламасы реабилитациялық потенциалдың деңгейіне байланысты құрастырылған. Емдеу тәсілі дәлелді медицина қағидаларына негізделген ауруларды диагностикалау мен емдеу хаттамасына сай берілген. Тізе буындарының остеоартрозы бар науқастарды емдеу бойынша EULAR (2013 ж.) ұсыныстары, ревматоидты артритті синтетикалық базистік қабынуға қарсы дәрілермен және гендік-инженерлік биологиялық дәрілермен емдеу туралы Еуропалық антиревматикалық лига (EULAR) ұсыныстары, анкилоздаушы спондилиті бар науқастарды емдеу үшін ФНО блокаторларын салыстырмалы түрде қолдану ASAS халықаралық топтың консенсустық өтінішінің бірінші жаңартылған редакциясы берілген. Науқастар үшін "Сау буындар" денсаулық мектебі құралған.

Қолданылган әдебиеттер тізімі

1. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья. –Женева (ВОЗ), 2001. – 243 с.
2. Насонова В.А., Хантаев Н.В. Международное десятилетие болезней костей и суставов //Терапевт. арх. – 2001. - № 5. - С. 5-7.
3. Алиханова К.А., Абугалиева Т.О. Анализ изучения заболеваемости при ревматических заболеваниях по Карагандинской области // Вестник ЮКГМА. - 2008. - №4 – С. 56-58
4. Брунтланд Г.Х. Речь на открытии заседания научной группы ВОЗ по ущербу при мышечно-скелетных заболеваниях (The Bone and Joint Decade 2000-2010, 13-January 2000, Geneva) // Научно-практич. Ревматология. – 2001. - №1. – С. 5-7.
5. Насонов Е.Л. Достижения ревматологии в XXI в. //Научно-практ. ревм. - 2014. - № 52(2). - С.133.
6. Ли́ла А.М. Социально-экономические аспекты лечения ревматических болезней //Рос. мед. журн. - 2001. - Т.9, №23. - С.9-19.
7. Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические заболевания у взрослого населения в федеральных округах России //Научно-практ. ревм. - 2014. - №52(1). - С.5–7.
8. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальное значение XIII класса болезней для населения России // Научно-практич. ревматология. – 2001. - № 1. - С. 7-11.
9. Вялков А.И., Гусев Е.И., Зборовский А.Б. Основные задачи международной декады (The Bone and Joint Decade 2000-2001) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России //Научно-практич. рев-матология. – 2001. - № 2. - С. 4-8.
10. Carmona L., Ballina J., Gabriel R. The burden of musculoskeletal diseases in general population of Spain: results from national survey // Ann. Rheum. Dis. – 2001. – Vol. 60. – P. 1040-1045.
11. Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф., В.А. Насонова Тенденции в изменении показателей заболеваемости болезнями населения Российской Фе-дерации за 5-летний период (1999 – 2003 гг.) // Терапевт. архив. – 2005. - № 5. - С. 18- 22.
12. Огрызко Е.В. Динамика показателей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани и состояние орто-педической помощи населению // Проблемы социальной гигиены, здо-ровья и истории медицины. – 2007. - № 6. - С. 24-30.
13. Цурко В. Остеоартроз: клинические формы и особенности течения суставного синдрома // Врач. – 2002. - № 9. - С. 16- 19.
14. Picavel H.S.J. et all. Prevalence of reported musculoskeletal diseases is high // Ann. Rheum Dis. – 2003. - № 62. - P. 644-650.

15. Carmona L. et all. The burden of musculoskeletal diseases in general population of Spain results from national survey// Ann. Rheum Dis. – 2001. - № 60. - P. 1040-1045.
16. Зуев Т.И., Магария М.Ю., Овсянников И.А. Динамика и причины инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани // Врачебно - трудовая экспертиза и показания к трудоустройству больных и инвалидов с дегенеративно-дистрофическими поражениями тазобедренного сустава. - Л., 1986. - С. 6-10.
17. Gronning K., Skomsvoll J.F., Rannestad T., et al. The effect of an educational programme consisting of group and individual arthritis education for patients with polyarthritis – a randomised controlled trial // Patient Educ. Couns. - 2012. - Vol. 88(1). - P. 113–20.
18. Майко О.Ю., Багирова Г.Г., Попова Л.В. Диагностические возможности ультразвукового сканирования коленных суставов при остеоартрозе // Терапевт. арх. – 2005. - № 4. - С. 44-50.
19. Пустовойтенко В.Т. Первичная инвалидность и результаты пересвидетельствования при остеоартрозах крупных суставов // Проблемы медико-социальной экспертизы, профилактики в современных условиях: Тез. докл. междунар. конф. - Минск, 2001. - С. 14-15.
20. Осипов Ю.В. Динамика инвалидности после оперативного лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. ст. - Минск. – 2001. - С. 49-52.
21. Кузиев Н.А. Медико-социальная реабилитация больных, страдающих коксартрозом: автореф... канд.мед.наук. - Ташкент, 1995. - 18 с.
22. Алиханова К.А., Абугалиева Т.О., Кунтуарова Л.С., Жакупова З.Ж., Жусупов Б.А. Качество жизни у больных остеоартрозом // Травматология және ортопедия. – 2005. - №2. – С.186-188.
23. Корж А.А. Деформирующий остеоартроз. Руководство по травматологии и ортопедии / Под ред. Ю.Г. Шапошникова - М.: Медицина. - Т.3. - С. 357-421.
24. Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф., Насонова В.А. Тенденции в изменении показателей заболеваемости ревматическими болезнями населения Российской Федерации за 5-летний период (1999-2003 гг.) //Терапевт. арх.. – 2005. - № 5. - С. 18-22.
25. Цурко В.В., Хитров Н.А. Остеоартроз //Терапевт. арх. – 2000. - № 5. - С. 62-66.
26. Эрдес С.И., Протопопова Р.Н. Распространенность и факторы риска остеоартроза среди жителей республики Саха (Якутия) //Терапевт. арх. – 2002. - № 5. - С. 12-15.
27. Nelson AE, Renner JB, Schwartz TA, Kraus VB, Helmick CG, Jordan JM. Differences in multijoint radiographic osteoarthritis phenotypes among African Americans and Caucasians: the Johnston County Osteoarthritis project // Arthritis Rheum. - 2011. - Dec;63(12):3843-52.

28. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л. Боль (практическое руководство для врачей). - М., Издательство РАМН, 2012. - 512 с.
29. Gore M., Sadosky A., Stacey B.R. et al. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings //Spine (Phila Pa 1976). - 2012. - Vol.37(11). - P. 668–77.
30. Todd P. Stitik. Osteoarthritis //E Medicine Journal. – 2002. - Vol. 3, № 2. - P. 458-510.
31. Тейтельбаум М.З. и соавт. Структура инвалидности при артрозах крупных суставов у жителей сельских районов //Ортопедия, травматология и протезирование. – 1992. - №2. - С. 49-53.
32. Амирбекова А.А. Медико-социальные проблемы хронических заболеваний суставов и позвоночника //Терапевт. арх. – 2007. - № 5. - С. 26-29.
33. Брико Н.И., Клейменов Д.А., Покровский В.И. Заболеваемость населения Российской Федерации ревматическими болезнями сердца //Терапевтический архив – 2007. - № 5. - С. 69-72.
34. Брико Н.И. Болезни, вызываемые стрептококками группы А в начале XXI века: проблемы и перспективы профилактики //Вестник РАМН – 2001. - № 2. - С. 3-6.
35. Efstratiou A., George R.C. Group A streptococcal invasive disease in England and Wales // Advanc. Exp. Med. Biol. – 1999. – № 418. - P.210 – 218.
36. Efstratiou A. Group A streptococcal in the 1990s // J. Antimicrob. Chemoter. – 2000. – № 45. - P.3 – 12.
37. Schwarts B. et all. Changing epidemiology of group A streptococcal infection in the USA // Lancet. – 1990. – № 336. - P.1167-1171.
38. Тотолян А.А. Малеев В.В. Современные проблемы стрептококковой инфекции //Журнал микробиологии – 1999. - № 2. - С. 117-120.
39. Kaplan E.L. The resurgence of group A streptococcal infections and their sequelae // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. – 1996. – № 10. - P.55-57
40. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальные проблемы хронических заболеваний суставов и позвоночника //Терапевт. арх. – 2000. - № 5. - С. 26-29.
41. Шумада И.В., Суслова О.Я., Стецула В.И. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов. – К.: Здоров'я, 1990. - 197 с.
42. Насонова В.А. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям (The Bone and Joint Decade 2000-2010) //Рос. мед. журн. – 2000. - Т.8, №9. - С.8-14.
43. Саатова Г.М. О состоянии ревматологической службы в Кыргызстане//Материалы I Конгресса ревм. Центр. Азии и Казахстана «Актуальные вопросы ревматологии», Алматы – 2007. – С. 58-61.

44. Сейсенбаев А.Ш. и соавт. Анализ заболеваемости ревматическими болезнями за 2002 – 2004 гг. //Материалы респ. конф. ревм. «Актуальные вопросы ревматологии», Алматы – 2005. – С. 59.
45. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2004 году // Статистический сборник, Астана – Алматы – 2005. – 238 с.
46. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2005 году // Статистический сборник, Астана – Алматы – 2006. – 260 с.
47. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2006 году // Статистический сборник, Астана – Алматы – 2007. – 260 с.
48. Тищук Е.А. Инвалидность как медико-демографическая проблема и смертность инвалидов // Проблемы соц. гигиены и история медицины. -1995. - № 1. - С. 28-32.
49. Еременко Г.С., Поддубный И.П. Болезни суставов и позвоночника как причина инвалидности //Ревматология. - 1986. - №3. - С. 8-12.
50. Москалев В.П. Медико-социальные аспекты инвалидности у лиц молодого возраста при травмах и заболеваниях опорно-двигательной системы: автореф. ... канд.мед.наук. - Санкт-Петербург, 1991. - 18 с.
51. Заболотных И.И. Первичный деформирующий остеоартроз (вопрос-сы патогенеза, клиники, диагностики, экспертизы трудоспособности и реабилитации): автореф.... докт. мед.наук. - Ленинград, 1991. - 29 с.
52. Жакашов Н.Ж. Основные причины первичного выхода на инвалидность населения Республики Казахстан // Здравоохранение Казахстана-на. - 1995. - №4. - С. 59-61.
53. Круглов В.Н. Функциональные нарушения деятельности локомоторной системы в периоде ремиссии поясничного остеохондроза и клинико-экономическая результативность их комплексной реабилитации: автореф... канд. мед.наук. - Самара, 1999. - 17 с.
54. Недзьведь Г.К. Характер функциональных нарушений у инвалидов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза // Меди-цинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. междунар. науч.-практ. конф. - Минск, 1996. - С. 306.
55. Лаврова Д.И. Динамика инвалидности вследствие ревматоидного артрита // Актуальные вопросы врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации инвалидов. - М., 1982. - С. 139-142.
56. Власюк В.В. Хронизация патологического процесса при ревматоидном артрите, ведущая к инвалидности и пути ее снижения: автореф.... канд. мед.наук. - М., 1992. - 21 с.
57. Лавров В.Н. Первичная инвалидность у больных туберкулезным спондилитом и пути ее снижения // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1991. - №11. - С. 19-20.

58. Складенко Р.Т. Первичная инвалидность и ее причины у пострадавших с острой холодовой травмой конечностей // Особенности клинического течения диагностики и лечение заболеваний у ветеранов Отечественной войны. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы: Сб. науч. работ. - Л., 1990. - Вып. 2. - С. 177-179.
59. Дейкало В.П. Эпидемиология потери трудоспособности при повреждениях кисти // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. ст. - Минск, 1999. - №1 - С. 114-121.
60. Шапиро Д.М. Социально-гигиенические аспекты инвалидности вследствие травм спинного мозга. Медико-социальная экспертиза и реабилитация: автореф.... докт.мед.наук. - Москва, 1996. - 23 с.
61. Власюк В.Г. Состояние инвалидности и медицинской реабилитации инвалидов вследствие травм опорно-двигательного аппарата // Актуальные вопросы повышения эффективности реабилитации инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата. - Харьков, 1981. - С. 35-36.
62. Гусейнов Н.О. Анкилозирующий спондилоартрит: особенности патогенеза, клиника, эволюция и прогноз различных клинических форм: автореф.... докт.мед.наук. - М., 1990. - 37 с.
63. Шатыко О.П. Проспективное наблюдение за состоянием трудоспособности больных СКВ: автореф.... канд. мед. наук. - Минск, 1990. - 19 с.
64. Аканов А.А., Кульжанов М.К., Гермонюк Т.А. Глобальное бремя болезней Dalys в Казахстане. - Алматы, 1996. - 117 с.
65. Дауытов Т.Б. Состояние и проблемы инвалидности населения Южно-Казахстанской области // Астана медициналық журн. - 2000. - № 4. - С. 26-29.
66. Хисметова З.А. Социально-гигиенические аспекты первичной инвалидности населения Семипалатинской области и пути ее снижения: автореф.... канд.мед.наук. - Алматы, 2000. - 20 с.
67. Мухамеджанов Н.З., Султанходжаева Н.Д., Арушанов А.М. Анализ основных показателей инвалидности и ее причинных факторов по Республике Узбекистан. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2004. - №3. - С.41 - 43.
68. Таиров Г.М. Динамика основных показателей первичной инвалидности в Азербайджане в 1997 - 2001 гг. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2004. - №1. - С.37-42.
69. Лоскутов А.Е., Сергиени О.В., Макаров В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных с последствиями травм костей предплечья в дистальном отделе // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. ст. - Мн., 2004. Вып. 6. - С.72-77.
70. Насонова В.А. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям (The Bone and Joint Decade 2000-2010) // Рос. мед. журн. - 2000. - Т.8, №9. - С.8-14.

71. Yelin E., Callahan I.F. For the National Arthritis Data Work Group. The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditional // *Arthritis Rheum.* – 1995. - Vol. 38. - P. 1351 - 1362.
72. Ревматология//Под ред. Н.А. Шостак. – М., 2012. – 221 с.
73. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. – М., 2011. – 141 с.
74. Клинические рекомендации //Ревматология .2-е издание исправленное и дополненное/ под ред. Е.Л. Насонова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 738 с.
75. Каратеев Д.Е, Олюнин Ю.А., Лучихина Е.Л. Новые классификационные критерии ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 - шаг вперед к ранней диагностике//Научно-практическая ревматология. – 2011. - №1.- С. 10-15.
76. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход, Пайл К., Кеннеди Л. Перевод с англ. / Под ред. Н.А. Шостак. – М., 2011. – 95 с.
77. Smolen J.S., Landewe R., Breedveld F.C. et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis withsynthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *AnnRheumDis*, 2010; 69:964–75.
78. Насонов Е.Л. Новые подходы к фармакотерапии ревматоидного артрита: перспективы применения тоцилизумаба (моноклональные анти-тела к рецептору интерлейкина-6)// *Тер. Архив.* – 2010. - №5. – С. 64-71.
79. Матвин Б. Организация лечебной реабилитации в Польской республике//*Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физкультуры.* - 1987.- №5. - С. 61-63.
80. Ренкер К. Основы реабилитации: Науч. обзор: Пер. с нем.- М., 1980. – 116 с.
81. Полунин В.С. Проблемы формирования медико-социальной реабилитации больных и инвалидов в СССР // *Социология в медицине: теоретические и научно-практические аспекты.* - М., 1990.- Вып. II.- С.18-22.
82. Борохов Д.З., Петров П.П., Кульжанов М.К., Кульжанов Г.Т. Медико-социальная реабилитация с позиций страховой медицины / //*Сов. здравоохранение.*- 1991.- №9, - С. 39-43.
83. Коробов М.В. Актуальные вопросы становления и развития реабилитологии: Сб. науч. тр. по медико-социальной экспертизе и реабилитации. - Санкт-Петербург, 2001. - С. 9-21.
84. Маккавейский П.А., Шестаков В.П., Каменков К.А. Концептуаль-ные вопросы реабилитации больных и инвалидов: Сб. науч. тр. по медико-социальной экспертизе и реабилитации. - Санкт-Петербург, 2001. - С. 21-25.

85. Desrosiers J., Noreau L., Rochette A. Predictors of handicap situations following post-stroke rehabilitation //Disabil-Rehabil. – 2002. – Vol. 24. – P. 774-85.
86. Wegner E. Sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse-Berufliche Rehabilitation zwischen Effizienz und Sozialvertraglichkeit. [Socioeconomic cost-effectiveness analysis--occupational rehabilitation between effectiveness and social compatibility] //Rehabilitation-(Stuttg). – 2001. - Vol. 40, № 3. - P. 131-147.
87. Penninx B.W., Messiet S. P., Rejeski W.J. Physical exercise and the prevention of disability in activities of daily living in older persons with osteoarthritis //Arch-Intern-Med. – 2001. - Vol. 161, № 19. - P 2309-2316.
88. Предупреждение инвалидности и реабилитация: Докл. комитета экспертов ВОЗ (Сер. техн. докл. 668).- М, 1983. - 15 с.
89. Смычек В.Б. Основы реабилитологии. - Минск, 2000. - 131 с.
90. Алиханова К.А., Абугалиева Т.О., Якшин В. А. Методические подходы к разработке технологии реабилитационного процесса // Сб. матер. республиканской конференции «Актуальные вопросы ревматологии», Алматы, 27-28 октября, 2005. – С.11-12
91. Каусова Г.К. Медико-социальные аспекты первичной инвалидности вследствие основных сердечно-сосудистых заболеваний: автореф... дис. докт. - Алматы, 2002. - 25 с.
92. Маккавейский П.А., Шестаков В.П., Каменков К.А. Об определении понятия «реабилитация больных и инвалидов» //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. - №4. - С. 27-32.
93. Шестаков В.П. К вопросу оценки эффективности комплексной многопрофильной реабилитации инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. ст. - Минск, 2001. - №3. - С. 204-209.
94. Епихина Т.П. Особенности медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. - №2. - С.29-31.
95. Гарелик П.В., Пирогова Л.А. Актуальные проблемы медицинской реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. ст. - Минск, 2001. - №3. - С. 53-55.
96. Giaquinto S., Palma E., Maiolo I. Importance and evaluation of comorbidity in rehabilitation //Disabil-Rehabil. – 2001. - Vol. 23, № 7. - P. 296-299.
97. Элланский Ю.Г., Пешков С.П. Вопросы реабилитации инвалидов в свете основных положений Концепции социальной независимости // Здравоохранение Рос. Федерации. - 1997. - №3. - С. 24-27.
98. Косичкин М.М. Потребность и особенности медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие черепно-мозговых травм //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2000. - № 3. - С. 11-17.

99. Алиханова К.А., Абугалиева Т.О., Спанова Б.А., Полякова Н.В., Санжаровская Е.А. Технология реабилитационного процесса при остеоартрозе // Травматология және ортопедия. – 2005. - №2. – С.27-29.
100. Косичкин М.М. Потребность и особенности медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных заболеваний // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2001. - №1. - С. 11-16.
101. Андреева О.С. Потребность инвалидов Москвы в медико-социальной реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. - №1. - С. 6-11.
102. Гончаров Н.Г. Потребность инвалидов вследствие болезней костно-мышечной системы в медико-социальной реабилитации // Меди-ко-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. - № 3. - С. 27-30.
103. Алиханова К.А., Абугалиева Т.О. Технология реабилитационного процесса больных и инвалидов с последствиями остеоартроза и ее эффективность // Сб. науч. статей «Актуальные проблемы гигиены труда, профессиональной патологии и медицинской экологии Донбасса». - Донецк, 2005. – С. 151-154.
104. Karjalainen K., Malmivaara A. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults // The Cochrane Library. – 2002. - Issue 2. – P. 12.
105. Stineman M., Ross R., Fiedler R. Functional independence staging: conceptual foundation, face validity, and empirical derivation // Arch-Phys-Med-Rehabil. – 2003. - Vol. 84.- P.29-37.
106. Гусева Н.К. Формирование индивидуальных программ реабилитации как направление работы бюро медико-социальной экспертизы // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. - 1999. - №1. - С. 33-36.
107. Смычек В.Б., Гиткина Л.С., Рябцева Т.Д. Индивидуальная программа реабилитации больных и инвалидов // Сб. науч. тр. по медико-социальной экспертизе и реабилитации. - Минск, 1999. - №1. - С. 82-88.
108. Сорока Н.Ф. и соавт. Типовые индивидуальные программы медицинской реабилитации больных коксоартрозом и гоноартрозом: Метод. рекомендации. - Белорус. гос. мед. ун-т, 2001. - 27 с.
109. Mpofu E. Rehabilitation an international perspective: a Zimbabwean experience // Disabil-Rehabil. – 2001. - Vol. 23, № 11. - P. 481-489.
110. Eldar R. Community-based rehabilitation: better quality of life for older rural people with disabilities // J-Rural-Health. – 2001. - Vol. 17, № 4. - P. 341-444.
111. Батпенев Н.Д. Разработка системы лечения и создание условий стойкой ремиссии у больных деформирующим артрозом крупных суставов: автореф. ... докт.мед.наук. - Минск, 1996. - 22 с.
112. Алиханова К.А. и соавт. Руководство по медико-социальной

- экспертизе и реабилитации // Руководство. - Караганда, 2009. – 1075 с.
113. Свистунова Е.Г. Медико-социальная реабилитация инвалидов: организационно-правовые основы в субъектах Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. - № 2. - С.54-56.
 114. Millar N.L., Murrell G.A., McInnes I.B. Alarmins in tendinopathy: unravelling new mechanisms in a common disease // *Rheumatology (Oxford)*. - 2013. - Vol.52(5). - P.769–79.
 115. Abrams G., Renstrom P., Safran M. Epidemiology of musculoskeletal injury in the tennis player // *Br. J Sports Med.* - 2012. - Vol.46(7). - P. 492–8.
 116. Батпенев Н.Д., Джаксыбаева Г.К. Организация и перспективы развития ортопедо-травматологической помощи населению Республики Казахстан // *Травматология и ортопедия*. - 2005. - №2. - С. 5-9.
 117. Lancioni G.E., Oreilly M.F., Basili G. An overview of technological resources used in rehabilitation research with people with severe/profound and multiple disabilities // *Disabil-Rehabil.* – 2001. - Vol. 23, № 12. - P. 501-508.
 118. Musicco M., Emberti L., Nappi G. Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: the role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions // *Arch-Phys-Med-Rehabil.* -2003. – Vol. 84.- P.551-558.
 119. Svestkova O. Conceptual framework for rehabilitation in the Czech Republic: a proposal // *Disabil-Rehabil.* – 2002. – Vol. 24.- P. 798-801.
 120. Boseman J. Disability management. Application of a nurse based model in a large corporation // *AAOHN-J.* – 2001. - Vol. 49, № 4. - P.176-186.
 121. Mills T.L., Lichtenberg P.A., Wakeman M.A. Correlates of rehabilitation hospital length of stay among older African-American patients // *J-Natl-Med-Assoc.* – 2002. - Vol. 94, № 9. - P. 846-855.
 122. Алиханова К.А., Приз В.Н., Абугалиева Т.О., Жакипбекова В.А. Оценка эффективности реабилитации больных ревматоидным артритом // *Астана медициналык журналы*. –2008.- №2. – С. 105.
 123. Пирожкова Т.А., Сергеев С.В. Особенности медико-социальной экспертизы больных и инвалидов с последствиями метаэпифизарных переломов костей нижних конечностей // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. – 2003. - №2. - С. 14-17.
 124. Алиханова К.А., Абугалиева Т.О., Жакипбекова В.А., Омаркулов Б.К., Ан М.Е. Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных и инвалидов при анкилозирующем спондилоартрите // *Метод. рекомендации*.- Караганда, 2007. – 29 с.
 125. Алиханова К.А., Абугалиева Т.О., Жакипбекова В.А., Омаркулов Б.К. Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных и инвалидов при остеоартрозе // *Метод. рекомендации*.- Караганда, 2007. – 32 с.

- 126.Алиханова К.А., Абугалиева Т.О., Жакипбекова В.А., Омаркулов Б.К. Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных и инвалидов вследствие ревматоидного артрита //Метод. рекомендации.- Караганда, 2007. – 32 с.
- 127.Зборовский Э.И. Терапевтическая патология в структуре причин инвалидности в Республике Беларусь и совершенствование системы социальной защиты инвалидов посредством реабилитации //Тез. докл. IX Респ. съезда терапевтов. - Минск, 1996. - С. 19-20.
- 128.Алиханова К.А., Алыршиков В.Д., Аманбеков У.А. Влияние условий труда на формирование заболеваний опорно-двигательного аппарата у шахтеров Карагандинского угольного бассейна //Сб.трудов, посвященный 45-летию КГМИ. –Караганда, 1995. –С. 84-88.
- 129.Москалевич Б. Ревматические заболевания – проблема, недооцениваемая общественным здравоохранением в Польше //Научно-практич ревматология. – 2001. - №1. - С. 11–15.
- 130.Чами М. Ежеквартальный обзор мировой статистики. ВОЗ. – М., 1992. - Т. 42. – 81 с.
- 131.Закон РК “О социальной защите инвалидов” от 13.04.2005 г.
- 132.Насонова В.А. Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические болезни в России в начале XXI века. //Научно-практ. ревматология – 2003. - №1. – С. 6 – 10.
- 133.Алексеева Л.И. Факторы риска при остеоартрозе //Научно-практ. ревматология – 2000. - №2. – С. 36 – 45.
- 134.Denko C.W., Malemud C.J. Role of the growth hormone/insulin-like growth factor-binding proteins in human osteoarthritic cartilage detected by immunohistchemistry and in situ hybridization // Osteoarthr. Cartil. – 2005. - №13. – P.439 – 448.
- 135.Курылева К.В., Кратнов А.Е. Кислородозависимый метаболизм моноцитов и артроскопические данные у больных деформирующим остеоартрозом коленного сустава //Мед. иммунология – 2000. - №2. – С. 36 – 45.
- 136.Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению //Рус. мед. журнал – 2001. - №9. – С. 56-60.
- 137.Корочина И.Э., Багирова Г.Г. Метаболический синдром и ревматические болезни //Терапевтич. архив – 2006. - №6. – С. 39 – 47.
- 138.Лебедева Н.В., Кропивко С.Г., Яковлева Т.В. Определение ведущих производственных и непроизводственных факторов как основа планирования первоочередных мероприятий по снижению заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности // Гигиена труда и профзаболевания. - 1990. - №2. - С. 15-17.
- 139.Цигельник М.И., Павлов А.Ф., Трубицин А.А. Профессиональная заболеваемость и травматизм в угольной промышленности Кузбасса // Медицина труда и пром. экология. - 2002. - №10. - С. 9-13.

140. Ходырев В.Н. Эпидемиологическое исследование остеоартроза среди рабочих занятых тяжелым физическим трудом: автореф.... канд. мед. наук. - М.; 1990. - 21 с.
141. Charlot J., Dreiser R. et al. Osteoartic //Rev. Rheum. Mal. - 1992. - Vol. 59. - P.7-8.
142. Насонова В.А., Астапенко М.Г. "Клиническая ревматология // Руководство. М.: Медицина, 1989. – 386 с.
143. Вернон-Робиртс Б. Клиническая ревматология // М.: Медицина., 1990. – 435 с.
144. Никонова Е.Н. Современные особенности реактивных артритов и факторы их неблагоприятного течения: автореф.... канд.мед.наук. - Оренбург, 1998. - 16 с.
145. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней // М.: Медицина., 1988. – С.133 – 155. .
146. Veasy L.H., Tani L.Y., Hill H/R/ Persistence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States // J. Pediatr/ - 1994/ - №124. – P. 9 – 16.
147. Павленко М.Е., Высочин В.И., Панькова А.А. Профессиональная патология у шахтопроходчиков горнорудных предприятий //Сов. Меди-цина. – 1990. - №4. - С. 48-50.
148. Алтынбеков Б.Е., Булешов М.А. Методика качественной оценки и прогнозирования состояния здоровья рабочих в связи с воздействием факторов производственной среды //Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының хабаршысы. - 1998. - №1. - С. 58-59.
149. Любченко П.Н. Значение новых диагностических технологий для оценки прогноза профессиональных заболеваний //Медицина труда и пром. экология. - 2001. - №12. - С. 7-12.
150. Косенко Г.Г. Гигиено-физиологическая оценка условий труда рабочих углеобогатительных фабрик Центрального Казахстана. - Алма-Ата, 1990. - 96 с.
151. Ким Г.Л. Физиолого-гигиеническая оценка условий труда горнорабочих при струговой выемке угля. - Алма-Ата, 1992. - 102 с.
152. Лебедева Н.В., Кропивко С.Г., Яковлева Т.В. Определение ведущих производственных и непроизводственных факторов как основа планирования первоочередных мероприятий по снижению заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности // Гигиена труда и профзаболевания. - 1990. - №2. - С. 15-17.
153. Маколкин В.И., Меньшикова И.В. Остеоартроз коленного сустава: современный подход к проблеме лечения // Терапевт. Арх. –2005. - №5. –С. 83-86.
154. Цветкова Е.С. Современная терапия остеоартроза – патогенетическое обоснование //Терапевт. арх. – 2004. - №5.- С. 77-79
155. Абишева С.Т., Батпенов Н.Ж., Даньковская О.П.. Метаболические аспекты деформирующего остеоартроза // Медицина. – 2003. - № 5. – С.100-102.

156. Копыток А.В. Показатели первичной инвалидности населения трудоспособного возраста в Республике Беларусь в период 1991-2003 гг. // Сб. науч. статей. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - Минск, 2004. - Выпуск 6. - С. 60-64.
157. Стацевич Т.А., Смычек В.Б., Трахтенберг О.В. Первичная инвалидность населения пожилого возраста в Республике Беларусь в период 1999-2003 гг. // Сб. науч. статей. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - Минск, 2004. - Выпуск 6. - С. 99-101.
158. МСЭ при внутренних болезнях // Пособие для врачей под редакцией проф. Петрова М.Н., Шварцмана З.Д. Санкт-Петербург, 1995. - 155 с.
159. Яковлева Н.А., Аширова К.С., Жданов В.В. Особенности течения ревматоидного артрита у жителей Алматинской области // Медицина. - 2003. - №3. - С. 49-50.
160. Vakulenko O.Y., Goryachev D.V., Krichevskaya O.A., Erdes Sh.F. Evaluation of a decrease in work productivity in patients with rheumatoid arthritis // Rheumatology Science and Practice. - 2013. - Vol. 51(6). - P. 671-9.
161. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Муравьев Ю.В. и др. Первое российское стратегическое исследование фармакотерапии ревматоидного артрита (РЕМАРКА) // Научно-практ. ревм. - 2013. - №51(2). - С. 117.
162. Сакбаев О.С. К методике комплексного изучения причин инвалидности населения // Здоровоохранение Казахстана. - 1994. - №4. - С. 59-61.
163. Лаврова Д.И. Динамика инвалидности вследствие ревматоидного артрита // Актуальные вопросы врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации инвалидов. - М., 1982. - С. 139-142.

Формат 60x84 ¹/₁₆. Объем 10,2 печ. л.

Тираж 500. Заказ № 1385.

«Гласир» баспаханасында басылып шықты.

Қарағанды қ., Ермеков қ., 112/5, тел. 8 (7212) 43-38-57,

e-mail: glasirkg@mail.ru,

Астана қ., Әуезов қ., 46/1, офис 104, тел.: 8 (7172) 45-65-61,

e-mail: glasir.astana@mail.ru,

www.glasir.kz