

MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

IMSP Spitalul Clinic Republican

ARTITA REUMATOIDĂ

Protocol clinic instituțional

Chișinău, 2010

CUPRINS

Abrevierile folosite în document

PREFAȚĂ

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

- A.1. Diagnosticul: Artrita reumatoidă - Exemple de formulare a diagnosticului
- A.2. Codul bolii (CIM 10)
- A.3. Utilizatorii
- A.4. Scopurile protocolului
- A.5. Data elaborării protocolului
- A.6. Data reviziei următoare
- A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului
- A.8. Definițiile folosite în document
- A.9. Informația epidemiologică

B. PARTEA GENERALĂ

- B.2. Nivelul consultativ specializat (reumatolog)
- B.3. Nivelul de staționar

C. 1. ALGORITM DE CONDUIȚĂ

- C. 1.1 Algoritmul de conduită al AR

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

- C.2.1 Clasificarea AR
- C.2.2. Factorii de risc ai AR
- C.2.3. Conduita pacientului cu AR
 - C.2.3.1. Anamnestical
 - C.2.3.2. Examenul fizic
 - C.2.3.3. Investigații paraclinice
- C.2.4. Diagnosticul
 - C.2.4.1. Diagnosticul pozitiv
 - C.2.4.2. Diagnosticul diferențial
- C.2.5. Criteriile de spitalizare a pacienților cu AR
- C.2.6. Tratamentul
- C.2.7. Evoluția AR
- C.2.8. Supravegherea pacienților cu AR

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

- D.2. Policlinica consultativă
- D.3. Secțiile de profil/terapeutic ale SCR
- D.4. Secția reumatologie a SCR

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

ANEXE

- Anexa 1.** Indicile articular 28
- Anexa 2.** Indicile Ritchie
- Anexa 3.** Indicile DAS28
- Anexa 4.** Scala Vizuală Analogă
- Anexa 5.** Criterii de eficacitate a tratamentului
- Anexa 6.** Criterii de remisiune
- Anexa 7.** Indicile funcțional Lee
- Anexa 8.** Chestionarul calității vieții HAQ

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ACR	Colegiul Reumatologilor Americani
Ac- CCP	anticorpi antipeptid ciclic citrulinat
AINS	antiinflamatoarele nesteroidiene
AMP	asistența medicală primară
ALT	alaninaminotransferaza
AR	artrita reumatoidă
AST	aspartataminotransferaza
DAS	scor ai activității bolii
DMARD	medicamente modifikatoare de boală
DXA	absorbțiomtria duală cu raze X
ECG	electrocardiografia
EULAR	Liga Europeană de Combatere a Reumatismului
GCS	glucocorticosterizii
HAQ	Chestionarul calității vieții
IFA	insuficiența funcțională articulară
IFP	interfalangiene proximale
MCF	metacarpofalangiene
MTX	metotrexat
NAD	Numărul articulațiilor dureroase
NAT	Numărul articulațiilor tumefiate
PCR	proteina C reactivă
RC	radiocarpene
SMARD	medicamente modifikatoare de simptome
SVA	scala vizuală analogă
SSZ	sulfasalazina
VSH	viteza de sedimentare a hematiilor

PREFATĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Universității de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, constituit din specialiștii Catedrei Medicină Internă N1 FR și SC în colaborare cu Programul Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare, finanțat de Guvernul SUA prin Corporația „Millenium Challenge Corporation” și administrat de Agenția Statelor Unite ale Americii pentru Dezvoltarea Internațională.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind AR și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

PARTEA INTRODUCATIVĂ

A. 1. Diagnoza: Artrita reumatoidă

Exemple de formulare a diagnosticului:

1. Artrita reumatoidă, poliartrită, seropozitivă, evoluție rapid-progresivă cu afectări extraarticulare: a vaselor (arterită digitală), noduli reumatoizi, pulmonilor (pneumofibroză bazală), afectări oculare (irită) gradul de activitate III, stadiul radiologic IV, IFA III
2. Artrita reumatoidă, poliartrită, seropozitivă, evoluție persistentă, cu afectări extra-articulare: a cordului (pericardită exudativă), noduli reumatoizi multipli, gradul de activitate III, stadiul radiologic III, IFA III.
3. Artrita reumatoidă, poliartrită, seronegativă, evoluție lent-progresivă, gradul de activitate II, stadiul radiologic II, IFA II

A.2. Codul bolii:

- M05 Artrita reumatoidă seropozitivă
- M05.1 Sindromul Felty
- M05.1+ Boala pulmonară reumatoidă
- M05.2 Vascularita reumatoidă

- M05.3+ Artrita reumatoidă cu atingerea altor organe sau aparate
- M05.8 Alte artrite reumatoide seropozitive
- M05.9 Artrite reumatoide seropozitive, fără precizare
- M06 Alte artrite reumatoide
- M06.0 Artrita reumatoidă seronegativă
- M06.1 Boala Still la adult
- M06.2 Bursita reumatoidă
- M06.3 Nodul reumatoid
- M06.4 Poliartropatie inflamatorie
- M06.8 Alte artropatii reumatoide precizate
- M06.9 Artrita reumatoidă fără precizare

A.3. Utilizatorii:

- medici reumatologi policlinica consultativă;
- secțiile de terapie ale SCR;
- secția reumatologie a SCR;

Nota: la necesitate acest protocol poate fi utilizat și de alți specialiști medicali

A.4. Scopurile protocolului

1. Majorarea numărului de pacienți primar-depistați cu diagnosticul cert de AR.
2. Majorarea numărului de pacienți cărora li s-a stabilit diagnosticul cert sau probabil de AR în termeni precoce până la 6 luni de la debutul AR
3. Majorarea numărului de pacienți cărora li s-a determinat dezvoltarea certă a manifestărilor extra-articulare și complicațiilor sistemice ale AR
4. Sporirea calității examinării clinice (sindromului articular, activității bolii, statusului funcțional, calității vieții) și paraclinice a pacientului cu AR la debut și în stadiul manifest
5. Sporirea numărului de pacienți cu AR care administrează terapie non-biologică sau biologică DMARD
6. Însușirea metodelor de apreciere a eficacității și siguranței tratamentului administrat
7. Sporirea numărului de pacienți cu AR cu evoluție lent-progresivă sau remisiune clinică
8. Micșorarea numărului pacienților cu handicap motor avansat și menținerea cât mai îndelungată ai acestora în câmpul muncii.

A.5. Data elaborării protocolului: martie 2010

A.6. Data următoarei revizuirii: martie 2012

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ca au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Dr. Liliana Groppa, profesor universitar, dr.habilitat în medicină	Șef catedră Medicină Internă N1 FRși SC Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Președintele Societății Medicilor Interniști a RM
Dr. Laura Vremiș, dr.medicină	Asistent universitar, catedra Medicină Internă N1 FR și SC USMF „Nicolae Testemițanu”,
Dr. Svetlana Aghachi, dr.medicină	Conferențiar universitar, catedra Medicină Internă N1 FRși SC USMF „Nicolae Testemițanu”,
Dr. Elena Dseatnicova, dr.medicină	Conferențiar universitar, catedra Medicină Internă N1 FRși SC USMF „Nicolae Testemițanu”,
Dr. Larisa Rotaru, dr.medicină	Asistent universitar, catedra Medicină Internă N1 FRși SC USMF „Nicolae Testemițanu”,
Dr. Eugen Russu	Asistent universitar, catedra Medicină Internă N1 FRși SC USMF „Nicolae Testemițanu”,
Dr. Elena Maximenco, MPH	Expert local în sănătate publică, Programul preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare
Budu Zinaida	Pacient

Protocolul a fost discutat și aprobat de:

Denumirea	Numele și semnătura
Consiliul medical al IMSP Spitalul Clinic Republican	

A.8. Definițiile folosite în document:

Artrita reumatoidă se definește drept o patologie inflamatorie autoimună, de etiologie

necunoscută, cu evoluție cronică și progresivă, caracterizată prin artrită erozivă simetrică și manifestări polisistemice. Odată instalată, aceasta maladie determină dezvoltarea destrucțiilor articulare care ulterior sunt urmate de producerea unui deficit funcțional, fapt ce reduce considerabil calitatea vieții pacienților[1,6]. Deopotrivă cu sindromul articular, evoluția AR se complică frecvent prin asocierea manifestărilor sistemice care, în funcție de severitatea lor, pot influența semnificativ speranța de viață a pacienților[4,12].

A.9. Informația epidemiologică

Conform datelor OMS, prevalența AR în populația generală reprezintă 0,6-1,3%, iar incidența anuală fiind de 0,02%. Artrita reumatoidă este considerată cel mai frecvent reumatism inflamator, constituind o pondere de 10% în structura patologiei reumatice. AR este o patologie care manifestă o predilecție sporită pentru sexul feminin, raportul femeii: bărbați este de 2,2-2,5:1, iar pentru vârsta medie (de la 35 la 55 ani) ajunge la 5:1[15]. Debutul bolii se poate produce la orice vârstă, fiind mai frecvent la vârste tinere, de obicei în decadele III – VI [1,2,11,12].

Severitatea artritei reumatoide este determinată de faptul că mai mult de 50% dintre pacienți sunt nevoiți să-și întrerupă prematur activitatea profesională în primii 5 ani de boală, iar până la 10% dintre pacienți dezvoltă un handicap motor sever în primii 2 ani de boală.

În ultimii ani a fost înregistrat un progres substanțial în elucidarea patogeniei AR. Cu toate acestea problema factorilor etiologici, a diagnosticului precoce și a celui diferențiat, a criteriilor de prognostic și de evoluție, a alegerii unei scheme adecvate de tratament etiopatogenic își păstrează actualitatea și reprezintă o adevărată provocare pentru medicii practicieni[17].

Costurile socio-economice pe care le determină artrita reumatoidă sunt foarte ridicate, fapt demonstrat pe studii de economie sanitară. Astfel, cheltuielile generate de complicațiile bolii, spitalizările repetate, cheltuielile pentru lipsa de la serviciu pe motiv de boală depășesc substanțial costurile determinate de tratamentul intensiv și adecvat în scopul stopării progresiei bolii[11,16].

B. PARTEA GENERALĂ

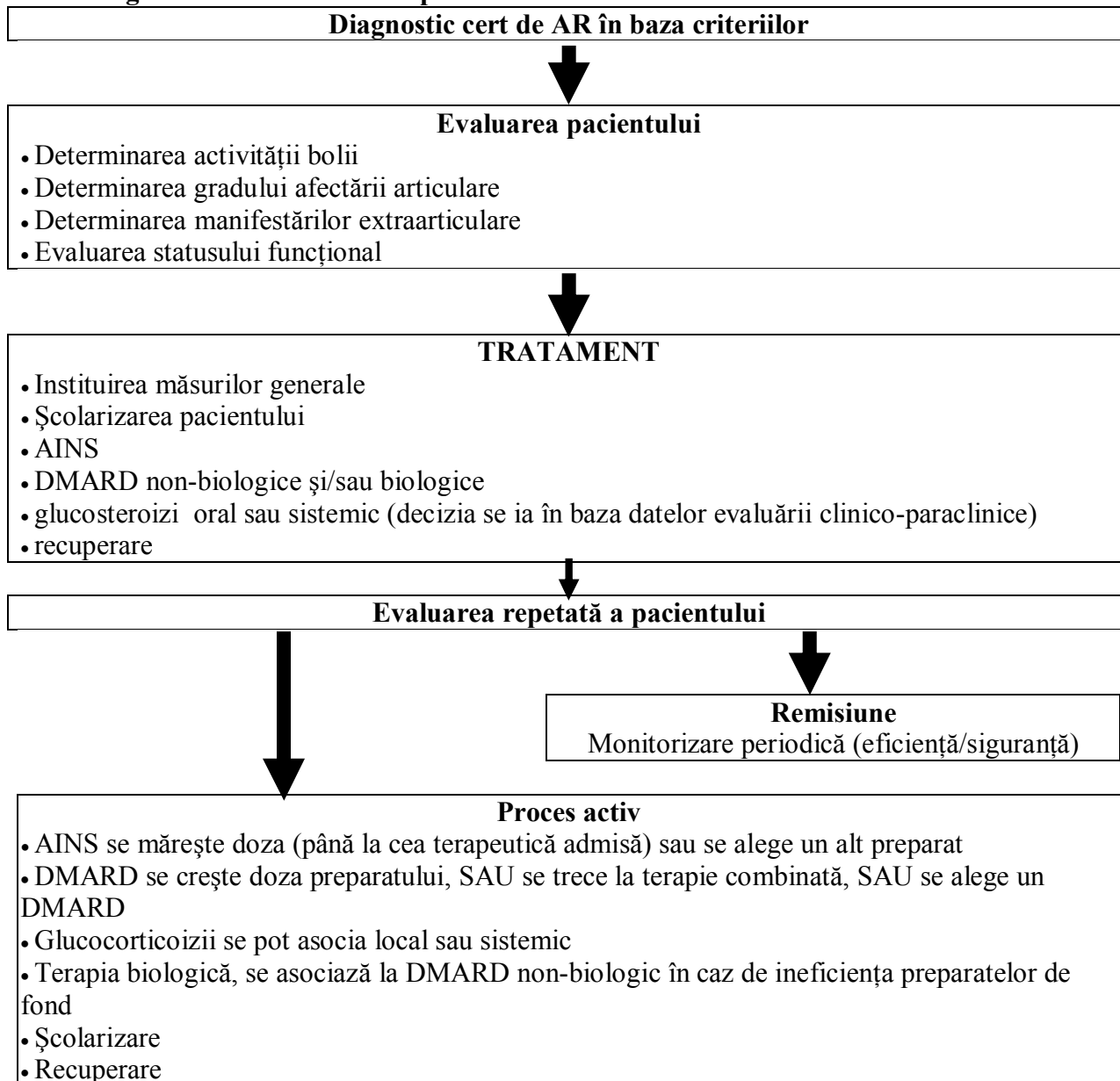
B.2. Nivelul consultativ specializat (reumatolog)		
Descriere	Motivele	Pași
1. Diagnostic		
1.1. Confirmarea diagnosticului de AR	Diagnosticul cert și în special în stadiile precoce ale AR urmat de administrarea unui tratament agresiv cu preparate DMARD va minimaliza dezvoltarea destrucțiilor articulare și va preveni instalarea handicapului articular și complicațiilor sistemice redutabile [11].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneză (caseta 4) • Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (caseta 5,6,7; anexa 1,2,7,8); • Investigații paraclinice și imagistice pentru determinarea activității bolii, supravegherea evoluției bolii și progresării radiologice articulare precum și evidența eventualelor atingeri sistemice (caseta 8); • Aprecierea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: cardiolog, hematolog, nefrolog, oftalmolog, gastro-enterolog, ortoped,
1.2. Decizii tacticii de tratament: staț. vs ambulator		Aprecierea criteriilor de spitalizare (caseta 11)
2. Tratament		
2.1. Tratament medicamentos și de reabilitare în condiții de ambulatoriu.	Tratament cu prep. SMARD vor determina scăderea activității procesului inflamator în termeni rapizi și vor ameliora funcția articulară, fără a influența evoluția și prognosticul.	Obligatoriu (caseta 13): <ul style="list-style-type: none"> • AINS - la adresare primară și diagnostic confirmat; • Glucocorticosteroizi – administrare sistemică în doze mici sau administrare intraarticulară necesară în caz de activitate sporită a procesului

	Tratamentul cu DMARD trebuie încurajat în termeni cât mai precoce de boală. Va determina încetinirea progresiei bolii, va menține funcția articulară pe termen lung, va preveni dezvoltarea atingerilor sistemice, va ameliora calitatea vieții pacienților cu AR [11,12,16,17].	inflamator reumatoid, în calitate de „bridge”-terapie până la instalarea eficienței terapiei de fond sau în caz de manifestări sistemice <ul style="list-style-type: none"> • Preparate de fond (DMARD); • Tratament nonfarmacologic: reabilitare.
3. Supraveghere		
3.1. Supraveghere	Aprecierea eficacității tratamentului administrat. În caz de ineficacitate a mono-terapiei cu DMARD → combi-nare de DMARD sau → luarea deciziei pentru tratament biologic. Aprecierea funcției articulare și progresiei bolii. Depistare precoce a atingerilor viscerale. Evaluarea siguranței tratamentului și prevenirea reacțiilor adverse	<ul style="list-style-type: none"> • Controlul eficacității tratamentului de fond (DMARD) (anexele 5,6). • Controlul posibilelor reacții adverse din partea tratamentului de fond (DMARD) și tratamentului simptomatic (SMARD) (casetele 16,17) • Consultul unei unități de reumatologie specializate de nivel municipal sau republican în caz de evoluție atipică a bolii, prezența complicațiilor severe redutabile, eșecul terapiei cu DMARD și necesitatea tratamentului biologic
B.3. Nivelul de staționar (secțiile de reumatologie și profil terapeutic)		
Descriere	Motivele	Pași
1. Spitalizare		
1. Spitalizare	Stabilirea diagnosticului cert, în special la debut, în caz de artrită nediferențiată sau evoluție atipică. Pacienți cu evoluție rapid-progresivă fără răspuns adecvat la tratamentul administrat. Activitate mare și foarte mare, stare generală alterată, sinovite necontrolate medicamentos și status funcțional alterat. Complicații sistemice grave. Evaluarea strategiilor noi de tratament. Necesitatea unor intervenții chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> • Spitalizarea în secțiile reumatologie a spitalelor republicane. • Criterii de spitalizare (casetă 13)
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de AR și evaluarea eventualelor manifestări extraarticulare	Diagnostic cert și în special precoce al AR urmat de administrarea unui tratament agresiv cu preparate DMARD și/sau biologice va induce remisiune clinică, va minimaliza dezvoltarea distrucțiilor articulare și complicațiilor sistemice și astfel va reduce numărul de persoane cu handicap funcțional.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneză (casetă 4) • Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (casete 5,6,7; anexa 1,2,7,8); • Investigații paraclinice și imagistice pentru determinarea, activității bolii, supravegherea evoluției bolii și evoluției radiologice articulare precum și evidențierea eventualelor atingeri sistemice (casetă 8); • Aprecierea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: cardiolog, hematolog, nefrolog, oftalmolog, gastro-enterolog, traumatolog.
3. Tratament		
3.1. Tratamentul medicamentos și nemedicamentos în	Tratament cu preparate SMARD vor determina scăderea activității bolii în termeni rapizi și vor	Obligatoriu (casetă 13): <ul style="list-style-type: none"> • AINS • Glucocorticosteroizi – administrarea sistemică,

condiții de staționar.	ameliora funcția articulară, fără a influența evoluția și prognosticul. Tratamentul agresiv cu GCS în puls-terapie are drept scop rezolvarea complicațiilor sistemice severe Tratamentul cu DMARD și/ sau cu agenți biologici trebuie încurajat în termeni cât mai precoce de boală care va determina încetinirea progre-siei bolii, va menține funcția articulară pe termen lung, va preveni dezvoltarea atingerilor sistemice, va ameliora calitatea vieții pacienților cu AR.	administrarea intraarticulară sau puls-terapie <ul style="list-style-type: none"> • Preparate de fond (DMARD); • Tratamentul cu agenți biologici • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare.
3. Externarea		
3.1. Externarea cu recomandările către nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supraveghere		Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul definitiv desfășurat (caseta 9); • Rezultatele investigațiilor și consultațiilor efectuate; • Recomandările pentru pacient; • Recomandările pentru medicul de familie

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul de conduită al pacientului cu AR



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea AR

Caseta 1. Clasificarea AR

Criterii de clasificare

1. După caracterul evoluției bolii	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Evoluție intermitentă</i>: pusee inflamatorii articulare întrerupte de perioade de remisiune (completă sau parțială) • <i>Evoluție persistentă</i>: pusee de acutizare ce survin pe fondul unei evoluții practic continue, care conduce în timp la distrucții articulare și deficit funcțional • <i>Evoluție rapid-progresivă</i>: evoluția bolii extrem de severă și continuă, fără perioade de remisiune, care prezintă un răspuns nesatisfăcător la tratament [1, 12]
2. În funcție de detectare FR în serul pacienților	<ul style="list-style-type: none"> • Seropozitivă • Seronegativă
3. Clasificarea clinico - funcțională	<ul style="list-style-type: none"> • Clasa I: activitate fizică normală • Clasa II: activitățile zilnice pot fi efectuate, dar cu durere și cu reducerea mobilității articulare

	<ul style="list-style-type: none"> • Clasa III: capacitate de auto îngrijire deficitară • Clasa IV: imobilizare la pat sau în scaun cu roțile, incapacitate de autoîngrijire [14]
4. Stadializarea radiologică al afectării structurale a articulațiilor, (Steinbrocker O.)	<p>Stadiul I (precoce)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nici un semn radiologic de distrugere 2. Aspectul de osteoporoză poate fi prezent <p>Stadiul II (moderat)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osteoporoză cu sau fără leziuni ușoare cartilajinoase sau osoase 2. Absența deformațiilor (limitarea mobilității poate fi prezentă) 3. Atrofie musculară de vecinătate 4. Leziuni periarticulare, prezența posibilă a nodulilor sau a tenosinovitei <p>Stadiul III (sever):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Destrucții cartilajinoase sau osoase 2. Deformări axiale, fără anchiloză fibroasă sau osoasă 3. Atrofie musculară extinsă 4. Leziuni periarticulare, prezența posibilă a nodulilor sau a tenosinovitei <p>Stadiul IV (terminal)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anchiloză fibroasă sau osoasă 2. Criteriile stadiului III [14]

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 2. Factorii de risc

- Susceptibilitate genetică – prezența AR sau altor boli de sistem la rudele gr. I și II
- Sexul feminin
- Fumatul
- Infecții intercurrente, focare de infecții cronice (posibil)
- Stresul psihic cronic
- Stresul fizic intens îndelungat
- Perturbările hormonale (nașteri, avorturi, menopauza)

C.2.3. Conduita pacientului cu AR

Caseta 3. Pașii obligatorii în conduita pacienților cu AR

- Stabilirea diagnosticului precoce și cert de AR
- Investigarea obligatorie clinică și paraclinică pentru determinarea activității bolii, evoluției sindromului articular, statusului funcțional și evidențierea manifestărilor sistemice ale AR
- Alcătuirea unei scheme individuale de tratament și management de conduită a pacientului
- Monitorizarea evoluției clinice, eficacității tratamentului, siguranței tratamentului și aprecierea criteriilor de remisiune

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 4. Recomandări în colectarea datelor anamnestice

- Debutul bolii (acut, subacut, insidios)
- Vârsta de debut
- Factorii declanșatori (IRVA, stres fizic intens, stres psihic acut sau cronic, traumatism articular, menopauză, nașteri, avorturi)
- Anamneza eredo-colaterală
- Manifestări generale (febră, astenie, pierdere ponderală)
- Afectarea articulară (sindrom articular de tip inflamator, cu tumefierea ariilor articulare, afectare simetrică și evoluție articulară progresivă spre eroziuni, deformări, anchiloze)
- Redoarea matinală (valoare diagnostică o are redoarea matinală cu durata cel puțin 60 de minute)

C.2.3.2. Examenul fizic

Caseta 5. Examenul fizic al pacientului cu AR[12,14]

1. Aprecierea semnelor de afectare articulară activă

- NAD– indicile articular 28 (Anexa1)
- NAT - indicile articular 28 (Anexa1)
- Indicile Ritchie (Anexa)
- Aprecierea cantitativă a durerii după SVA(Anexa)
- Redoarea matinală (durata)
- DAS28

2. Aprecierea statusului mecanic articular

- Mobilitatea articulară
- Stabilitatea articulară
- Deformarea articulară

3. Aprecierea statusului funcțional

- Indicile funcțional Lee (Anexa 7)
- Teste funcționale (forța de prehensiune)

4. Prezența manifestărilor extraarticulare

5. Prezența comorbidităților (în vederea prescrierii unui tratament de fond)

6. Evaluarea eficacității tratamentului

- Criterii de eficacitate ACR 20%, 50%, 70% (Anexa 5)
- Criterii de remisiune EULAR, ACR (Anexa 6)

7. Aprecierea calității vieții

- Indicile HAQ (Anexa 8)

Caseta 6. Topografia afectării articulare

Articulațiile afectate	Caracteristicile afectării articulare[1,4,6,11]
Articulațiile palmare	<ul style="list-style-type: none"> • Cel mai frecvent sunt afectate: MCF, IFP (91%), RCC (78%) • Tumeția IFP duc la apariția „degetelor fuziforme”. • Se dezvoltă devierea ulnară a mâinii • Tenosinovita flexorilor degetelor determină modificări „în gât de lebădă” și „în butonieră” • Deseori se asociază „sindromul de canal carpian” • Distrucțiile cartilajinoase și osoase severe conduc la deformări grave și rezorbții osoase
Coloana cervicală	• este singura regiune interesată al coloanei vertebrale
Articulația temporo-mandibulară:	• este frecvent afectată (apar dureri la masticăție, dificultate la închiderea gurii, crepitații)
Articulațiile plantare	<ul style="list-style-type: none"> • sunt afectate la peste 1/3 din pacienții • cel mai fecvent implicate sunt articulațiile meta-tarsofalangiene (MTF) • se dezvoltă deviația laterală a degetelor și fixarea în flexie a artic. IFP, • repartiția patologică a sarcinilor pe suprafața tălpii duce la formarea durioamelor
Genunchi	<ul style="list-style-type: none"> • sunt frecvent afectați • în stadiile inițiale se dezvoltă tumeția și șocul rotulian (din cauza sinovitei) • ulterior se pot dezvolta limitarea extensiei și fixarea în flexie
Articulația coxo-femurală	<ul style="list-style-type: none"> • în stadiul manifest poate apărea coxita reumatoidă, se poate asocia protruzia capului femural • se poate dezvolta necroza aseptică de cap femural în special în formele seronegative

Nota: AR poate afecta toate ariile articulare, în special articulațiile diartroidale, cu unele particularități. Cunoașterea acestor particularități are importanță majoră în stabilirea diagnosticului de AR

Caseta 7. Afectările extra-articulare [1,4,8,9,11]	
Nodulii reumatoizi	<ul style="list-style-type: none"> • apar la 20-35% dintre pacienții cu AR • cel mai des se localizează pe suprafețele de presiune, burse, tendoane • sunt situați subcutan, mobili sau aderenți • consistența și dimensiunile sunt variabile • aproape întotdeauna asociază FR în ser
Vasculită	<ul style="list-style-type: none"> • histologic se prezintă drept o panarterită • Arterită distală cu erozii, ulcerații punctiforme sau chiar gangrene; • Ulcerații cutanate • Purpură palpabilă • Neuropatie periferică
Afectarea pulmonară	<ul style="list-style-type: none"> • Pleurezie exudativă moderată FR prezent în lichidul pleural • Fibroza interstițială difuză apare în stadiile avansate de boală • Noduli pulmonari unici sau multipli • Arterită vaselor pulmonare cu dezvoltarea hipertensiunii pulmonare; • Sindromul Caplan reprezintă asocierea dintre AR și pneumoconioză • Pacienții cu AR frecvent asociază infecții al căilor respiratorii superioare și inferioare
Afectarea cardiacă	<ul style="list-style-type: none"> • Pericardita mai frecvent exudativă – 50% • Miocardita poate fi granulomatoasă sau interstițială. • Nodulii reumatoizi la nivel miocardic pot genera tulburări de ritm sau conducere; • Endocardita - consecința localizării nodulilor reumatoizi la nivelul valvelor • Procesul de ateroscleroză are o evoluție severă și accelerată • Vasculita coronariană poate genera clinica de angor pectoral sau chiar infarct miocardic.
Afectarea renală	<ul style="list-style-type: none"> • poate fi determinată de vasculita renală • nodulii reumatoizi pot fi decelați la nivelul parenchimului renal • nefropatie secundară tratamentului (AINS, săruri de Au, D-penicillamina, ciclosporină). • amiloidoză secundară – o complicație redutabilă
Afectarea neurologică	<ul style="list-style-type: none"> • vasculita de <i>vasa nervorum</i> - polinevrite senzitive, motorii exprimate prin parestezii, paralizii, areflexie, amiotrofie • procese compresive - sindromul de canal carpian
Afectarea oculară	<ul style="list-style-type: none"> • episclerită • sclerită • scleromalacia perforans (ca urmare a localizării nodului reumatoid sub scleră) • kerato-conjunctivita sicca • irită sau iridociclită (mai rar)
Afectarea digestivă	<ul style="list-style-type: none"> • cel mai frecvent rezultatul medicației cu AINS, glucocorticosteroizi și citostatice • afectare hepatică cu transaminaze crescute, prin tratament cu MTX, leflunomidul, ciclosporină • vasculita mezenterică (rar)
Sindromul Felty (asocierea obligatorie dintre):	<ul style="list-style-type: none"> • AR • splenomegalie • neutropenie (+/- anemie, trombopenie, hepatomegalie, adenopatie)

Nota: Evidențierea afectărilor sau complicațiilor sistemice este de importanță majoră, deoarece anume acestea influențează speranța la viață a pacienților cu AR și determină mortalitatea

C.2.3.3. Investigații paraclinice

Caseta 8. Investigații paraclinice[1,12]

Investigațiile necesare	Rezultatele posibile în AR
Hemoleucograma:	<ul style="list-style-type: none"> • anemie • leucopenia poate apărea în sindromul Felty sau drept consecința tratamentului imunosupresor • trombocitoza poate fi în formele foarte active de boală • eozinofilie • VSH
Testarea biochimică sânge	<ul style="list-style-type: none"> • PCR • Fibrinogen • Gama-globulinele • ALT, AST, Bilirubina și fracțiile ei • Ureea, creatinina • Proteina totală • Colesterolul total, LDL-Co, HDL-Co, TG • Calciu seric, Ferul seric
Modificări imunologice:	<ul style="list-style-type: none"> • FR este pozitiv la 65-80%, evidențiat prin latex-test și/sau reacția Waaler-Rose • Ac-CCP – cu cea mai mare specificitate în AR (aproximativ 95%) • Ac antinucleari prezenți în 10-15%
Examenul lichidului sinovial:	<ul style="list-style-type: none"> • Exudat sero-citrin sau ușor opalescent • concentrația de proteine până la 6 g/ mm³ • celularitate bogată cu predominarea PMN • Ragocite - PMN care au fagocitat complexe imune (formate din FR, complement, IgG) • FR este întotdeauna prezent • concentrația complementului este scăzută
Biopsia sinovială	<ul style="list-style-type: none"> • necesară în cazul formelor mono- sau oligoarticulare
Examenul radiologic articular	<ul style="list-style-type: none"> • <i>osteoporoză</i> juxta-articulară, epifizară și ulterior difuză • <i>îngustarea spațiilor</i> este consecința distrugerii cartilajului articular • <i>eroziunile marginale, geodele și microgeodele</i> se evidențiază la interfața os-cartilaj • <i>deformările articulare</i> • <i>anchilozele</i>
Ecografia articulară	<ul style="list-style-type: none"> • acumularea de lichid sinovial • prezența panusului reumatoid la nivelul articulațiilor mici • sinovită și teno-sinovită • prezența chistelor și eroziunilor sinoviale în termeni mai precoce decât examenul radiologic
RMN articular	<ul style="list-style-type: none"> • vizualizarea directă a cartilajului articular • depistarea precoce a sinovitei și panusului • eroziuni marginale și chisturile subcondrale • evidențierea exudatului sinovial • evidențiază modificările ce apar la nivelul coloanei cervicale

<p>Examenare clinică complexă</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECG • Echo- cord • Ecografia abdomen și rinichi • FEGDS • Radiografia pulmonară • Spirometria • CT pulmonar • Densitometria DXA/ecografică • Examenul fundului de ochi 	<p>Evidențierea atingerilor extra-articulare, comorbidităților sau complicațiilor sistemice</p>
---	---

C.2.4. Diagnosticul

C.2.4.1. Diagnosticul cert

<p>Caseta 9. Criteriile de diagnostic elaborate de American Rheumatism Association (ARA) 1987 (varianta revizuită)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redoare matinală - articulară sau periarticulară cu durata de minim 1 oră 2. Artrită a 3 sau mai multe arii articulare, cu tumefiere pe seama țesuturilor moi, detectată prin observație de medic 3. Artrita articulațiilor mâinii: <ul style="list-style-type: none"> • Artrita ce ar include articulațiile interfalangiene proximale (IFP), metacarpofalangiene(MCF) sau radiocarpene (RC) 4. Artrita simetrică: <ul style="list-style-type: none"> • Includerea simultană a ariilor articulare similare bilateral 5. Nodulii reumatoizi: <ul style="list-style-type: none"> • Noduli subcutanați localizați în regiunea proeminențelor osoase pe suprafața extensorie sau în apropierea articulațiilor 6. Factorul reumatoid în serul sanguin 7. Modificări radiologice: <ul style="list-style-type: none"> • Osteoporoză juxtaarticulară și /sau eroziuni la nivelul articulațiilor afectate

Nota: Diagnosticul de AR este considerat veritabil la prezența a cel puțin 4 dintre cele 7 criterii sus-numite. Criteriile 1-4 trebuie să persiste cel puțin 6 săptămâni.

C.2.4.2. Diagnostic diferențial

<p>Caseta 10. Diagnosticul diferențial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lupus eritematos de sistem • Febra reumatismală acută • Spondilartropatiile seronegative • Artroza • Guta • Artrita psoriazică • Sindrom articular reumatoid (din cadrul altor patologii sistemice, infecțioase, metabolice, oncologice ș.a complexe pentru elucidarea diagnosticului)
--

C.2.5. Criteriile de spitalizare

<p>Caseta 11. Criteriile de spitalizare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debut acut, cu sindrom articular sever și alterarea stării generale, cu scopul precizării diagnosticului și aprecierea schemei de tratament • Gradul de activitate înalt a procesului inflamator reumatoid, cu sindrom articular sever care nu răspunde la proceduri terapeutice administrate ambulatoriu • Formele refractare de AR, cu compromiterea statusului funcțional în vederea reconsiderării schemei terapeutice • Prezența complicațiilor sistemice redutabile (pericardită exudativă masivă, amiloidoză, sindromul Felty) în vederea diagnosticului și tratamentului adecvat
--

- În caz de necesitatea unor metode specifice de tratament: puls-terapie
- În caz de necesitatea aplicării unor metode de evaluare sau diagnostice specifice (ex. biopsie sinovială, artroscopie)

C.2.6. Tratament

Nota: odată fiind diagnosticat pacientul pentru AR, tratamentul recomandat trebuie instituit în termeni cât mai precoce și cu determinări cât mai agresive pentru a reuși de a preîntâmpina sau cel puțin stopa evoluția distructivă articulară.

Caseta 12. Obiectivele tratamentului

- Controlul activității bolii
- Reducerea durerii și simptomelor inflamației sinoviale
- Menținerea capacității funcționale
- Ameliorarea calității vieții
- Încetinirea progresiei leziunilor articulare

Caseta 13. Metodele de tratament recomandate[2,12,17]

Medicația aplicată	Obiectivele
1. Măsurile generale <ul style="list-style-type: none"> • Încurajarea unui mod sănătos de viață • Abandonarea fumatului • Abandonarea consumului sporit de alcool • Reeducarea funcțională • Menținerea unui tonus muscular • Kinetoterapia • Ergoterapia • Masaj • Balneoterapie (în afara perioadei de acutizare) • Purtarea ortezelor (statice și dinamice) • Folosirea metodelor sigure de contracepție (în perioada administrării tratamentului de fond) • Evitarea suprainfecțiilor (risc sporit din cauza tratamentului imunosupresor) 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite recuperarea pacienților cu handicap motor instalat • Ajută la prevenirea deformărilor articulare • Limitează instalarea deformărilor • Menține mobilitatea articulară • Asigură echilibrul psihologic al pacientului • Ameliorează adaptarea funcțională la handicapul funcțional
2. SMARD: 2.1. AINS <ul style="list-style-type: none"> • Diclofenac • Ibuprofen • Piroxicam • Nimesulid • Meloxicam • Aceclofenac • Celecoxib 	<ul style="list-style-type: none"> • reduc durerea și inflamația, • nu modifică progresia eroziunilor articulare • nu influențează apariția manifestărilor extra-articulare • au efectul pur simptomatic și se manifestă numai pe durata tratamentului
2.2. Corticoterapia <ul style="list-style-type: none"> • Prednison • Metilprednisolon • Dexametazon • Betametazona 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Locală</i> - este foarte eficientă în ameliorarea simptomelor, dar utilizarea ei trebuie făcută judicios • <i>Sistemică</i> - are un efect simptomatic cu instalare rapidă • poate fi administrată pe termen scurt, în doze mari, în caz de toxicitate medicamentoasă • în caz de vasculită sau în alte tipuri de manifestări sistemice, se preferă administrarea în puls-terapie; • este indicată în pusee evolutive severe ale bolii sau în

	<p>formele cu manifestări clinice severe, febră, astenie fizică importantă;</p> <ul style="list-style-type: none"> • se poate indica ca monoterapie, dacă este cazul, în timpul sarcinii; • administrarea în doze mici și pe termen scurt, la inițierea terapiei remisive, până la instalarea efectului acesteia („bridge-therapy”);
<p>3. Medicatie DMARD non-biologică</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metotrexatul • Leflunomidul • Sulfasalazina • Antimalaricele de sinteză • Sărurile de aur • Azatioprina • D-penicilamina • Ciclosporina-A • Ciclofosfamidă 	<ul style="list-style-type: none"> • Au potențial de a influența pe termen lung evoluția bolii • Pot încetini progresia leziunilor osteoarticulare • Administrate în termeni adecvați pot preveni apariția leziunilor articulare • Împiedică pierderea funcțiilor articulare • Efectul se instalează lent, timp de 2-4 luni • Sunt potențial toxice de aceea necesită monitorizare riguroasă
<p>4. Medicatie DMARD biologică</p> <ul style="list-style-type: none"> • infliximab • etanercept** • adalimumab** • rituximab • tocilizumab • abatacept** • anakinra** 	<ul style="list-style-type: none"> • Posedă acțiune țintită asupra unui anumit component al sistemului imun • Au potențial remisiv sporit, demonstrat pe studii clinice • Prezintă alternativa de linia a doua în cazul lipsei efectului la tratamentul cu DMARD • Cel mai redutabil efect advers – complicații infecțioase primare sau exacerbară celor latente
<p>5. Tratament chirurgical</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinovectomie • Artroplastie • Subluxația atlanto-axială • Rupturi tendinoase • Sindrom de canal carpian • Ruptura chistului Baker 	<ul style="list-style-type: none"> • Este rezervat situațiilor refractare la tratamentul medicamentos, stadiilor tardive de boală sau unor complicații mecanice ale aparatului osteo-muscular

** - medicamentele marcate nu sunt la moment înregistrate în Republica Moldova

C.2.7. Evoluția AR

Caseta 14. Variante evolutive[1,12]

- Evoluție intermitentă (lent-progresivă)
- Evoluție persistentă
- Evoluție rapid-progresivă (malignă)
- Evoluție autolimitantă (excepțional)

C.2.8. Supravegherea pacienților cu AR

Caseta 15. Supravegherea clinică continuă a pacienților cu AR

1. Aprecierea semnelor de afectare articulară activă

- NAD
- NAT
- Indicile articular 28
- Indicile Ritchie
- Aprecierea globală a durerii după SVA
- Redoarea matinală (durată)
- Indicii de fază acută (VSH, PCR, fibrinogen)
- DAS28

- FR
- Ac-CCP
- 2. Aprecierea statusului mecanic articular**
- Mobilitatea articulară
- Stabilitatea articulară
- Deformarea articulară
- 3. Evaluarea progresiei bolii**
- Radiologie articulară
- Ecografie articulară
- Aprecierea statusului funcțional articular – indicile Lee
- Testele funcționale (forța de prehensiune)
- 4. Prezența manifestărilor extra-articulare**
- 5. Evaluarea eficacității tratamentului**
- Indicii ACR 20%, 50%, 70%
- Criterii de remisiune EULAR (Anexa)
- Criterii de remisiune ACR (Anexa)
- 6. Evaluarea siguranței tratamentului (Casetele 16, 17)**
- 7. Evaluarea calității vieții HAQ (Anexa)**

Caseta 16. Supravegherea tratamentului cu medicația DMARD non-biologică				
Medicamente	Contraindicații	Reacții adverse	Monitorizarea siguranței	
			Teste	Periodicitate
Methotrexat 7,5 – 20 mg în săptămână, per os	Afectare hepatică, insuficiență renală avansată, insuficiență medulară, sarcina, alăptarea	Pneumopatie interstițială, hepatită, ciroză hepatică, intoleranță digestivă, infecții recurente, citopenie	ALT/AST creatinina, HLG	1/lună la debutul tratamentului apoi fiecare 3 luni
Leflunomid doza de încărcare 100mg/zi – 3 zile, apoi 10-20 mg/zi, per os	Imunodeficiențe severe, insuficiență hepatică, renală sau medulară avansate, sarcină, alăptare	Intoleranță digestivă, hepatită toxică, HTA, alopecie	HLG, ALT, AST	La debut 1 la 15-30 zile timp de 6 luni apoi 1 la 1-2 luni
Sulfasalazina 2 – 3 g/zi, per os	Intoleranță la sulfasalazină, deficit de G6PD	Deregări dispeptice, hepatite, sd. Lyell, citopenie sanguină	HLG, AST, ALT	1/lună
Hidroxiclorochina 200-400 mg/zi, per os	retinopatie	Retinopatie, depozite corneene, disacomodare, reacții dispeptice, prurit, vertij	Examen oftalmologic complet	1/an
Săruri de aur 50 mg/săpt -i.m. 3-6 mg/zi – per os	LES, nefropatie, insuficiență cardiacă, insuficiență hepatocelulară, sarcină, alăptare	Erupții cutanate, prurit, aphte, nefropatie	HLG, creatinina, fosfataza alcalină, proteinuria	La debut 1/lună, apoi 1 la 2 luni
D-penicillamin 250-750 mg/zi	LES, miastenie, nefropatie, hemopatie, alergie, sarcina, alăptarea	Erupții cutanate, prurit, stomatite, maladii auto-imune induse, nefropatie	HLG, creatinina, proteinuria	1/lună
Ciclosporin 2,5-5 mg/kg/zi	sarcina, alăptarea, alergie	HTA, nefropatie, hiperuricemie, hepatite, hipertrihoză,	Creatinina, ALT, AST	1/lună

		parestezii, crampe musculare		
Azathioprin 50-150 mg/zi	sarcina	neutropenie	HLG	1/lună

Caseta 17. Supravegherea tratamentului cu medicația DMARD biologică				
Medicamente	Contraindicații	Efecte adverse	Monitorizare paraclinică	
			Teste	Periodicitate
Anti-TNF α (Infliximab, Adalimumab ^{**} , Etanercept ^{**})	Infecții recurente, tuberculoză, maladiile demielinizante, neoplasme, insuficiența cardiacă, sarcină, alăptare, imunizare cu vaccinuri vii	Complicații infecțioase, tuberculoza, inducerea maladiilor autoimune, neoplasmelor	Ac antinucleari Radiologia pulmonară Test Mantoux	În caz de semne clinice și paraclinice LES 1 la 3 luni 1 la 6 luni
Anti-IL 1-RA (Anakinra) ^{**}	Sarcină, alăptare, insuficiență renală severă, alergie la medicament	Riscul infecțiilor severe, exacerbaria artritei, neutropenie, iritarea la locul injecției	HLG	1/lună primele 6 luni, apoi 1 la 3 luni
Anti-CD20 (Rituximab)	Sarcină, alăptare	Reacții postinfuzionale (la prima infuzie): frisoane, hipotensiune, febră, citopenie sanguină	HLG	regulat

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.2. Policlinica consultativă	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic reumatolog certificat • asistente medicale • medic de laborator • laborant cu studii medii • medic imagist/radiolog • kinetoterapeut • fizioterapeut • acces la consultațiile medicilor calificați: hematolog, nefrolog, oftalmolog, endocrinolog, ortoped, psihoterapeut
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • ecocardiograf • oftalmoscop • cabinet de diagnostic funcțional • cabinet radiologic • laborator clinic standard pentru determinarea: (hemoleucogramei, VSH, sumarul urinei, creatininei și ureei serice, ALT, AST, bilirubina și fracțiile ei, FR, Ac-CCP, PCR, fibrinogenul).

	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINS • Glucocorticosteroizi • MTX, Leflunomid, SSZ, Plaquenil
<p>D.3. Secțiile de reumatologie/terapie SCR</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic-reumatolog certificat; • medic-funcționalist certificat; • medic de laborator • laborant cu studii medii • medic imagist/radiolog • kinetoterapeut • fizioterapeut • acces la consultațiile medicilor calificați: hematolog, nefrolog, oftalmolog, endocrinolog, ortoped, psihoterapeut
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • ecocardiograf; • oftalmoscop; • cabinet de diagnostic funcțional; • cabinet radiologic; • tomograf computerizat; • rezonanța magnetică nucleară; • laborator radioizotopic; • ultrasonograf articular; • laborator clinic standard pentru determinarea: (hemoleucogramei, VSH, sumarul urinei, creatininei și ureei serice, ALT, AST, bilirubina și fracțiile ei, FR, Ac-CCP, PCR, fibrinogenul, acizilor sialici, lichidului sinovial); • laborator imunologic; • laborator microbiologic; • osteodensitometrie DXA **/ecografie
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINS; • GCS; • MTX, LEF, SSZa, Plaqueni • Infliximab, Rituximab, Tocilizumab
<p>D.4. Secțiile de reumatologie ale spitalelor republicane</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic-reumatolog certificat; • medic-funcționalist certificat; • medic de laborator • laborant cu studii medii • medic imagist/radiolog • kinetoterapeut • fizioterapeut • acces la consultațiile medicilor calificați: hematolog, nefrolog, oftalmolog, endocrinolog, ortoped, psihoterapeut
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • ecocardiograf;

	<ul style="list-style-type: none"> • oftalmoscop; • cabinet de diagnostic funcțional; • cabinet radiologic; • tomograf computerizat; • rezonanța magnetică nucleară; • laborator radioizotopic; • ultrasonograf articular; • laborator clinic standard pentru determinarea: (hemoleucogramei, VSH, sumarul urinei, creatininei și ureei serice, ALT, AST, bilirubina și fracțiile ei, FR, Ac-CCP, PCR, fibrinogenul, acizilor sialici, lichidului sinovial); • laborator imunologic; • laborator microbiologic; • osteodensitometrie DXA ** /ecografie • secție de fizioterapie și reabilitare prin metode fizice.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINS; • GCSi; • MTX, LEF, SSZ, Plaquenil • Infliximab, Rituximab, Tocilizumab

** - metodă standard recomandată de OMS pentru diagnosticul osteoporozei, la moment nu este în republică

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

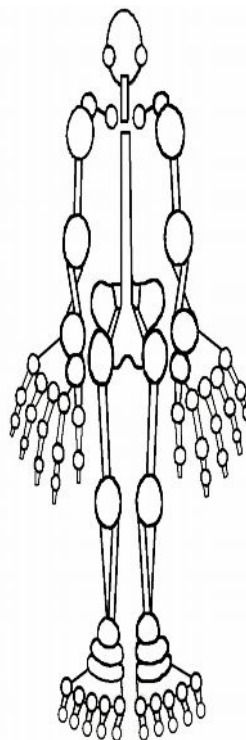
No	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Majorarea numărului de pacienți primar depistați cu diag-c cert de AR	Proporția pacienților cu d-c cert de AR, cărora li s-a stabilit primar diagnosticul	Numărul pacienților cu diagnosticul primar cert de AR , pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AR care se află la supravegherea medicului de familie
2.	Stabilirea unui d-c cert sau probabil de AR în termeni până la 6 luni de la debutul bolii	Proporția pacienților cu d-c AR, cărora li s-a stabilit diagnosticul de AR în primele 6 luni de la debutul bolii	Numărul pacienților cu d-cul de AR, cărora li s-a stabilit d-cul de AR în primele 6 luni de la debut pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AR care se află la supravegherea medicului de familie
3.	Majorarea numărului de pacienți cărora li s-a determinat prezența manifestărilor extra-articulare și complicațiilor sistemice ale AR	Proporția pacienților cu d-cul AR, cărora li s-a apreciat prezența manifestărilor extra-articulare și complicațiilor sistemice	Numărul pacienților cu diagnosticul de AR, cărora li s-a diagnosticat prezența manifestărilor extra-articulare și complicațiile sistemice pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AR care se află la supravegherea medicului de familie
4.	Sporirea numărului de pacienți cu AR care vor fi evaluați clinic și paraclinic conform recomandărilor PCN <i>Artrita Reumatoidă</i>	Proporția pacienților cu d-cul AR, care au fost evaluați clinic și paraclinic conform recomandărilor PCN <i>Artrita Reumatoidă</i>	Numărul pacienților cu d-cul AR, care au fost evaluați clinic și paraclinic conform recomandărilor PCN <i>Artrita reumatoidă</i> " pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AR care se află la supravegherea medicului de familie
5.	Sporirea numărului de pacienți cu d-cul de AR, care vor administra terapie DMARD non-biologică și/sau	Proporția pacienților cu d-cul de AR, care au administrat terapie DMARD non-biologică și/sau biologică conform	Numărul pacienților cu d-cul de AR, care au administrat terapie DMARD non-biologică și/sau biologică conform recomandărilor PCN	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AR care se află la supravegherea medicului de familie

	biologică conform recomandărilor PCN <i>Artrita Reumatoidă</i>	recomandărilor PCN <i>Artrita Reumatoidă</i>	<i>Artrita Reumatoidă</i> pe parcursul unui an x 100	
6.	Sporirea numărului de pacienți cu AR supravegheați conform recomandărilor PCN <i>Artrita Reumatoidă</i>	Proporția pacienților cu d-cul de AR, care au fost supravegheați conform recomandărilor PCN <i>Artrita Reumatoidă</i>	Numărul pacienților cu d-cul AR, care au fost supravegheați conform recomandărilor PCN <i>Artrita Reumatoidă</i> pe parcursul unui an X 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AR care se află la supravegherea medicului de familie
7.	Sporirea numărului de pacienți cu AR cu evoluție lent-progresivă sau remisiune clinică	Proporția pacienților cu d-cul de AR, care au acumulat criteriile de remisiune clinică evaluate conform recomandărilor din PCN <i>Artrita reumatoidă</i>	Numărul pacienților cu d-cul de AR, care au acumulat criteriile de remisiune clinică conform recomandărilor PCN <i>Artrita Reumatoidă</i> pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AR care se află la supravegherea medicului de familie
8.	Micșorarea numărului pacienților cu handicap motor avansat și menținerea cât mai îndelungată ai acestora în câmpul muncii.	Proporția pacienților cu diagnosticul de AR, care au abandonat serviciul pe motiv de boală	Numărul pacienților cu diagnosticul de AR, care au abandonat serviciul pe motiv de boală pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de AR care se află la supravegherea medicului de familie

ANEXE

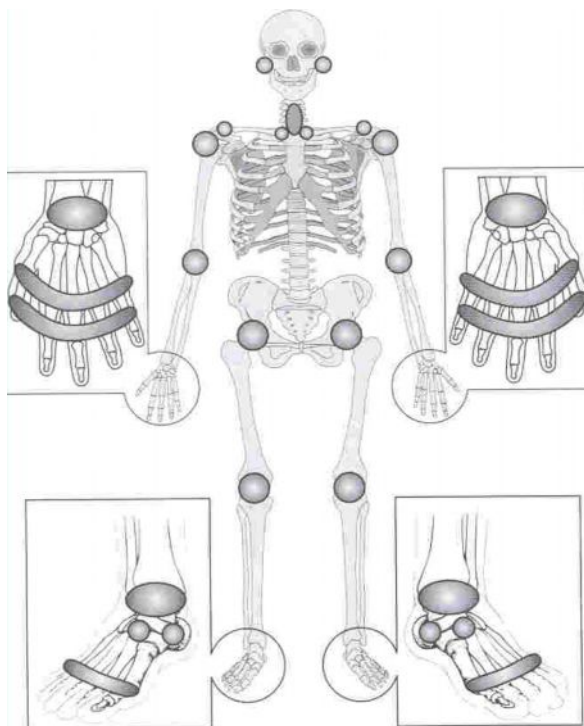
ANEXA 1. Indicele articular 28

	Stânga		Dreapta	
	tumefiate	dureroase	tumefiate	dureroase
Umăr				
Cot				
Pumn				
MCF 1				
2				
3				
4				
5				
IFP 1				
2				
3				
4				
5				
Genunchi				
Subtotal				
Total	tumefiate	<input type="text"/>	dureroase	<input type="text"/>



▪ **Indicele articular 28:** pentru calculul separat articulațiilor dureroase și pentru cele tumefiate. Pentru calcularea indicelui dat se apreciază cu 1 punct articulațiile dureroase și/sau articulațiile tumefiate (dintre cele marcate pe schemă), scorul maximal este de 28

ANEXA 2. Indicele Ritchie



Indicele Ritchie Articulațiile examinate sunt redată în schemă. Toate articulațiile se apreciază separat pe o scară de 4 puncte (de la 0 la 3), cu excepția articulațiilor interfalangiene proximale ale mâinilor, metacarpofalangiene ale mâinilor, metatarsofalangiene, acromio-claviculare și sternoclaviculare care se apreciază ca o singură articulație (după intensitatea maximală); 0 puncte - lipsa durerii la palpare, 1 punct – durere slabă, 2 puncte – durere moderată la palpare și 3 puncte – durere severă la palpare

ANEXA 3. Indicele DAS/DAS-28

DAS este un indice combinat, care s-a utilizat pentru evaluarea activității bolii și pentru calcularea cărui sunt necesare mai multe componente: numărul articulațiilor tumefiate și dureroase, calculate conform indicelui articular Ritchie/ indecelui articular 28, VSH(mm/h), activitatea globală a bolii determinată după scara vizuală analogă (100mm).

Folosind aceste date, indicele DAS-28 s-a determinat după următoarea formulă:

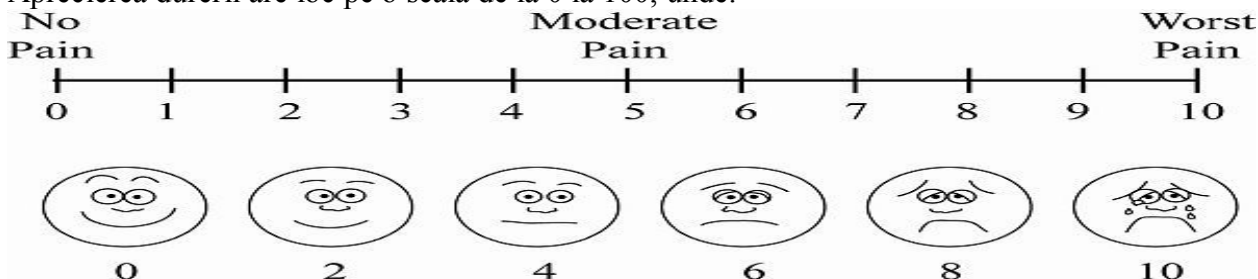
$$DAS28 = 0.56 * \text{sqrt}(\text{tender}28) + 0.28 * \text{sqrt}(\text{swollen}28) + 0.70 * \ln(\text{ESR}) + 0.014 * \text{GH}$$

Valoarea DAS/DAS28	Gradul de activitate
≤ 2.4/≤ 3.2	Activitate mică
> 2.4 - ≤ 3.7/ > 3.2 - ≤ 5.1	Activitate moderată
> 3.7/>5.1	Activitate mare

Nota: Indicele DAS28 poate fi calculat on-line accesând site-ul www.das-score.nl

ANEXA 4. Scala Vizuală Analogă

Aprecierea durerii are loc pe o scară de la 0 la 100, unde:



ANEXA 5: Criterii de ameliorare

În prezent sunt utilizate două seturi de criterii pentru aprecierea ameliorării procesului reumatoid EULAR și ACR

Criteriile ACR	Criteriile EULAR
<ul style="list-style-type: none"> • Numărul articulațiilor dureroase – ameliorare 20%, 50% sau 70% • Numărul articulațiilor tumefiate – ameliorare 20%, 50% sau 70% • VSH- ameliorare 20%, 50% sau 70% • Aprecierea globală al activității bolii de către pacient (SVA) - ameliorare 20%, 50% sau 70% • Aprecierea globală al activității bolii de către pacient (SVA) - ameliorare 20%, 50% sau 70% • Durata redorii matinală - ameliorare 20%, 50% sau 70% • Aprecierea durerii (SVA) - ameliorare 20%, 50% sau 70% • Gradul insuficienței funcționale - ameliorare 20%, 50% sau 70% 	<p>DAS/DAS28</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bun - ameliorare > 1,2 față de nivelul bazal • Moderat – ameliorare > 0.6 - ≤ 1,2 față de nivelul bazal • Nesatisfăcător – ameliorare ≤ 0.6 față de nivelul bazal

ANEXA 6: Criterii de remisiune

Criterii de remisiune ACR	Criterii EULAR
<ul style="list-style-type: none"> • Redoare matinală < 15 minute • Fără astenie • Fără dureri articulare • Fără sensibilitate sau durere la mobilizare • Fără tumefacție de părți moi sau la nivelul tecilor tendinoase • VSH: norma <p><i>5 sau > dintre următoarele criterii trebuie îndeplinite cel puțin 2 luni consecutiv</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicile DAS < 1,6 • Indicile DAS28 < 2,6

ANEXA 7: INDEXUL FUNCȚIONAL LEE

	Da, fără dificultate (0)	Da, cu dificultate (1)	Nu (2)
Puteți să înclinați capul dintr-o parte în alta?			
Puteți să vă pieptănați părul?			
Puteți să vă încheiați la nasturi?			
Puteți să deschideți ușa?			
Puteți să ridicați un vas plin cu apă?			
Puteți să ridicați cana cu o mână, pentru a bea din ea?			
Puteți întoarce cheia în broasca ușii?			
Puteți tăia carnea cu cuțitul?			
Puteți programa ceasul?			
Puteți merge?			
Puteți merge fără:			
a) ajutor			
b) costile			
c) baston			
Puteți urca scările?			
Puteți coborî scările?			
Puteți să vă ridicați de pe scaun?			
Puteți sta în degete?			
Puteți să vă aplecați, pentru a ridica un obiect?			
Scorul total			

Nota: scorul total se determină prin adunarea punctelor de la fiecare răspuns

Health Assessment Questionary (HAQ)

	Fără dificultăți (0)	Cu unele dificultăți (1)	Cu mari dificultăți (2)	Nu pot efectua (3)	Scorul total
Îngrijirea corpului: Puteți dvs? 1. să vă îmbrăcați singur, inclusiv șireturi și nasturii 2. să vă spălați capul					
Ridicarea: Puteți dvs? 1. să vă ridicați cu spatele drept 2. să vă ridicați și să vă culcați în pat					
Mîncarea: Puteți dvs? 1. să tăiați singur carnea 2. să aduceți cana sau paharul plin la gură 3. să desfaceți o cutie de lapte					
Mersul: Puteți dvs? 1. Să vă plimbați pe teren drept 2. Să ridicați 5 trepte					
Igienă personală: Puteți dvs? 1. să vă spălați și să ștergeți corpul 2. să faceți baie 3. să folosiți WC					
Extensia: puteți dvs? 1. să vă ridicați și să luați un obiect de 2 kg, ce se află deasupra capului 2. să vă aplecați, ca să luați ceva de la podea					
Abilitatea mîinii: puteți dvs? 1. să deschideți ușa automobilului 2. să scoateți capacul sticlelor deschise anterior 3. să efectuați mișcări rotative cu mîina					
Activitatea motorie: Puteți dvs? 1. să faceți cumpărături 2. să intrați și să ieșiți din mașină, autobuz					
Scorul total					

Nota: La fiecare categorie de întrebări se alege punctajul maximal care se adună și se calculează ulterior media, astfel 0 – calitatea vieții este satisfăcătoare, iar 3 este grav alterată.

BIBLIOGRAFIE

1. BĂLĂNESCU A. Poliartrita reumatoidă – de la patogenie la clinică // București: Amaltea, 2007, 191 p
2. EULAR evidence-based recommendations on the management of systemic glucocorticoid therapy in rheumatic diseases// *Annals of the Rheumatic Diseases* 2007;**66**:1560-1567
3. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT) // *Annals of the Rheumatic Diseases* 2007;**66**:34-45
4. GORDON D., HASTINGS D. Clinical features of rheumatoid arthritis // In: Hochberg M, Silman A., Smolen J., Weinblatt M., Weisman M., editors. *Rheumatology*. Vol.2: Elsevier-Saunders; 2003. p.765-780
5. HAMMOND A. Rehabilitation in rheumatoid arthritis: a critical review // *Musculoskeletal Care* 2004 Aug; 2(3): 135-151
6. IONESCU R. Esențialul în reumatologie // București, 2007, 680 p

7. KAPLAN M.J. Cardiovascular disease in rheumatoid arthritis // *Curr Opin Rheumatol* 2006;18 (3): 289-297
8. MAGNANO M., GENOVESE M. Management of co-morbidities and general medical conditions in patients with rheumatoid arthritis // *Curr Rheumatol Rep* 2005 Oct;7(5):407-415
9. MATTESON E. Extra-articular features of rheumatoid arthritis and systemic involvement // In: Hochberg M, Silman A., Smolen J., Weinblatt M., Weisman M., editors. *Rheumatology*. Vol.2: Elsevier-Saunders; 2003. p.781-792
10. MEWAR D., WILSON A.G. Autoantibodies in rheumatoid arthritis: a review // *Biomed Pharmacother* 2006 Oct;10(5):83-96
11. O'DELL R. Rheumatoid arthritis clinical aspects // In: Koopman Wj., Boulwarw DW., Hendeber GR. *Clinical primer of Rheumatology*, Philadelphia: Williams & Wilkins, 2005;94-115
12. SOCIETATEA ROMÂNĂ DE REUMATOLOGIE. Poliartrita reumatoidă – ghid de diagnostic și tratament// 2008
13. SOKKA T., KAUTIAINEN H., HANNONEN P. Changes in Health Assessment Questionnaire disability scores over five years in patients with rheumatoid arthritis compared with the general population // *Arthritis Rheum* 2006 Oct; 54(10): 3113-3118
14. STEINBROCKER O., TRAGGER C.H., BATTERMAN R.C. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis // *J.A.M.A.*1949;140:659
15. SYMMONS D., MATHERS C., PFLEGER B. Global Burden of Diseases 2000 // www.who.org
16. WOLFE F., MITCHELL D. The mortality of rheumatoid arthritis // *Arthritis Rheum* 2004; 37:481-494
17. 2008 Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis// *Arthritis & Rheumatism* 2008; 59(6):762-784 www.rheumatology.com
18. American College of Rheumatology preliminary definition of improvement in rheumatoid arthritis // *Arthritis & Rheumatism* 1995; 38(6):727-735