



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

**Spondilita anchilozantă
la adult
Protocol clinic național**

PCN -291

Chișinău, 2017

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 30.03.2017, proces verbal nr. 1**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1060 din 26.12.2017
cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Spondilita anchilozantă la adult”**

Elaborat de colectivul de autori:

Liliana Groppa	USMF „Nicolae Testemițanu”
Serghei Popa	USMF „Nicolae Testemițanu”
Eugeniu Russu	USMF „Nicolae Testemițanu”
Ala Pascari-Negrescu	USMF „Nicolae Testemițanu”
Svetlana Agachi	USMF „Nicolae Testemițanu”
Larisa Rotaru	USMF „Nicolae Testemițanu”
Elena Deseatnicova	USMF „Nicolae Testemițanu”
Daniela Cepoi-Bulgac	USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenti oficiali:

Victor Ghicavii	Catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadie Curocichin	Catedra medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	Catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Diana Grosu-Axenti	Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS	
Abrevierile folosite în document	2
PREFAȚĂ	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii (CIM 10)	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Scopurile protocolului	4
A.5. Data elaborării protocolului	4
A.6. Data actualizării protocolului	4
A.7. Data următoarei revizuirii	4
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului	4
A.9. Definițiile folosite în document	5
A.10. Informația epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	6
B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	6
B.2. Nivelul consultativ specializat (reumatolog)	6
B.3. Nivelul de staționar	7
C. 1. ALGORITMI DE CONDUCERE	9
C. 1.1. Algoritm de diagnostic al spondilitei anchilozante	9
C. 1.2. Algoritm de tratament al spondilitei anchilozante	10
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	7
C.2.1 Clasificarea SA	7
C.2.2. Factori de risc	10
C.2.3 Conduita pacientului cu SA	10
C.2.3.1. Anamneza	10
C.2.3.2. Examenul fizic	10
C.2.3.3. Investigații paraclinice	12
C.2.3.4 Diagnosticul diferențial	18
C.2.3.5. Criteriile de spitalizare	18
C.2.3.6. Tratamentul	19
C.2.3.7. Evoluția SA	22
C.2.3.8. Supravegherea pacienților cu SA	18
C.2.4. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate)	18
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	19
D.1. Instituțiile de AMP	19
D.2. Instituțiile consultativ-diagnostice	19
D.3. Secțiile de reumatologie ale spitalelor republicane	19
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	21
ANEXE	28
Anexa 1. Set de bază ASAS pentru evaluare pacienților cu SA	28
Anexa 2. Instrumente de evaluare și monitorizare a pacienților cu SA	29
Anexa 3. Durerea spinală la pacienții cu SA	29
Anexa 4. Scor global pacient	30
Anexa 5. Scor redoare matinală	30
Anexa 6. Chestionar de evaluare a standardului funcțional – scor BASFI	31
Anexa 7. Indice funcțional Dougados (DFI – Dougados Functional Index)	32
Anexa 8. Bath Anchylosing Spondylitis Metrology Index (scor BASMI)	33
Anexa 9. Aprecierea activității bolii, scor BASDAI (Bath Anchylosing Spondylitis Disease Activity Index)	34
Anexa 10. Evaluarea activității SA: Anchylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS _{PCR/VSH})	35
Anexa 11. Evaluare articulații periferice în SA. Recomandări ASAS, 2012	35
Anexa 12. Criteriile de răspuns și remisiune pentru monitorizarea pacientului cu SA	36
Anexa 13. Formular de consultație la medicul de familie pentru pacientul cu SA	37
Anexa 14. Formular de consultație la medicul reumatolog pentru pacientul cu SA	38
Anexa 15. Recomandările ASAS/EULAR pentru managementul SA	39
Anexa 16. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Spondilita anchilozantă la adult	41
Anexa 17. Informație pentru pacienți	34
BIBLIOGRAFIA	42

Abrevierile folosite în document

ACR	Colegiul Reumatologilor Americani
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
AIAT	Alaninaminotransferaza
AMP	Asistența medicală primară
APs	Artrita psoriazică
ASAS	Evaluare Societății Internaționale de SpondilArtrită (Assessment of SpondylArthritis International Society)
AsAT	Aspartataminotransferaza
ASDAS	Scorul Activității Bolii în Spondilita Anchilozantă - (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score)
BASDAI	Indicele Activității Bolii (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)
BASFI	Indicele funcțional în Spondilita Anchilozantă (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)
BASMI	Indicele Metrologic în Spondilita Anchilozantă (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index)
DAS	Scorul Activității Bolii (Disease Activity Score)
DFI	Indicele Funcțional Dougados (Dougados Functional Index)
DMARD	Medicamente antireumatice modificatoare a bolii (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs)
ECG	Electrocardiografie
ESSG	Grupul European de Studiu al Spondiloartropatiilor (European Spondylarthropathy Study Group)
EULAR	Liga Europeană Contra Reumatismului (European League Against Rheumatism)
HLA-B27	Antigen leucocitar uman, locus B în sistemului major de histocompatibilitate, clasa I
HTA	Hipertensiune arterială
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
MASES	Scorul Entezitic în Spondilita Anchilozantă Maastricht (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score).
mSASSS	Scor Spinal Modificat în Spondilita Anchilozantă (Modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score)
NAD	Număr articulați dureroase
NAT	Număr articulații tumefiate
NRS	Scor numeric NRS - scala numeric calibrată (Numeric Rated Scale);
PCR	Proteina C-reactivă
RMN	Rezonanța magnetică nucleară
SA	Spondilita Anchilozantă
SMARD	Medicamente anti-reumatice modificatoare de simptome (Symptom Modifying Anti-Rheumatic Drugs)
SpA	Spondiloatropatie
TA	Tensiunea arterială
TC	Tomografie computerizată
TNFα	Factorul necrozei tumorale - α (Tumor Necrosis Factor – α)
VAS	Scara vizual analogă
VSH	Viteza de sedimentare a hematiilor

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Departamentului Medicină Internă, Disciplina Reumatologie și Nefrologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind SA 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.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Spondilita anchilozantă

Exemple de diagnoze clinice:

1. Spondilită anchilozantă, HLA-B27 pozitiv, forma axială, activitate înaltă (scor BASDAI =4,3), clasa funcțională II (scor BASFI =4,8), stadiul radiologic II (scor BASRI =6,0).
2. Spondilită anchilozantă, forma mixtă, activitate moderată (scor ASDAS_{VSH} =1,9, scor DAS44 =3,26), clasa funcțională II (scor BASFI =4,0), stadiul radiologic II (scor mSASSS =24), poliartrită asimetrică, entezite calcaneae, uveită anterioară.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

M45 – Spondilita anchilozantă,

M08.1 – Spondilita anchilozantă juvenilă

A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie);
- centrele consultative raionale (medici reumatologi);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie și medici reumatologi);
- secțiile de reumatologie ale spitalelor republicane și municipale.

A.4. Scopurile protocolului:

1. Majorarea numărului de pacienți cărora li se va stabili diagnosticul de SA în primele 3 luni de la debutul bolii.
2. Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu SA.
3. Creșterea numărului de pacienți primari depistați cu suspjecție la SA cărora li s-a acordat asistența medicală specializată în termen.
4. Îmbunătățirea calității tratamentului pacienților cu SA.
5. Mărirea numărului de pacienți cu SA supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național.
6. Majorarea numărului de pacienți cu SA cărora li se vor monitoriza posibilele efecte adverse la tratament continuu cu preparate remisive.
7. Majorarea numărului de pacienți cu SA cu inducerea remisiunii complete.
8. Majorarea numărului de pacienți cu SA cu menținerea funcției articulare și activității zilnice.
9. Majorarea numărului de pacienți cu SA cu ameliorarea calității vieții.

A.5. Data elaborării protocolului: 2017







A.6. Data actualizării protocolului:

A.7. Data reviziei următoare: 2019

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Liliana Groppa	d.h.ș.m., profesor universitar, șef Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”, Președintele Societății Medicilor Interniști a RM
Serghei Popa	d.ș.m., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”
Eugeniu Russu	d.ș.m., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”
Ala Pascari-Negrescu	d.ș.m., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”
Svetlana Agachi	d.ș.m., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”
Larisa Rotaru	d.ș.m., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”
Elena Deseatnicova	d.ș.m., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”
Daniela Cepoi-Bulgac	asistent universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”

Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea/instituția	Numele și semnătura
Comisia Științifico-Metodică de Profil „Reumatologia”	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de Experți al MS RM	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.9. Definițiile folosite în document

Spondilita anchilozantă - este o boala inflamatoare cronică care interesează predominant articulațiile sacroiliace și coloana vertebrală, capabilă să intereseze, cu frecvență și gravitate diferită, articulațiile periferice și entezele și să realizeze o gamă largă de dereglări extra-articulare (uveita, afectarea tractului gastrointestinal, afectare cardiovasculară, pulmonară sau renală) [5, 9].

A.10. Informația epidemiologică

Datele epidemiologice actuale indica faptul ca *Spondilita anchilozantă* este cel puțin la fel de frecventă precum artrita reumatoidă. Incidența este de 2-3 ori mai mare la bărbați, mai frecvent la bărbații tineri, cu debut în decada a treia de vârstă. Aproximativ la 80% de pacienți simptomele apar la vârsta mai tânără de 30 ani, la mai puțin de 5% boala debutează la vârsta de peste 45 ani. Studiile recente arată că pacienții sunt afectați de boală în perioada cea mai productivă a vieții, iar evoluția severă, cronică, invalidantă face ca un număr mare de bolnavi să-și întrerupă prematur activitatea profesională sau să nu se poată angaja, ceea ce determină creșterea substanțială a costurilor sociale ale bolii [2, 5, 7, 10].

Există o corelație strânsă între prevalența antigenului HLA B27 și incidența SA în populația specifică. HLA B27 se întâlnește frecvent în țările nordice și unele triburi, incidența mai mare fiind la Eschimoși și indienii Haida (≈50% de cazuri). Prevalența SA este de 0,1-1,4%, date caracteristice în special țărilor europene, aparent similară cu cea a artritei reumatoide. Incidența SA este între 0,1-14/100000 populație pe an. Mulți factori contribuie la aceste diferențe. Primul este selecția populației țintă; urmat de selecția criteriilor de screening (d.e. durerea de spate) și alegerea criteriilor de diagnostic pentru recunoașterea bolii; și trei - de prevalența antigenului HLA B27 și distribuția subtipurilor lui care diferă în funcție de apartenență etnică [1, 5, 7]. În R. Moldova incidența SA puțin diferă de cea europeană (1-2%).

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară

Descriere	Motivele	Pașii
1. Diagnostic		
1.1. Recunoașterea semnelor precoce de SA	Recunoașterea semnelor precoce de SA este important în stabilirea diagnosticului cât mai rapid în așa fel ca tratamentul individualizat să fie inițiat prompt [1, 3, 5, 8].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> •Aprecierii factorilor de risc (caseta 9) •Anamneza (caseta 11) •Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional (casetele 12-13) •Investigații paraclinice pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției bolii (casetele 15, 18) •Estimarea indicațiilor pentru consultul specialistului reumatolog
1.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		<ul style="list-style-type: none"> •Evaluarea criteriilor de spitalizare (caseta 19)
2. Tratament		
2.1. Tratamentul simptomatic	Scopul tratamentului este inducerea remisiunii și normalizarea funcției articulare și evitarea complicațiilor din partea organelor interne [2, 7, 10, 11].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> •AINS – la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 21) Recomandat (la diagnostic confirmat): <ul style="list-style-type: none"> •Analgizice (caseta 22) •Glucocorticosteroizi (caseta 23) •Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (caseta 26)
3. Supravegherea		
3.1. Supravegherea permanentă	Tratamentul permanent, continuu va permite inducerea remisiunii medicamentos controlate [2, 7, 10, 11].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> •Supravegherea administrării tratamentului (casetele 20-24)
6. Recuperarea	Este important pentru menținerea funcției articulare.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> •Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor; •Tratament sanatorial în remisiune clinică cu sau fără suport medicamentos.

B.2. Nivelul consultativ specializat (reumatolog)

Descriere	Motivele	Pașii
1. Diagnostic		
1.1. Confirmarea SA	Diagnosticul precoce și tratamentul remisiv agresiv din start poate ameliora evoluția și micșora numărul pacienților cu dizabilitate severă [1, 3, 4, 5, 6, 8, 9].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierii factorilor de risc (caseta 9); • Anamneza (caseta 11); • Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional (casetele 11-13, anexele 1-8); • Investigații paraclinice pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției bolii (casetele 14-16); • Estimarea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: ortoped, oftalmolog, nefrolog,

		dermatolog, fizioterapeut etc.
1.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar/ ambulator		• Evaluarea criteriilor de spitalizare (casetă 18)
2. Tratament		
2.1. Tratament medicamentos și de reabilitare în condiții de ambulatoriu	Scopul tratamentului este inducerea remisiunii și normalizarea funcției articulare [2, 7, 9, 10, 11].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • AINS – la adresarea primară și diagnostic confirmat (casetă 21) Recomandat (la diagnostic confirmat): <ul style="list-style-type: none"> • Analgezice (casetă 21) • Glucocorticosteroizi (casetă 22) • Preparate remisive (casetă 22) • Tratament de reabilitare (casetă 26)
3. Supravegherea		
3.1. Supravegherea permanentă	Tratamentul permanent, continuu va permite inducerea remisiunii medicamentoase controlate [2, 7, 9, 10, 11].	• Supravegherea administrării tratamentului, inclusiv remisiv (casetele 20-25)

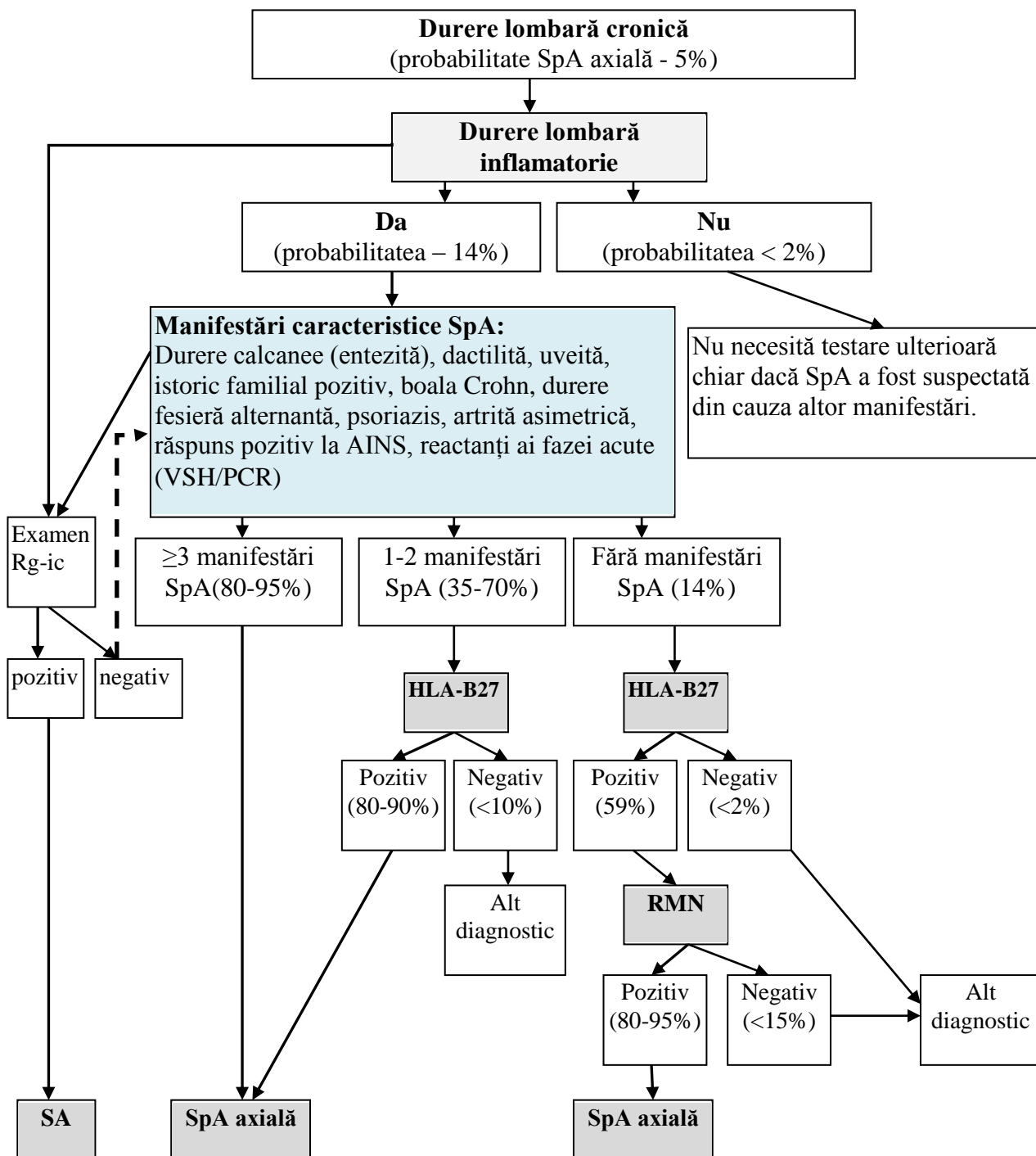
B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească

Descriere	Motivele	Pași
1. Spitalizare		Spitalizarea în secțiile reumatologie ale spitalelor republicane și municipale. • Criterii de spitalizare (casetă 18)
2. Diagnostic		
2.1 Confirmarea Spondilitei anchilozante	Diagnosticul precoce și tratamentul remisiv agresiv din start poate ameliora evoluția și micșora numărul pacienților cu dizabilitate severă [1, 3, 4, 5, 6, 8, 9].	Investigații obligatorii: <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea factorilor de risc (casetă 8); • Anamneza (casetă 10); • Examenul fizic, incluzând evaluarea statutului funcțional (casetele 11-13, anexele 1-8); • Investigații paraclinice pentru determinarea activității bolii, supravegherea evoluției bolii și efectuarea diagnosticului diferențial (casetele 14-16); • Estimarea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: ortoped, nefrolog, oftalmolog, dermatolog, cardiolog, fizioterapeut. • Efectuarea diagnosticului diferențial (casetă 17)
3. Tratament		
3.1. Tratament medicamentos	Scopul tratamentului este inducerea remisiunii și normalizarea funcției articulare [2, 7, 9, 10, 11].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • AINS (casetă 21) • Glucocorticosteroizi (casetă 23) • Preparate remisive (casetă 24) • Preparatele remisive biologice (casetă 25)
3.2 Tratament nemedicamentos		La indicații speciale: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul nonfarmacologic: intervențional, chirurgical (casetele 26-27)
4. Externarea cu referirea la nivelul primar pentru tratament continuu și supraveghere		Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul precizat desfășurat; • Rezultatele investigațiilor efectuate; • Recomandări explicite pentru pacient; • Recomandări pentru medicul de familie.

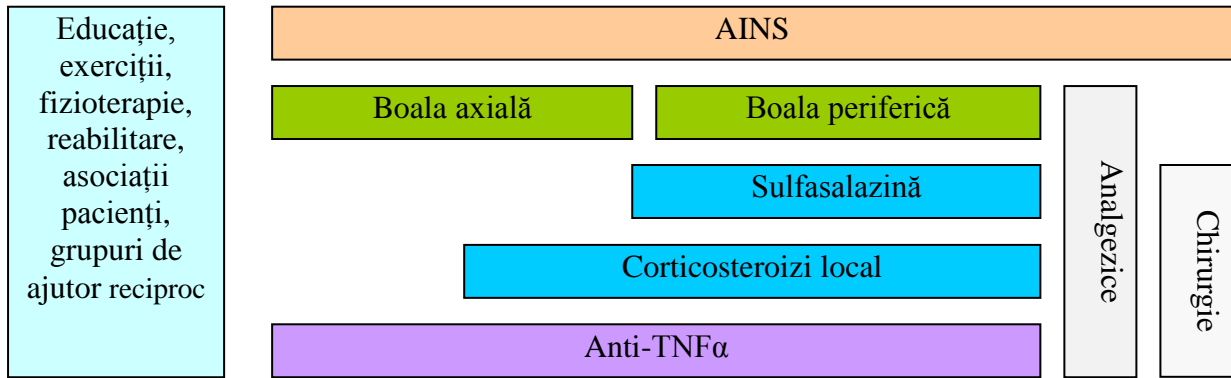
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C. 1.1 Algoritmul de diagnostic al SA

Arbore decizional în diagnosticul spondilitei anchilozante [5]



C.1.2. Algoritmul de tratament al SA [7]



Algoritm de management al spondilitei anchilozante conform recomandărilor Assessment of Ankylosing Spondylitis (ASAS) și European League Against Rheumatism (EULAR).

Adaptat după Zochling et al.

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI ROCEDURILOR

C.2.1 Clasificarea SA

Caseta 1. Clasificarea Spondiloartropatiilor seronegative (Adaptat după Dougados M, Hochberg MC, 2002) [5].

I. Subgrupe de boli:

- Spondilita anchilozantă
- Artrita psoriazică
- Artrita reactivă
- Artrita din cadrul bolilor intestinale inflamatorii
- Spondiloartrita juvenilă
- Spondiloartrita nediferențiată

II. Manifestări clinice

- **Manifestări reumatice:**
 - Afectare axială
 - Artrită periferică
 - Entezită
- **Manifestări extra-articulare:**
 - Uveită anterioară acută
 - Afectare cardiacă (bloc cardiac, insuficiență aortică)
- **Fundal genetic:**
 - Istoric familial
 - Antigen HLA-B27
- **Manifestări specifice:**
 - Psoriazis
 - Boala intestinală inflamatorie (boala Crohn, colită ulceroasă nespecifică), etc.

La această clasificare se va adăuga gradul activității bolii și indicele alterării funcționale, calculate prin instrumente validate.

Caseta 2. Criterii de clasificare a lombalgiei inflamatorii. [5]

Criterii Berlin, 2006.

Criteriile experților ASAS, 2009.

Se aplică la pacienți cu lombalgie >3 luni

Prezența a cel puțin două din următoarele:

- Redoare matinală ≥ 30 min
- Ameliorare prin exerciții, dar nu și în repaus
- Trezire din somn din cauza durerii dorsale în partea a doua a nopții
- Durere fesieră alternantă

Prezența a patru criterii din cinci enumerate.

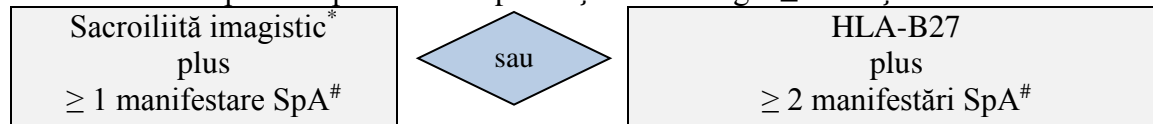
- Vârsta de debut ≤ 40 ani
- Debut insidios
- Ameliorare prin exerciții
- Lipsa ameliorării în repaus
- Durere nocturnă

Caseta 3. Criterii de clasificare a spondiloartritei Amor, 1990 [2, 5].	
Criteriu	Punctaj
Simptome clinice sau anamnestice:	
Durere lombară sau dorsală noaptea, sau redoare matinală lombară sau dorsală	1
Oligoartrită asimetrică	2
Durere fesieră	1
<i>dacă este alternantă, dreapta / stânga</i>	2
Degete „în cârnați”/„în crenvurști” (dactilită)	2
Durere calcaneae sau altă formă de entezopatie (entezită)	2
Irită	2
Uretrită sau cervicită non-gonococică concomitentă sau cu o lună de la debutul artritei	1
Diaree acută concomitentă sau cu o lună de la debutul artritei	1
Prezența sau istoric de psoriazis, balanită, sau boală inflamatorie intestinală (boala Crohn, colită ulceroasă)	2
Modificări radiologice:	
Sacroiliită grad ≥ 2 bilaterală sau ≥ 3 unilaterală	3
Marcheri genetici:	
Prezența anti-HLA-B27 sau istoric familial de AS, artrită reactivă, uveită, psoriazis sau enterocolopatii cronice	2
Răspuns la tratament:	
Răspuns bun la AINS în mai puțin de 48 de ore, sau reactivare după cca. 48 de ore după întreruperea AINS	2
<i>Pacientul se consideră că are spondiloartrită în prezența unui scor de 6 și mai mare</i>	

Caseta 4. Criterii ASAS de clasificare a spondiloartritei axiale la un pacient cu durere spinală inflamatorie >3 luni și vârsta <45 ani, 2009 [5, 9].

Se aplică la pacienții cu lombalgie cronică și debut al durerii < 45 ani

Criterii ASAS pentru SpA axială la pacienți cu lombalgie ≥ 3 luni și debut < 45 ani




#Manifestări SpA (SPINACHE)

- Dactilită (Sausage digit)
- Psoriazis / Istoric familial de SpA
- Durere spinală inflamatorie (IBP)
- Răspuns bun la AINS (NSAID good response)
- Entezită (calcaneae)
- Artrită
- Colita ulceroasă/Boala Crohn, proteină C-reactivă crescută
- HLA-B27
- Uveită (Eye)

***Sacroiliită imagistic**

- Inflamație activă (acută) la RMN este înalt sugestivă pentru SpA asociată cu sacroiliită
- Sacroiliită definită conform criteriilor New York

Caseta 5. Criterii ASAS de clasificare a spondiloartritei periferice, 2009 [3, 5].		
Pacient cu artrită periferică (dacă sunt manifestări axiale se aplică criteriile pentru SpA axială – caseta 4)		
Artrită sau entezită sau dactilită		
Plus ≥ 1 criteriu din următoarele: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Psoriazis ▫ Boala inflamatoare intestinală ▫ Infecții în antecedente ▫ HLA B27 ▫ Uveita ▫ Sacroiliita (RMN/Rx) 		Plus ≥ 2 criterii din restul: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Artrită ▫ Entezită ▫ Dactilită ▫ Durere vertebrală inflamatoare ▫ Antecedente familiale de SpA

Caseta 6. Criterii New York modificate de clasificare a spondilitei anchilozante, 1984 [5].													
Criterii Clinice: <ul style="list-style-type: none"> - Durere lombară joasă și redoare cu durata mai mare de luni, ameliorate de exerciții, fără schimbare după odihnă; - Limitarea mișcărilor lombare, în plan sagital și frontal; - Limitarea expansiunii toracice vs. valori normale conform vârstei și sexului. 	Criterii Radiologice: <ul style="list-style-type: none"> - Sacroiliită grad ≥ 2 bilateral sau grad 3–4 unilateral <table border="0"> <tr> <td>Grad</td> <td>Aspect radiologic</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Suspect</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Scleroză, unele eroziuni, aspect cvadratic</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Eroziuni severe, îngustare spațiu articular, unele anchiloze</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Anchiloză completă</td> </tr> </table>	Grad	Aspect radiologic	0	Normal	1	Suspect	2	Scleroză, unele eroziuni, aspect cvadratic	3	Eroziuni severe, îngustare spațiu articular, unele anchiloze	4	Anchiloză completă
Grad	Aspect radiologic												
0	Normal												
1	Suspect												
2	Scleroză, unele eroziuni, aspect cvadratic												
3	Eroziuni severe, îngustare spațiu articular, unele anchiloze												
4	Anchiloză completă												
Gradare: SA definită Prezența criteriului radiologic și cel puțin un criteriu clinic SA probabilă În prezența a trei criterii clinice Criteriu radiologic prezent, dar fără semne sau simptome ce satisfac criteriile clinice													

Caseta 7. Specificarea termenilor folosiți în criteriile de clasificare a spondiloartritei.	
Criteriu clinic	Definiție
Durere spinală inflamatorie	Se definește în prezența a patru din cinci parametri următori: 1) vârsta de debut <40 ani, 2) debut insidios, 3) ameliorare la exerciții, 4) lipsa ameliorării în repaus, 5) durere nocturnă (cu ameliorare după exerciții)
Sinovita	Artrita asimetrică prezentă sau în trecut cu predilecție la membrele inferioare
Artrita	Sinovită prezentă sau anamnetică diagnosticată de medic
Istoric familial	Prezența la rudele de grad I sau II a oricărui din următoarele: 1) SA, 2) psoriazis, 3) uveită, 4) artrită reactivă, 5) boala intestinală inflamatorie
Psoriazis	Psoriazis anamnetic sau prezent diagnosticat de doctor
Boala intestinală inflamatorie	Istoric prezent sau trecut de boală Crohn sau colită ulceroasă diagnosticată de doctor
Durere fesieră alternantă	Durere fesieră alternantă între fesele dreaptă și stângă în prezent sau trecut
Dactilita	Dactilită în prezent sau trecut diagnosticată de doctor
Entezita	Durere spontană în prezent sau trecut sau sensibilitate la palparea locului inserției tendonului Achilles sau fasciei plantare la calcaneu
Uveita anterioară	Uveită confirmată de oftalmolog în prezent sau trecut

Răspuns bun la AINS	Dispariția sau ameliorarea considerabilă a durerii după 24-48 ore de administrare de doze adecvate de AINS
Proteina C-reactivă crescută	Creșterea PCR în prezența durerii spinale, după excluderea altor cauze de creștere a PCR
Sacroiliita la examen radiologic	Bilaterală – gradul 2-4 sau unilaterală grad 3-4, în conformitate cu criteriile New York (caseta 3)
Sacroiliită la examen RMN	Leziuni inflamatorii active în articulațiile sacroiliace cu edem al măduvei osoase/osteită sugestivă sau sacroiliită asociată cu spondiloartrită

C.2.2. Factori de risc

Caseta 8. Factori de risc ai SA.

- Susceptibilitatea genetică (HLA-B27, HLA-B60, HLA-DR1).
- Infecțiile intercurrente (*Salmonella*, *Shigella flexneri*, *Campylobacter*, *Yersinia*, bacteriene intracelulare);
- Traumatismul articular frecvent;
- Injectare intra-vezicală de bacili Calmette-Guérin (BCG) pentru tratamentul cancerului vezicii urinare

C.2.3 Conduita pacientului cu SA

Caseta 9. Pașii obligatorii în conduita pacientului cu spondilită anchilozantă

1. Stabilirea diagnosticului precoce de SA;
2. Investigarea obligatorie pentru determinarea alterării funcționale (scor BASFI, scor Dougados, BASMI), severității bolii (scor BASDAI, ASDAS_{CRP} și ASDAS_{VSH}), posibilei implicării extra-articulare, scorului severității modificărilor radiologice (scor mSASSS, BASRI) (anexele 1-11);
3. Alcătuirea planului de tratament (individualizat) în funcție de gradul de activitate, implicării scheletului axial și periferic, severitatea bolii;
4. Monitorizarea evoluției bolii, complianței la tratament, eficacității tratamentului remisiv cu aprecierea criteriilor de răspuns ASAS20, criteriilor de remisiune ASAS și criteriilor de ameliorare ASAS 5/6 (anexa 12).

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 10. Recomandări în colectarea anamnezei.

- Evidențierea factorilor de risc (infecțiile intercurrente frecvente, traumatismul articular frecvent);
- Determinarea susceptibilității genetice;
- Debutul recent al bolii (acut sau insidios);
- Simptoamele SA (durere lombară cu caracter inflamator, dureri fesiere alternate, dureri și/sau tumefieri articulare, entezopatii, limitarea mobilității coloanei vertebrale, erupții tegumentare, astenie, fatigabilitate);
- Tratament anterior (antiinflamatoare nesteroidiene, glucocorticosteroizi, tratament remisiv). Eficacitatea acestuia și efectele adverse.

C.2.3.2. Examenul fizic

Caseta 11. Regulile examenului fizic în SA.

- Determinarea stării generale;
- Evidențierea semnelor clinice comune de SA:

Scheletice

✓ Durere lombară cu caracter inflamator cu localizare preponderentă în regiunea fesieră, cu/fără iradiere în creasta iliacă, regiunea trohanteriană, fața posterioară a coapsei cu iradiere

<p>alternantă “în basculă”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓Redoare matinală >30 min ✓Durere toracică cu caracter inflamator, agravată de tuse, strănut cu/fără iradiere pe nervii și manubriosternală ✓Artrită periferică: oligoartrită asimetrică articulații mari a membrelor inferioare, umeri, șolduri, genunchi, glezne, art. temporomandibulare <p>Extrascheletice</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓Uveită acută anterioară ✓Manifestări generale: fatigabilitate, scădere ponderală, subfebrilitate <ul style="list-style-type: none"> • Determinarea mobilității coloanei vertebrale - BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Mobility Index) (anexa 8); • Determinarea indicelui sau scorului BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score), scorului mSASSS (anexele 9-10); • Determinarea parametrilor predictor pentru boală cu potențial de evoluție severă (caseta 13); • Determinarea parametrilor de răspuns, remisiune și ameliorare ASAS (Anexele 3-8, 11-12): <ul style="list-style-type: none"> ✓intensitatea durerii după scara vizual analogă a durerii în ultimele 2 zile (VAS 0-100); ✓evaluarea globală de către pacient cu utilizarea VAS (0-100); ✓evaluare funcțional cu utilizarea BASFI; ✓durata redorii matinale în minute; ✓numărul articulațiilor dureroase și tumefiate; ✓scorul entezic.
--

Caseta 12. Examinarea clinică a mobilității spinale.	
Măsurare	Descriere
Mobilitate cervicală:	
Distanța occiput - perete	Distanța orizontală dintre occiput și perete la pacient în poziție verticală cu călcâiele și fesele lipite de perete.
Distanța tragus - perete	Distanța orizontală dintre tragus și perete la pacient în poziție verticală cu călcâiele și fesele lipite de perete fără rotație.
Rotația cervicală	Distanța dintre vârful nasului și articulația acromio-claviculară este mai mică în poziție neutră comparativ cu aceeași distanță la rotație ipsilo-laterală maximă.
Mobilitatea toracică:	
Expansiunea toracică	Diferența în centimetri dintre expirația și inspirația maximale, la nivelul mameloanelor.
Mobilitatea lombară:	
Test Schöber modificat	Distanța dintre punctul din mijloc la nivelul spinelor iliace posterioare superioare și un punct situat la 10 cm mai sus în poziție verticală, urmat de flexie lombară anterioară maximală (norma >15 cm).
Distanța degete - sol	Distanța dintre vârful degetului mediu și podea la pacient în flexie lombară anterioară maximală cu genunchii în extensie.
Flexie lombară laterală	Distanța dintre vârful degetului mediu și podea la pacient în flexie lombară laterală maximală cu ambele picioare pe podea, genunchii în extensie și fără rotație.
<i>Recomandări din setul de bază ASAS [2, 3, 5, 8, 9]</i>	

<p>Caseta 13. Factori de predicție pentru boală cu evoluție potențial severă [5].</p> <p>Prezența următoarelor în ultimii 2 ani:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afectare coxofemurală,

- VSH >30 mm/h;
- Refractorism la tratament cu AINS;
- Reducerea mișcărilor lombare;
- Dactilita;
- Monoartrita/oligoartrita;
- Vârsta la debut <16 ani;
- Diaree;
- Uretrită;
- Psoriazis;
- Boală intestinală inflamatorie.

C.2.3.3. Investigații paraclinice

Caseta 14. Investigații paraclinice.

Teste pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției bolii:

- Hemograma, VSH, trombocitele, proteina C-reactivă, fibrinogenul.

Notă: Testele se efectuează obligatoriu la nivel de AMP și specializată.

Teste și proceduri pentru determinarea implicării în proces a organelor interne și efectuarea diagnosticului diferențial:

Biochimia serică (ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, ureea, proteina totală);

Factorul reumatoid, anticorpi anti-CCP, anticorpii antinucleari, HLA-B27;

Examinarea serologică pentru excluderea infecțiilor trigger (*Chlamidia trachomatis*, *Shigella flexneri*, *Salmonella spp.*, *Yersinia enterocolitica* etc.);

Sumarul urinei;

Examinarea radiologică articulară (articulațiile sacroiliace, coxofemorale, coloanei vertebrale cervicale, toracice și lombare), a cutiei toracice;

Ultrasonografia sau tomografia computerizată articulară/vertebrală (la necesitate)

Rezonanța magnetică nucleară articulară (la necesitate) – articulațiile sacroiliace, coxofemorale, coloana vertebrală;

Electrocardiografia;

Ecocardiografia;

Spirografia;

Puncția articulară (la necesitate) cu examinarea bacteriologică a lichidului sinovial;

Scintigrafia scheletică (la necesitate) – SPECT/CT.

Examinare PET/CT

Notă:

Rezultatele de laborator și instrumentale sunt utile pentru confirmarea SA, dar și excluderea altor diagnostice de alternativă (SpA, artrită psoriazică, artrită reactivă, artrită reumatoidă etc.).

Caseta 15. Evaluarea radiologică - SASSS modificat (mSASSS - Modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score) [6].

24 regiuni sunt evaluate prin radiografia laterală cervicală și lombară: rebordurile anterioare de la marginea de jos a C₂ până la marginea de sus a Th₁ (inclusiv) și de la marginea de jos a Th₁₂ până la marginea de sus a S₁ (inclusiv).

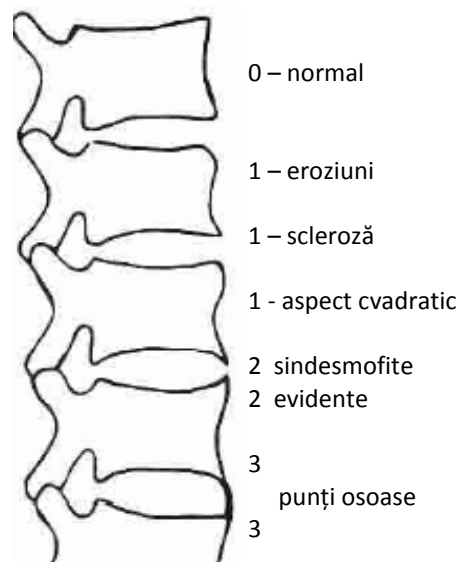
Fiecare rebord vertebral poate fi evaluat prin prezența eroziunilor și/sau cvadratic și sau sclerozei (1 punct pentru fiecare nivel), sindesmofite (2 puncte pentru fiecare nivel), sindesmofite în punți (3 puncte pentru rebord sau 6 puncte pentru o vertebră) (interval 0-72).

Scor în conformitate cu mSASSS:

0 = normal;

1 = scleroză, aspect cvadratic sau eroziuni;

2 = sindesmofite;



Caseta 16. Modificările RMN caracteristice spondilitei anchilozante [3, 5].	
Spondilita (implicarea corpului vertebral)	Localizate tipic în măduva osoasă la unul sau 4 reborduri vertebrale. Afectarea rebordurilor: spondilită anterioară (= leziune Romanus), spondilită posterioară
Spondilodiscită (implicarea discurilor intervertebrale)	Localizate în măduva osoasă în placa corticală adiacent de discul intervertebral (leziune Anderson)
Artrita articulației zigoapofizeale	Orice articulație fațetă C2-S1 poate fi implicată; se asociază cu edem al măduvei osoase în pediculele spinale (posterior de canalul spinal)
Artrita articulațiilor costovertebrale (CV)	Orice articulație CV Th1-Th12 poate fi implicată; se asociază cu edem al măduvei osoase lângă articulația CV, extinsă până la pedicule, aspect posterior ale corpurilor vertebrale (lateral de canalul spinal) și coastele învecinate
Entezite ale ligamentelor spinale	Enteze afectate: ligamente suprspinale, interspinale, flava
Sindesmofite (anchiloze)	În punte (la colțurile corpurilor vertebrale) sau fuziune (neoformare de os în discurile intervertebrale) în boala avansată
Tipuri de leziuni tipice RMN în articulațiile sacroiliace:	
Leziuni inflamatorii active (STIR/post-gadolinium T1)	Leziuni inflamatorii cronice (T1 – normal)
<ul style="list-style-type: none"> - Edem măduvă osoasă (osteită) - Capsulită - Sinovită - Entezită 	<ul style="list-style-type: none"> - Scleroză - Eroziuni - Depozite grăsoase - Punți osoase/anchiloze

C.2.3.4 Diagnosticul diferențial

Caseta 17. Diagnosticul diferențial al SA.

În funcție de prezentarea clinică este necesar de efectuat diagnosticul diferențial cu următoarele maladii:

- Spondiloartrite seronegative (artrita psoriazică, artrita reactivă, artrita enteropatică, spondiloartrita juvenilă);
- Artrita reumatoidă;
- Maladii infecțioase (bacteriene - *Chlamidia trachomatis*, *Shigella flexneri*, *Salmonella spp.*, *Yersinia enterocolitica* etc., virale – *Ebstein-Barr*, *citomegalovirus* sau *HCV*, *HBV*);
- Infecții osteoarticulare – osteomielita, artrita septică, psioită;
- Hernia de disc;
- Spondiloza, osteocondroza;
- Spondilita și sacroiliita infecțioasă, spondilodiscita (inclusiv tuberculoase)
- Boala Paget;
- Hiperostoza scheletală difuză, boala Forestier;
- Osteitis condensans ilii;

- Cifoza juvenilă Scheuermann;
- Maladii neoplazice – mielom multiplu, metastaze tumorale vertebrale;
- Maladii cronice inflamatorii – colita ulceroasă, boala Crohn;
- Alte maladii reumatice – LES, SS, DM/PM, febra reumatismală acută;

Notă:

1. Excluderea infecțiilor virale, bacteriene prin examinări bacteriologice, PCR sau serologice.
2. Excluderea bolilor degenerative prin evaluarea semnelor de inflamație așa ca anemia, leucocitoza, VSH, proteina C-reactivă și imagistica vertebrală (radiografia, TC, RMN, scintigrafia osoasă).
3. Excluderea bolilor osoase infecțioase, tumorale prin imagistică, efectuarea scintigrafiei osoase, puncției - biopsie.
4. Diferențierea cu alte boli reumatismale prin dozarea serică a FR, anti-CCP, ANA, anti-dsDNA, examinarea imagistică (radiografia articulară, TC, RMN, ultrasonografia articulară), demonstrarea afectării sistemice.

C.2.3.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 18. Criteriile de spitalizare a pacienților cu SA.

- Adresare primară cu semne clinice de AS;
- Diagnostic diferențial dificil;
- Apariția semnelor complicațiilor (amiloidoză, nefropatie, sindrom de coadă de cal, complicații cardiopulmonare);
- În cazul rezistenței la tratament sau evoluție atipică a bolii pentru reevaluarea pacientului.
- Ineficiența tratamentului remisiv;
- Tratament chirurgical.

C.2.3.6. Tratamentul

NOTĂ Produsele neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor vor fi marcate cu asterisc (*) și însoțite de o argumentare corespunzătoare pentru includerea lor în protocol.

Caseta 19. Principiile tratamentului SA.

- Scopul tratamentului SA este calmarea durerii, reducerea inflamației, menținerea flexibilității articulare și posturii normale, reducerea limitărilor funcționale, prevenirea anchilozei;
- Educația pacientului: gimnastică curativă, kinetoterapie, fizioterapie, balneoterapie
- Tratamentul medicamentos:
 - ✓ AINS;
 - ✓ analgezice;
 - ✓ glucocorticosteroizi;
 - ✓ tratament remisiv cu DMARD
 - ✓ tratament remisiv cu anticorpi anti-TNF α .
- Tratament chirurgical (ortopedic) – la necesitate;
- Tratament de reabilitare.

Caseta 20. Tratamentul medicamentos al SA (AINS). Nivel de evidență Ib. [2, 7, 9, 10, 11].

- SA este o boală în care tratamentul îndelungat cu AINS este determinat patogenetic, este eficient și nu are o alternativă adecvată decât medicația anti-TNF α ;
- AINS sunt preparate de primă linie în tratamentul SA;
- AINS poate fi administrat imediat la diagnosticarea bolii, independent de faza bolii;
- La pacienții cu evoluție persistentă a bolii tratamentul cu AINS este unul de durată;
- Tratamentul continuu cu AINS încetinește progresia bolii spre deosebire de tratamentul „la cerere”;
- Administrarea AINS necesită evaluarea riscului cardiovascular și al adversităților digestive, renale;
- AINS va fi ales individual, deoarece nu există unul preferențial.

<i>Dozele AINS, recomandate pentru tratamentul SA</i>		
Preparat	Doze (mg/24 ore)	Număr de prize zilnice
Diclofenacum ¹	75-150	1-3
Ibuprofenum	1200-2000	3-6
Ketoprofenum	100-200	2-3
Naproxenum	250-750	1-2
Piroxicamum	20-40	1
Meloxicamum	7,5	1
Nimesulidum	100-200	2
Celecoxibum	100-200	1-2
Etoricoxibum	60-120	1-2

¹ Sunt preferate formele retard.

Notă: Monitorizarea reacțiilor adverse la tratament cu AINS - grețuri, vome, dispepsie, diaree, constipații, ulcer gastric, majorarea transaminazelor, hematurie, cefalee, micșorarea trombocitelor, fotosensibilitate. Pacienții cu tratament cronic cu AINS (mai mult de 3-4 săptămâni) în mod obligatoriu – monitorizarea hemogramei, creatininei, transaminazelor, ureei.

Caseta 21. Tratamentul medicamentos al SA (analgice). Nivel de evidență IV. [7].

Se pot utiliza pentru ameliorarea durerii la pacienții la care AINS sunt contraindicate, prost tolerate sau ineficiente. Este recomandată evitarea opioidelor puternice (Morphinum etc.) datorită riscului de dependență. Opioidele slabe sau combinația opioide - Paracetamolum nu și-a dovedit superioritatea față de Paracetamolum.

Recomandat:

- **Paracetamolum 500-1000 mg** – per os (doza maximă admisă până la 4 g/zi);
- **Dexketoprofenum 25 mg** – per os (doza zilnică nu trebuie să depășească 75 mg);
- **Tramadolum 50 mg** - per os (doza zilnică nu va depăși 400 mg; uneori poate fi administrat și i.m.; nu se recomandă în cure de durată).

Caseta 22. Tratamentul medicamentos al SA (glucocorticoizi). Nivel de evidență Ib pentru administrare locală, IV pentru administrare sistemică. [7].

- ✓ Administrarea sistemică nu este recomandată pacienților cu SA, atât forma axială, cât și forma periferică;
- ✓ În artrite periferice, sacroiliită, entezite administrarea locală a corticosteroizilor. Administrarea peritendinoasă în regiunea tendonului Achilles și a mușchiului quadriceps
- ✓ Tratamentul local cu glucocorticoizi este eficient în uveită

Recomandat:

- **Susp. Betamethasonum 7 mg** – intratecal, intra-articular în dependență de dimensiunea articulației; **sau**
- **Susp. Methylprednisolonum 40 mg** – intratecal, intra-articular în dependență de dimensiunea articulației.

Caseta 23. Tratamentul medicamentos al SA (remisiv - DMARD). [7].

- ✓ Preparatele remisive – DMARD (Methotrexatum, Leflunomidum, Sulfasalazinum) nu vor fi administrate pacienților cu SA forma axială! **Nivel de evidență IV.** [7];
- ✓ Pacienților cu SA forma periferică în faza activă a bolii poate fi administrat **Sulfasalazinum** 1-3 g/zi cu reevaluarea eficacității peste 3 luni (**nivel de evidență Ia**);

Caseta 24. Tratamentul medicamentos al SA (remisive biologice – anticorpi anti-TNF α). Nivel de evidență Ib. [2, 7, 9-11].

Indicații

1. Forma axială și/sau periferică activă și severă:

- ✓ BASDAI > 6 de cel puțin 4 săptămâni
- ✓ VSH > 28mm/h
- ✓ proteina C reactivă > 20 mg/l

2. Eșecul terapiilor tradiționale:

- ✓ cel puțin 2 AINS administrate continuu, cel puțin 3 luni fiecare, la doze maxim recomandate sau tolerate pentru pacienții cu forme axiale
- ✓ AINS și Sulfasalazinum în formele periferice, cel puțin 4 luni de tratament la doze maxim tolerate (3 g/zi)
- ✓ corticosteroizi local (minim 2 administrări) în entezitele active.

Infliximabum se adm. doza: 5 mg/kg/corp, intravenos, săptămânile 0, 2, 6 și ulterior la fiecare a 8-a săptămână. În caz de răspuns insuficient se crește doza până la maxim 10 mg/kg/corp sau se poate micșora intervalul dintre administrări la 4-6 săptămâni;

Adalimumab* subcutan 40 mg fiecare a doua săptămână

Etanercept* subcutan 25 mg x 2 ori sau 50 mg săptămânal

Golimumab* 50 mg subcutan - lunar

Certolizumab pegol* 200 mg subcutan în săptămânile 0, 2 și 4, apoi 200 mg fiecare 2 săptămâni ori 400 mg lunar.

Notă: înainte de inițierea tratamentului este obligatoriu:

- ✓ screening pentru tuberculoză: test PPD/QuantiFERON test și Radiografia toracică;
- ✓ screening infecție virală: AgHBs, Ac anti-HVC, HIV;
- ✓ excluderea neoplaziei, boli demielinizante.

**Preparate neînregistrate în Republica Moldova*

Preparatele biologice sunt unicele medicamente cu eficacitate clinică dovedită cu nivel de evidență Ib.

Caseta 25. Tratamentul non-farmacologic al SA. Nivel de evidență IV.

- Educația pacienților
- Kinetoterapia-gimnastică medicală
- Hidroterapia - înot
- Terapia cu agenți fizici

Tratament chirurgical

La nivelul coloanei vertebrale - indicații:

- deformarea cifotică cu alterare importantă a statusului funcțional;
- pseudoartroza dureroasă la nivelul coloanei vertebrale;
- fracturi vertebrale cu instabilitate funcțională;
- complicații neurologice

Tipuri de intervenție chirurgicală :

- metode de realiniere osoasă pentru corecția deformării (osteotomie de închidere/ deschidere a coloanei, artrodeză fixată);
- decompresie chirurgicală a rădăcinilor nervoase la nivelul coloanei vertebrale

Artrite periferice – coxita:

Artroplastie, endoprotezare articulară

Tratamentul de reabilitare

- Reabilitarea reprezintă cheia succesului în cazul artritei persistente: se va utiliza terapia cu remedii fizice, terapia ocupațională, balneoterapia.
- Elaborarea programului de gimnastică curativă la domiciliu, protecția articulară habituală.
- Reabilitarea psihologică, suport psihosocial.

Caseta 26. Tratamentul manifestărilor extrascheletice ale SA. Subiecte și al protocoalelor speciale.

Manifestările oculare – Uveita

- Corticoterapie (Dexamethasonum injecții intraoculare sau picături oftalmice)
- Midriatice locale (Sol. Tropicamidum* – 1-2 picături oftalmice.
- Preparate remisive – Sulfasalazinum, anti-TNF α (Infliximabum)

Manifestările cardiovasculare

- Insuficiența aortică - protezarea valvei aortice
- Bloc atrioventricular gr. III - Pacemaker

Manifestări pulmonare

- Aspergiloza, fibroză lob pulmonar superior – referire către serviciul pneumoftiziologic **Afectarea renală**
- Glomerulonefrita mezangială cu depuneri de IgA - glucocorticoizi
- Nefropatie interstițială secundară consumului de AINS – sistare AINS, glucocorticoizi
- Amiloidoza – tratament remisiv al SA

Afectarea neurologică

- Fracturi, subluxație atlantoaxială – tratament ortopedic
- Sindrom de coadă de cal – decompresie chirurgicală

C.2.3.7. Evoluția SA

Caseta 27. Evoluția SA [5].

SA are o evoluție progresivă cu dezvoltarea anchilozei coloanei vertebrale și unor articulații periferice. Evolutiv se deosebesc 2 variante ale bolii:

- Forma axială
- Forma periferică (mixtă)

În evoluție se observă 2 perioade, mai caracteristică formei axiale:

1. **Pre-radiologică** – lipsesc manifestările radiologice certe caracteristice atât în articulațiile sacroiliace, cât și vertebrale. Modificările pot fi observate numai prin examen RMN, care observă osteita caracteristică SA. Modificările radiologice posibile (sacroiliită gr.1 și sacroiliita unilaterală gr.2 nu sunt concludive pentru diagnostic;
2. **Perioada radiologică (de stare)** – se observă modificări radiologice caracteristice (sacroiliită bilaterală > gr.2), fără modificări certe în articulațiile vertebrale (sindesmofite). La etapa **tardivă** apar semne radiologice certe, atât sacroiliace, cât și vertebrale (sindesmofite, vertebre pătrate, rectitudinea coloanei vertebrale, anchiloze – ”coloana de bambus”, ”șine de tramvai cu fir electric”).

Perioada desfășurată a bolii decurge mai caracteristic în formă clasică ascendentă:

- Stadiu sacroiliac;
- Stadiul lombar;
- Stadiul toracic (dorsal);
- Stadiul cervical.

C.2.3.8 *Supravegherea pacienților cu SA*

Caseta 28. Supravegherea pacienților cu SA [2, 3, 6, 7, 9-11].

Monitoringul pacienților cu SA include:

- ✓ Anamneza (chestionare pacienți);
 - ✓ Parametrii clinici (durere - VAS, durata redorii matinală în minute, numărul articulațiilor dureroase și tumefiate, numărul entezelor, aprecierea mobilității coloanei vertebrale și articulare, determinarea scorurilor BASFI, BASDAI, BASMI)
 - ✓ Teste de laborator: VSH, proteina c-reactivă;
 - ✓ Imagistica (anteroposterior și lateral lombar, lateral cervical, radiografia bazinului pentru vizualizarea articulațiilor sacroiliace și coxofemorale)
- Toate se vor efectua conform setului de bază ASAS (anexa 1) [7, 9-11]

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu SA:

- Evidența la medicul de familie – pacienții care nu necesită tratament remisiv;
- Pacientul cu SA trebuie să fie supravegheat de reumatolog;
- Periodicitatea examenului și monitoringului se decide individual în dependență de:
 - ✓ Evoluția bolii
 - ✓ Severitate
 - ✓ Tratamentul aplicat
- Cooperarea cu alte specialități – ortoped, neurolog, oftalmolog, nefrolog, cardiolog, pneumoftiziolog, fizioterapeut, kinetoterapeut, psiholog, ș.a.

Notă: În caz de apariție a semnelor de recădere a bolii, reacțiilor adverse la tratament sau a complicațiilor, medicul de familie și specialistul reumatolog va spitaliza pacientul în secție specializată – reumatologie.

C.2.4. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate)

Caseta 29. Complicațiile SA.

Cardiace:

- Insuficiența aortică
- Tulburări de conducere AV

Pulmonare:

- Fibroză lobi superiori

Renale:

- Nefropatia cu IgA
- Amiloidoza secundară

Neurologice:

- Subluxația C1-C2 cu mielopatie
- Fracturi vertebrale C5-C6, C6-C7
- Sindrom de coadă de cal

Caseta 30. Complicațiile posibile în urma tratamentului remisiv.

- Acutizarea infecțiilor oportune;
- HTA;
- Toxicitate pulmonară, hepatică, hematologică, gastroenterologică, nefrologică;
- Osteoporoza;

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de AMP	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie • asistenta medicului de familie
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • oftalmoscop • taliometru • panglica – centimetru • cântar • laborator clinic standard pentru determinarea: (creatininei serice, hemoglobinei, urinei sumare, ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, VSH, proteina C-reactivă).
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • AINS • Glucocorticosteroizi • Sulfasalazinum
D.2. Instituțiile consultativ-diagnostice	Personal <ul style="list-style-type: none"> • medic reumatolog • asistente medicale.
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • oftalmoscop • taliometru • panglică – centimetru • cântar • ecocardiograf • cabinet de diagnostic funcțional • cabinet radiologic • laborator clinic standard pentru determinarea: (creatininei serice, hemoglobinei, urinei sumare, ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, VSH, proteina C-reactivă).
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • AINS • Glucocorticosteroizi • Sulfasalazinum
D.3 Secțiile de reumatologie ale spitalelor municipale și republicane	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic-reumatolog • medic-funcționalist • asistente medicale • acces la consultații calificate: neurolog, nefrolog, endocrinolog, oculist, hematolog, pneumolog, ortoped, kinetoterapeut, fizioterapeut, psiholog
	Aparataj, utilaj:

	<ul style="list-style-type: none"> • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • oftalmoscop • taliometru • panglica – centimetru • cântar • ecocardiograf • cabinet de diagnostic funcțional • cabinet radiologic • tomograf computerizat; • rezonanță magnetică nucleară; • laborator radioizotopic SPECT/CT; • densitometru prin raze X; • ultrasonograf articular; • laborator clinic standard pentru determinarea: (creatininei serice, hemoglobinei, urinei sumare, ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, VSH, proteina C-reactivă). • laborator imunologic • laborator virusologic; • laborator bacteriologic; • secție de reabilitare; • secție ortopedie.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINS • Glucocorticosteroizi inclusiv pentru administrare intraarticulară • Sulfasalazinum • Infliximabum

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Sporirea numărului de pacienți cărora li s-a stabilit în primele 6 luni de la debutul bolii diagnosticul de SA	Ponderea pacienților cu diagnosticul de SA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele 6 luni de la debutul bolii (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de SA, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele 6 luni de la debutul bolii pe parcursul unui an X 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de SA care se află la supravegherea medicului de familie
2.	Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu SA	Ponderea pacienților cu diagnosticul de SA, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor PCN Spondilita anchilozantă” (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de SA, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor PCN Spondilita anchilozantă pe parcursul unui an x 100	Numărul total al pacienților cu diagnosticul de SA, care se află la supravegherea medicului de familie
3.	Sporirea calității tratamentului pacienților cu SA	Ponderea pacienților cu diagnosticul de SA, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor PCN Spondilita anchilozantă (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de SA, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor PCN Spondilita anchilozantă” pe parcursul unui an x 100	Numărul total al pacienților cu diagnosticul de SA, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
4.	Sporirea numărului de pacienți cu AS supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național	Ponderea pacienților cu diagnosticul de SA, care au fost supravegheați conform recomandărilor PCN Spondilita anchilozantă (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de SA, care au fost supravegheați conform recomandărilor PCN Spondilita anchilozantă pe parcursul unui an X 100	Numărul total al pacienților cu diagnosticul SA, care sunt supravegheați de către medicul de familie pe parcursul ultimului an
5.	Sporirea numărului de pacienți cu SA cărora li se vor monitoriza posibilele efectele adverse la tratament continuu cu preparate remisive	Ponderea pacienților cu diagnosticul de SA, cărora li sau monitorizat posibilele efectele adverse la tratament continuu cu preparate remisive conform recomandărilor PCN Spondilita anchilozantă (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de SA, cărora li sau monitorizat posibilele efectele adverse la tratament continuu cu preparate remisive conform recomandărilor PCN Spondilita anchilozantă pe parcursul unui an X 100	Numărul total al pacienților cu diagnosticul de SA, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an

No	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
6.	Sporirea numărului de pacienți cu SA cu inducerea remisiunii complete	Ponderea pacienților cu diagnosticul de SA, cu remisiune completă indusă conform recomandărilor PCN Spondilita anchilozantă (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de SA, cu remisiune completă indusă conform recomandărilor PCN Spondilita anchilozantă pe parcursul unui an X 100	Numărul total al pacienților cu diagnosticul de SA, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
7.	Sporirea numărului de pacienți cu SA cu menținerea funcției articulare și activității zilnice	Ponderea pacienților cu diagnosticul de SA, la care se menține funcția articulară și activitatea zilnică (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de SA, la care se menține funcția articulară și activitatea zilnică pe parcursul unui an X 100	Numărul total al pacienților cu diagnosticul de SA, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an

Anexe

Anexa 1. Set de bază ASAS pentru evaluarea pacienților cu SA [36].

Domeniu	DM	Set SMARD/PT	DC-ART	Instrumente
Evaluare globală pacient	+	+	+	VAS sau NRS ultima săptămână
Durere spinală	+	+	+	Media ultimei săptămâni VAS/NRS pentru: 1) durerea în general cauzată de SA 2) durerea nocturnă
Redoare spinală	+	+	+	VAS/NRS redoare matinală
Mobilitate spinală	+	+	+	Expansiune toracică Test Schöber modificat Distanța occiput - perete Rotația cervicală Flexie spinală laterală ori BASMI
Funcția fizică	+	+	+	BASFI sau Index Funcțional Dougados
Articulații periferice și enteze	+		+	Număr articulații tumefiate (numărare 44 articulații). Scoruri entezice MASES, San Francisco, Berlin
Fatigabilitatea			+	Întrebarea referitor fatigabilitatea din BASDAI
Indicatorii fazei acute	+		+	VSH sau PCR
Imagistica			+	Rg-grafie laterală vertebre lombare și vertebre cervicale și bazin (sacroiliace și coxofemorale)

DM - înregistrare în documentația medicală de rutină; DC-ART - terapie antireumatică de control a bolii (disease-controlling anti-rheumatic therapy); SMARD - medicamente antireumatice modificatoare de simptome (symptom modifying anti-rheumatic drugs); PT - terapie fizică; VAS - scala vizuală analogă (Visual Analogue Scale 0-100); NRS - scala numeric calibrată (Numeric Rated Scale); VSH - viteza de sedimentare a hematiilor; PCR – proteina C-reactivă; MASES, Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score.

Anexa 2. Instrumente de evaluare și monitorizare a pacienților cu SA.

Instrument	Abreviere	Măsurare	Descriere
Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index [5]	BSADAI	Activitate boală	Indice compus din răspunsul la 6 întrebări, fiecare măsurat prin VAS 0-100 mm: <ul style="list-style-type: none"> - fatigabilitatea - durere cervicală, lombară sau șold - durere/tumefiere în alte articulații (diferite de cervicală, lombară și șold) - disconfortul general din ariile sensibile - nivel general al redorii matinale - durata redorii matinale
Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index [5]	BASFI	Funcție	Indice compus din răspunsul la 10 întrebări, referitoare la funcțiile de bază zilnice, astfel ca aplecare și stat în picioare, fiecare măsurat prin VAS 0-100 mm
Dougados Functional Index [5]	DFI	Funcție	Indice compus din 20 de întrebări, reflectând funcțiile zilnice de bază, opțiunile de răspuns fiind ”da, fără dificultate”, ”da, dar cu dificultate” și ”nu”.
Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index [5]	BASMI	Funcție (coloană și șold)	Indice compus din 5 măsurări: <ul style="list-style-type: none"> - rotație cervicală - distanța tragus – perete - flexie lombară - test Schöber modificat - distanță intermaleolară
Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index [5]	BASRI	Alterare structurală	Sistem de scor radiologic din radiografia laterală cervicală, antero-posterioară și laterală lombară și șold, precum și gradația New York pentru articulațiile sacroiliace
Modified Stoke AS Spinal Score [5]	mSASSS	Alterare structurală	Sistem de scor radiologic din radiografia laterală cervicală lombară în scară 0-72.

Anexa 3. Durerea spinală la pacienți cu SA [4, 5].

Două întrebări (media pentru ultima săptămână), scala vizual analogă (VAS) sau scala numeric calibrată (NRS):

- Care este intensitatea durerii Dvs. cauzate AS?
- Care este intensitatea durerii Dvs. cauzate AS în timp de noapte?

ASAS preferă NRS

Scala vizual analogă (VAS)

Lipsă durere Durerea ce mai severă

Scala numeric calibrată (NRS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Lipsă durere Durerea ce mai severă

Anexa 4. Scor global pacient [4, 5].

Cât de activă a fost boala în medie pentru ultima săptămână, (VAS sau NRS)?
ASAS preferă NRS

Scala vizual analogă (VAS)

Neactivă Foarte activă

Scala numeric calibrată (NRS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Neactivă Foarte activă

Anexa 5. Scor redoare matinală [4, 5].

Cât durează redoarea matinală din timpul trezirii Dvs.? (NRS) (asemănător cu întrebarea 6 din BASDAI)

Scala numeric calibrată (NRS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 ore 1 oră ≥ 2 ore

Anexa 6. Chestionar de evaluare a statutului funcțional – scor BASFI [4, 5]

Chestionar BASFI

Pacient _____ Data ___/___/___

Întrebările „Puteți să...” se apreciază după scala de mai jos pentru *ultima săptămână*. Marcați situația care o considerați apropiată din intervalul 0-10

Puteți Dumneavoastră să...

1. Îmbrăcați ciorapii fără ajutorul altora?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ușor

Imposibil

2. Vă aplecați înainte pentru a ridica stiloul de pe podea fără alte mijloace de ajutor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ușor

Imposibil

3. Vă întindeți în sus pentru a lua o carte de pe raft fără ajutorul altora?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ușor

Imposibil

4. Vă ridicați de pe scaun fără ajutorul mâinilor sau altor persoane?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ușor

Imposibil

5. Vă ridicați de pe podea din poziția culcată fără ajutorul altora?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ușor

Imposibil

6. Stați în picioare fără ajutorul suportului sau a altor persoane în decurs de 10 minute fără a simți disconfort?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ușor

Imposibil

7. Urcați 12-15 trepte fără sprijin în baston sau alt suport (cu un picior pe fiecare treaptă)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ușor

Imposibil

8. Întoarceți capul și să priviți în spate, fără a întoarce trunchiul?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ușor

Imposibil

9. Vă ocupați cu activitate fizică (de ex. exerciții fizice, sport, lucru în grădină)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ușor

Imposibil

10. Vă mențineți activitatea pentru întreaga zi (acasă sau la serviciu)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ușor

Imposibil

SUMA = (1+2+5+..10)

Scor BASFI = SUMA / 10

Instrucțiuni pentru determinarea scorului

Aprecierea scorului total necesită următoarele: pentru întrebările 1-10 se sumează totalul punctelor obținute, iar suma obținută se împarte la 10. Scorul BASFI este media răspunsurilor la 10 întrebări. Scorul variază de la 0 la 10 puncte, unde 0 reflectă lipsa dereglărilor funcționale, iar 10 afectare maximală.

Anexa 7. Indice funcțional Dougados (DFI – Dougados Functional Index) [4, 5]

Pacient _____ Data îndeplinirii _____

Marcați răspunsul care mai bine caracterizează abilitățile Dvs. zilnice.

Întrebare, Puteți să...	Răspunsuri		
	Da, fără dificultate	Da, dar cu dificultate	Nu
Punctaj	0	1	2
1. Încălțați încălțăminte?			
2. Îmbrăcați pantalonii?			
3. Îmbrăcați puloverul?			
4. Intrați în cada de baie?			
5. Stați în picioare timp de 10 min?			
6. Vă ridicați pe scări la un etaj?			
7. Alerga?			
8. Vă așezați?			
9. Vă sculați de pe scaun?			
10. Intrați în automobil?			
11. Vă aplecați pentru a ridica un obiect?			
12. Vă ghemuiți?			
13. Vă culcați?			
14. Întoarceți în pat?			
15. Vă sculați din pat?			
16. Dormiți pe spate?			
17. Dormiți pe burtă?			
18. Îndepliniți activitățile de serviciu și casnice?			
19. Tuși sau strănuta?			
20. Respira profund?			
TOTAL:			

Interpretarea scorului: scorul este cuprins în intervalul 0-40; valorile mai mari reflectă alterarea funcțională mai mare. Se utilizează scara Likert de 3 grade: **0 – da, fără dificultate;** **1 – da, cu dificultate** și **2 – nu.**

Anexa 8. Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (scor BASMI) [3, 4, 5].

Introduceți datele a 5 măsurători în tabelul de mai jos.

Pacient _____ Data îndeplinirii _____

Măsurarea	Măsurare pacient		Media sau scor total	Puncte BASMI
	Stânga	Dreapta		
Distanța tragus – perete				
Flexie lombară laterală				
Test Schöber modificat				
Rotație cervicală				
Distanța intermaleolară				
			Puncte BASMI total	
			Scor BASMI	

Scorul poate fi calculat în scala din 3 puncte sau scala de 11 puncte (tabele de mai jos).
Scorul variază în limitele 0-10).

Tabel de calcul a scorului BASMI, scala de răspuns de 3 puncte

	0	1	2
	Ușor	Moderat	Sever
Distanța tragus – perete, cm	<15	15-30	>30
Flexie lombară laterală, cm	>15	5-10	<5
Test Schöber modificat, cm	>4	2-4	<2
Rotație cervicală, °	>70	20-70	<20
Distanța intermaleolară, cm	>100	70-100	<70

Calcul scor BASMI:

Rezultatul fiecărei măsurări este apreciat cu punctaj conform tabelii de mai sus. Suma scorurilor este în limitele 0-10. Scorul BASMI mai mare (mai aproape de 10) reflectă limitarea mai severă a mișcărilor pentru pacienți cu SA axială.

Tabel de calcul a scorului BASMI scala de răspuns de 11 puncte

Punctaj	DTP*	FLL*	TS*	RC†	DIM*
0	≤10	≥20	≤7	≥85	≥120
1	10-12,9	18-20	6,4-7,0	76,6-85	110-119,9
2	13-15,9	15,9-17,9	5,7-6,3	68,1-76,5	100-1-9,9
3	16-18,9	13,8-15,8	5-5,6	59,6-68	90-99,9
4	19-21,9	11,7-13,7	4,3-4,9	51,1-59,5	80-89,9
5	22-24,9	9,6-11,6	3,6-4,2	42,6-51	70-79,9
6	25-27,9	7,5-9,5	2,9-3,5	34,1-42,5	60-69,9
7	28-30,9	5,4-7,4	2,2-2,8	25,6-34	50-59,9
8	31-33,9	3,3-5,3	1,5-2,1	17,1-25,5	40-49,9
9	34-36,9	1,2-3,2	0,8-1,4	8,6-17	30-39,9
10	≥37	≤1,2	≥0,7	≤8,5	≤30

Măsurare: * în cm, † în grade.

DTP - Distanța Tragus-Perete; FLL - Flexie lombară laterală; TS - Test Schöber; RC - Rotație cervicală; DIM - Distanța intermaleolară.

Calcul scor BASMI:

Rezultatul fiecărei măsurări este apreciat cu punctaj conform tabelii de mai sus. Suma scorurilor este în limitele 0-50. Aceasta se împarte la 5. Scorul BASMI mai mare (mai aproape de 10) reflectă limitarea mai severă a mișcărilor pentru pacienți cu SA axială.

Anexa 9. Aprecierea activității bolii, scor BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) [5, 6].

BASDAI				
Pacient _____	Data ___/___/_____			
<p>Marcați pe linie situația Dvs. pentru ultima săptămână.</p>				
<p>1. Cum puteți caracteriza slăbiciunea generală/oboseala?</p>				
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	Foarte intensă			
<p>Lipsește</p>				
<p>2. Indicați nivelul durerii în coloana vertebrală cervicală, lombară și/sau articulațiile coxo-femorale?</p>				
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	Foarte intensă			
<p>Lipsește</p>				
<p>3. Indicați nivelul durerii sau tumefierii în articulații (în afară de coloanei vertebrale cervicală, lombare și articulațiilor coxo-femorale)?</p>				
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	Foarte intensă			
<p>Lipsește</p>				
<p>4. Cum puteți aprecia disconfortul local în orice arie sensibilă la palpare?</p>				
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	Foarte intensă			
<p>Lipsește</p>				
<p><small>Pentru următoarele răspunsuri personalul medical va aprecia media înainte de a fi introduse în chestionar.</small></p>				
<p>5. Cum apreciați nivelul general al redorii matinale?</p>				
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	Foarte intensă			
<p>Lipsește</p>				
<p>6. Care este durata redorii matinale din momentul trezirii?</p>				
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	≥2 ore			
0	½ oră	1 oră	1 ½ ore	≥2 ore
$\text{BASDAI} = \frac{Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + \left(\frac{Q5 + Q6}{2}\right)}{5}$				
<p>Activitate SA conform BASDAI:</p> <p>< 2 – activitate mică (joasă)</p> <p>2,0-3,9 – activitate moderată</p> <p>4,0-6,9 – activitate înaltă</p> <p>> 7 – activitate foarte înaltă</p>				
<p>Instrucțiuni pentru determinarea scorului:</p> <p>BASDAI se determină prin răspunsul pe scara VAS de 10cm la 6 întrebări referitoare la 5 simptome major majore a SA: 1) Oboseala 2) Durerea spinală 3) Durerea / tumefierea articulară 4) Arii de sensibilitate locală (entezite) 5) Redoarea matinală.</p> <p>Pentru ultimele 2 întrebări referitor redoarea matinală se ia media răspunsurilor. Rezultatul sumei de la 0 la 50 se împarte la 5 și se obține scorul BASDAI între 0 și 10.</p>				

Anexa 10. Evaluarea activității SA: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS_{PCR/VSH}) [2-5].

ASDAS_{PCR}

$(0,21 \times \text{Durere vertebrală totală}) + (0,110 \times \text{Evaluare globală pacient}) + (0,073 \times \text{Durere periferică/tumefiere}) + (0,058 \times \text{Durata redorii matinale}) + (0,579 \times \text{Ln(PCR+1)})$

ASDAS_{VSH}

$(0,113 \times \text{Evaluare globală pacient}) + (0,293 \times \sqrt{\text{VSH}}) + (0,086 \times \text{Durere periferică/tumefiere}) + (0,069 \times \text{Durata redorii matinale}) + (0,079 \times \text{Durere vertebrală totală})$

Scorul ASDAS ia în considerație unele răspunsuri din chestionarul BASDAI, dar și unii markeri ai inflamației (PCR, VSH). Calculatorul automat ASDAS poate fi accesat la www.asas-group.org.

Activitate SA conform ASDAS:

< 1,3 – activitate mică (joasă)

>1,3 < 2,1 – activitate moderată

>2,1 < 3,5 – activitate înaltă

> 3,5 – activitate foarte înaltă

Dinamica ASDAS ca urmare a tratamentului:

≥1,1 – ameliorare clinic importantă

≥2,0 – ameliorare majoră

PCR – proteina C-reactivă, VSH – viteza sedimentării hematiilor

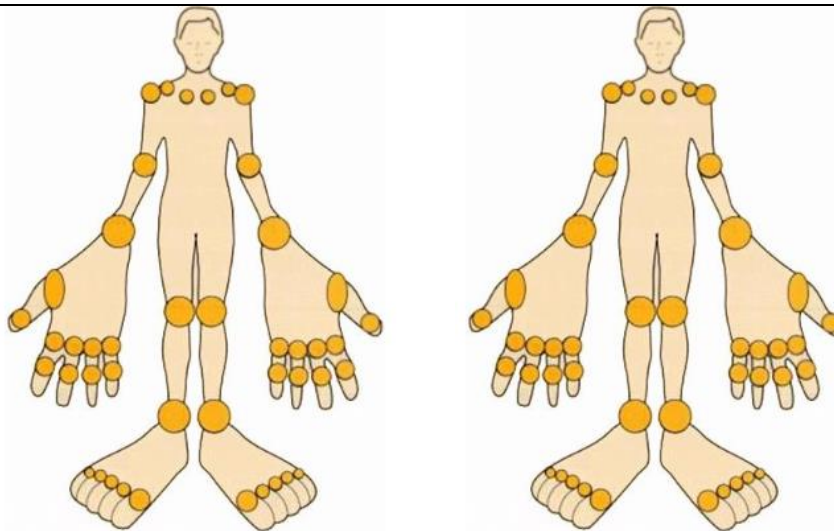
Anexa 11. Evaluare articulații periferice în SA. Recomandări ASAS, 2012 [5]

Are pacientul semne/simptoame sugestive pentru afectarea articulațiilor periferice de la ultima vizită?

Da Nu

Dacă da, completați manechinele de mai jos pentru numărul de articulații dureroase și articulații tumefiate.

Număr
articulații
dureroase
(44)



Număr
articulații
dureroase
(44)

Alternativ în unele cazuri poate fi folosit instrumentul DAS28

Anexa 12. Criteriile de răspuns și remisiune pentru monitorizarea pacientului cu SA. [7, 9-11]

Instrument	Abreviere	Descriere
Criteriu ASAS de ameliorare	ASAS-IC	Patru domenii bazate pe discriminarea dintre tratamentul cu AINS și placebo: - Funcția măsurată prin BASFI; - Durerea spinală măsurată prin VAS 0-100 mm; - Evaluare globală pacient ultima săptămână – VAS 0-100 mm; - Inflamația măsurată ca media a ultimelor 2 întrebări din chestionarul BASDAI (intensitatea și durata redorii matinale).
Criteriu de răspuns ASAS 20%	ASAS20	Răspunsul la tratament este definit de: - ameliorare $\geq 20\%$ și ≥ 10 mm VAS în cel puțin 3 din 4 domenii ASAS-IC și - lipsa înrăutățirii în al patrulea domeniu $\geq 20\%$ și ≥ 10 mm VAS
Criteriu de răspuns ASAS 40%	ASAS40	Răspunsul la tratament este definit de: - ameliorare $\geq 40\%$ și ≥ 40 mm VAS în cel puțin 3 din 4 domenii ASAS-IC și - lipsa înrăutățirii în al patrulea domeniu $\geq 20\%$ și ≥ 10 mm VAS
Criterii ASAS 5 din 6	ASAS 5/6	Elaborat pentru studii clinice cu anti-TNF α și include 6 domenii: - Durerea - Evaluare globală pacient - Funcție - Inflamație - Mobilitate spinală - Proteina C-reactivă Răspunsul la tratament se consideră ameliorarea în 5 domenii din 6, fără agravare în al șaselea domeniu.
Criterii de remisiune ASAS		O valoare $<20\%$ pe scara 0-100 sau 0-10 a fiecărui din următoarele: - Evaluare globală pacient (anexa 4) - Durerea în ultimele 48 ore (anexa 3) - Funcție (BASFI) (anexa 6) - Inflamație (media răspunsului la întrebările 5 și 6 din scor BASDAI, anexa 9)

Anexa 13. Formular de consultație la medicul de familie pentru SA

Pacient _____

General	Data	Data	Data	Data
Tensiunea arterială				
Înălțimea/greutatea				
Evaluarea globală a bolii de către pacient (VAS sau NRS)				
Durere spinală (VAS sau NRS)				
Redoarea spinală (VAS sau NRS)				
Mobilitatea spinală				
Funcția fizică (BASFI)				
Numărul articulațiilor dureroase și tumefiate (44)				
Marcherii inflamatori (VSH, PCR)				
Tratamentul la zi:				
1.				
2.				
3.				
4.				
Efectele adverse				
1.				
2.				
3.				
Programul ocupațional				
Examinarea specialiștilor: reumatolog oftalmolog ortoped				

Anexa 14. Formular de consultație la medicul reumatolog pentru SA

Pacient _____

General	Data	Data	Data	Data
Tensiunea arterială				
Înălțimea/greutatea				
Evaluarea globală a bolii de către pacient (VAS sau NRS)				
Durere spinală (VAS sau NRS)				
Redoarea spinală (VAS sau NRS)				
Mobilitatea spinală (BASMI)				
Funcția fizică (BASFI,DFI)				
Activitate boala (BASDAI, ASDAS)				
Numărul articulațiilor dureroase și tumefiate (44)				
Fatigabilitatea				
Markerii inflamatori (VSH, PCR)				
Imagistica				
Monitorizare tratament (criterii de ameliorare, răspuns, remisiune: ASAS-IC, ASAS20, ASAS40, ASAS5/6)				
Tratamentul la zi:				
1.				
2.				
3.				
4.				
Efectele adverse				
1.				
2.				
3.				
Programul ocupațional				
Examinarea specialiștilor: oftalmolog, ortoped fizioterapeut cardiolog gastroenterolog dermatolog neurolog alții.				

Anexa 15. Recomandările ASAS/EULAR pentru managementul SA [2-4, 7, 9-11].

Principiile generale ale managementului pacienților cu AS sunt:

- AS este o boală potențial severă cu manifestări diverse, care necesită de obicei un tratament multidisciplinar coordonat de reumatolog.
- Scopul principal al tratamentului pacientului cu AS este de a maximiza pe termen lung calitatea vieții pacientului prin controlul simptomelor și inflamației, prevenirea deteriorării structurale progresive, conservarea / normalizarea funcției și încadrării sociale.
- Tratamentul AS ar trebui să vizeze cea mai bună opțiune, bazându-se pe o decizie partajată între pacient și reumatolog.
- Managementul optim al pacienților cu AS necesită o combinație de tratamente non-farmacologice și farmacologice.

1. Tratamentul SA trebuie ghidat în funcție de:

- ✓ Manifestările actuale ale bolii (axiale, periferice, entezite, simptome extra-articulare).
- ✓ Nivelul simptomelor curente, constatări clinice, și indicatori de prognostic.
- ✓ Starea clinică generală (vârstă, sex, comorbidități, medicamente administrate concomitent, factorii psihosociali).

2. Monitorizarea bolii a pacienților cu AS ar trebui să includă:

- ✓ Istoric pacienți (d.e., chestionare)
- ✓ Parametrii clinici
- ✓ Teste de laborator
- ✓ Imagistica
 - ▷ *Toate în conformitate cu prezentarea clinică, precum și setul de bază ASAS,*

Frecvența monitorizării ar trebui decisă în mod individual, în funcție de:

- ✓ Evoluția simptomelor
- ✓ Severitatea bolii
- ✓ Tratament

3. Tratamentul non-farmacologic.

- ✓ Piatra de temelie a tratamentului non-farmacologic a pacienților cu AS este educația pacientului și exercițiile fizice regulate.
- ✓ Exercițiile domestice sunt eficiente. Fizioterapia cu exerciții supravegheate, pe teren sau acvatic, în mod individual sau în grup, sunt preferate celor domestice deoarece acestea sunt mai eficiente.
- ✓ Asociațiile de pacienți și grupuri auto-ajutor pot fi utile.

4. Manifestările extra-articulare și comorbidități.

- ✓ Cele mai frecvent observate manifestări extra-articulare, de exemplu, psoriazis, uveita și boala inflamatorie intestinală, ar trebui să fie gestionate în colaborare cu specialiștii respectivi.
- ✓ Reumatologii ar trebui să fie conștienți de riscul crescut de boli cardiovasculare și osteoporoză.

5. Antiinflamatoarele non-steroidiene.

- ✓ AINS, inclusiv coxibii, sunt recomandate ca tratament medicamentos de prima linie pentru pacienții AS cu durere și rigiditate/redoare.
- ✓ Tratamentul continuu cu AINS este preferat pentru pacienții cu boală persistent activă, simptomatică.
- ✓ Riscurile cardiovasculare, gastrointestinale și renale trebuie luate în considerație la prescrierea AINS.

6. Analgezicele.

- ✓ Analgezicele, cum ar fi paracetamolul și opioidele, ar putea fi luate în considerare pentru durerea reziduală după falimentul, contraindicația și intoleranța tratamentului convențional.

7. Glucocorticoizii.

- ✓ Injecțiile locale cu glucocorticoizi în focarul musculoscheletal inflammat pot fi aplicate.
 - ✓ Utilizarea glucocorticoizilor sistemice pentru boala axială nu este susținută de elementele medicini bazate pe dovezi.
- 8. Medicamente antireumatice modificatoare de boală (DMARD).**
- ✓ Nu există dovezi pentru eficacitatea vreunui DMARD, inclusiv Sulfasalazinum și Methotrexatum, pentru tratamentul bolii axiale.
 - ✓ Sulfasalazinum pot fi administrată pacienților cu artrită periferică.
- 9. Terapia anti-TNF**
- ✓ Terapia anti-TNF trebuie administrată pacienților cu activitate înalt persistentă a bolii, în pofida tratamentelor convenționale conform recomandărilor ASAS
 - ✓ Nu există dovezi care să susțină utilizarea obligatorie a DMARD, înainte sau concomitent cu terapia anti-TNF la pacienții cu boală axială.
 - ✓ Nu există dovezi care să susțină o diferență în eficacitatea diferitelor inhibitori TNF asupra bolii axiale și articulare/entezeale; dar în prezența bolii inflamatorii intestinale diferența în eficacitatea gastrointestinală trebuie luată în considerație.
 - ✓ Trecerea la un al doilea blocant TNF ar putea fi benefic în special la pacienții cu pierderea răspunsului la primul.
 - ✓ Nu există dovezi care să susțină utilizarea agenților biologici, alții decât inhibitori de TNF în SA.
- 10. Tratament chirurgical.**
- ✓ Artroplastia totală de șold este indicată pacienților cu durere refractară sau invaliditate și dovezi radiografice de alterare structurală, independent de vârstă.
 - ✓ Osteotomie spinală corectivă pot fi folosită la pacienții cu deformare severă dizabilitantă.
 - ✓ Pacienții cu SA și fractură vertebrală acută vor fi consultați de un ortoped vertebrolog.
- 11. Modificări în evoluția bolii.**
- ✓ În cazul în care are loc o modificare semnificativă a evoluției bolii, alte cauze decât cele inflamatorii, ca d.e. fractura vertebrală, ar trebui să fie suspectate și evaluate corespunzător, inclusiv prin metode imagistice.

Anexa 16. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Spondilita anchilozantă la adult

Nr	Domeniu	Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3.	Perioada de audit	dd/ll/aaaa
4.	Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
5.	Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
6.	Data nașterii pacientului	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscută
7.	Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
8.	Numele medicului curant	
	Patologia	Spondilită anchilozantă
	Internarea	
9.	Data internării în spital	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscut
10.	Timpul/ora internării la spital	Timpul (HH: MM) sau 9 = necunoscut
11.	Secția de internare	Departamentul de urgență = 0 ; Secția de profil reumatologic = 1; Secția de profil chirurgical/ortopedic = 2; Secția de terapie intensivă = 3
12.	Timpul parcurs până la transfer în secția specializată	≤ 30 minute = 0; 30 minute – 1 oră = 1; ≥ 1oră = 2; nu se cunoaște = 9
13.	Data debutului simptome lor	Data (dd/ll/aaaa A) 0 = debut acut; 1 = debut insidios; 9 = necunoscută
14.	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Au fost aplicate: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
15.	Tratament administrat la Departamentul de urgență	A fost administrat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
16.	În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării):	
17.	Transferul pacientului pe parcursul internării în secția de terapie intensivă în legătură cu agravarea patologiei	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Diagnosticul	
18.	Folosirea setului de criterii de clasificare și diagnostic	Au fost efectuate după internare : nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
19.	Aprecierea alterării funcționale: scoruri BASFI, Dougados, BASMI,	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
20.	Aprecierea activității bolii: scoruri BASDAI, ASDAS _{CRP} și ASDAS _{VSH}	negativ = 0; pozitiv = 1; rezultatul nu se cunoaște = 9
21.	Examen radiologic cu evaluarea scorurilor mSASSS și/sau BASRI	A fost efectuat după internare : nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
22.	Rezonanță magnetică nucleară (opțional)	A fost efectuat după internare : nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Tratamentul	
23.	Tratament cu AINS	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
24.	Tratament cu corticosteroizi	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
25.	Tratament remisiv (Sulfasalazin)	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
26.	Tratament cu remisiune biologice	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
27.	Tratament non-farmacologic	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
28.	Răspuns terapeutic, confirmat prin criteriile de răspuns: ASAS-IC, ASAS 20, ASAS 40, ASAS 5/6, criterii de remisiune ASAS	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9

Externarea și medicația		
30.	Data externării sau decesului	Include data transferului la alt spital, precum și data decesului.
31.	Data externării	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscută
32.	Data decesului	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscută
33.	Durata spitalizării	Zile
34.	Implementarea criteriilor de externare	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
35.	Prescrierea recomandărilor la externare	Externat din spital cu indicarea recomandărilor: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Decesul pacientului		
36.	Decesul în spital	Nu = 0 Decesul cauzat de complicațiile SA = 1; Alte cauze de deces = 2; nu se cunoaște

Anexa 17. Informație pentru pacienți

Ce este spondilita anchilozantă?

Spondilita anchilozantă este o formă de artrită inflamatorie și o boală autoimună cronică care afectează în principal coloana vertebrală și articulațiile sacroiliace, evoluând progresiv spre anchiloză, dar poate afecta și articulațiile periferice, tendoanele și ligamentele, precum și ochii, cordul, pulmonii etc.

În SA articulațiile vertebrale, dar și cele periferice sunt ținta atacului imun, provocând durere și redoare în spate. Spondilita anchilozantă debutează cu afectarea entezelor, locul unde ligamentele se atașează de os. Osul se alterează, astfel el răspunde prin formare nouă de os pentru repararea defectului. Coloana vertebrală devine în timp rigidă și dureroasă. De regulă, durerea inițial apare în regiunea fesieră, cauzată de inflamarea articulațiilor sacroiliace. Procesul tinde să se repete, astfel noi formațiuni osoase se formează, producând cu timpul fuziunea vertebrelor (anchiloză).

Boala debutează la vârste tinere (15-30 ani), sub 45 ani. Bărbații suferă de 3 ori mai frecvent ca femeile.

Evoluția bolii decurge în două etape. Prima, este cauzată de inflamație în articulațiile sacroiliace, fapt ce provoacă dureri fesiere, șolduri. Cu timpul unii pacienți resimt durere și în alte articulații, inclusiv regiunea lombară, cervicală, umeri, genunchi, picioare. În această perioadă diagnosticul este dificil, deoarece modificările radiologice nu sunt clar vizibile. Această etapă este denumită faza non-radiologică. Deseori ea durează timp îndelungat, 10 și mai mulți ani. Faza a doua apare la momentul când oasele încep să se unească între ele, coloana vertebrală devine dureroasă și rigidă. Simptomele durează cu diferită intensitate pe parcursul multor ani. Fiecare pacient are trăsături individuale de afectare prin SA.

Care sunt simptomele SA?

- 1) Instalarea durerii spinale sau redorii matinale la o persoană tânără (15-30 ani).
- 2) Durerea spinală și redoarea este mai intensivă dimineața cu durată de 30-60 min de la trezire. Simptomele pot persista și pe parcursul zilei, dar și pe parcursul nopții, afectând somnul.
- 3) Durere și redoare în alte părți, inclusiv în regiunea călcâielor, șoldurilor, de-a lungul sternului.
- 4) Uneori unele articulații se pot tumefia fără vreo cauză evidentă (genunchi, gleznă etc.)
- 5) Inflamații recurente oculare, însoțite de durere, hiperemie, vedere încețoșată, sensibilitate la lumină puternică necesită administrare de corticosteroizi oculari,
- 6) Istoric familial de SA

La cine de adresat?

Medicul de familie este prima persoană care va controla postura Dvs., mobilitatea vertebrală. Medicul de familie poate efectua unele analize pentru a concretiza caracterul inflamator al bolii.

După aceasta medicul vă va trimite la un specialist reumatolog pentru diagnosticare și tratament. Reumatologul va decide asupra efectuării unui examen radiologic sau RMN pentru precizarea diagnosticului. Ulterior o echipă de medici va fi implicată în conduita Dvs., cum ar fi fizioterapeutul, ortopedul, oftalmologul etc. Fizioterapeutul vă va instrui asupra unui complex de exerciții de rutină pentru păstrarea posturii și mobilității Dvs. În caz de apariție a unei inflamații oculare, oftalmologul va efectua procedurile necesare pentru diagnostic și va administra tratamentul (picături pentru reducerea inflamației, injecții locale).

Care este tratamentul?

Nu există tratament care vindecă pacientul, dar o gamă de măsuri nemedicamentoase și medicamentoase pot reduce intensitatea simptomelor, ameliora evoluția bolii sau induce remisiune.

Antiinflamatoarele nesteroidiene (precum Diclofenacum, Ibuprofenum, Nimesulidum etc.) pot reduce durerea, astfel veți putea efectua activități și dormi bine. S-ar putea să aveți nevoie de aceste preparate pentru un timp îndelungat încontinuu sau la necesitate. Luați aceste medicamente după alimentare. Analgezicele (Paracetamolul, Tramadolul etc.) sunt prescrise pentru calmarea durerii, dar acestea nu au și efect antiinflamator. **Medicamentele antireumatice modifcatoare de boală** (Sulfasalazinum) pot fi folosite în tratament la prescripția medicului în caz de artrite periferice.

Tratamentul biologic (anticorpii monoclonali anti tumor necrosis factor: Infliximabum, Adalimumab, Etanercept, Golimumab) au capacități de control al activității bolii severe. Nu toate

medicamentele biologice sunt licențiate în Republica Moldova. Rețineți că **medicamentele au și efecte adverse!**

Recomandările de ordin general. Urmăriți postura Dvs. – cum ședeți, cum vă ridicați și vă culcați. Alegeți un scaun ajustabil pentru lucru și domiciliu. Evitați patul moale și prea jos. Baia sau dușul fierbinte vă poate ameliora redoarea. Sticle cu apă caldă sau termoforul electric poate ajuta în timpul nopții. O pungă cu gheață (învelită în cearșaf) poate calma inflamația. Folosiți o pernă mică în spatele gâtului pentru somn.

Alimentați-vă sănătos. Veți avea nevoie de o dietă bună bogată în proteine din carne, pește și legume uscate. Mâncați fructe și legume pentru vitamine beți lapte pentru calciu. Cea mai importantă legătură între dietă și artrită este greutatea Dvs. Fiind supraponderali puneți o povară suplimentară pe articulațiile purtătoare de greutate (spate, solduri, genunchi, glezne și picioare). Menținerea greutății corecte vă va ajuta mai mult decât orice suplimente alimentare. În cazul în care sunteți supraponderali, luați în considerare o dietă echilibrată ca o modalitate de a vă ajuta să realizați și să mențineți o greutate sănătoasă. O alimentație sănătoasă este sursa de energie pentru activitățile zilnice. Nutriție adecvată este vitală pentru controlul greutății și gestionarea simptomelor artritei.

Alcool în cantități moderate nu este rău pentru SA. Cu toate acestea, anti-inflamatorele nesteroidiene împreună cu alcoolul vor avea un potențial mai mare de afectare gastrică. Astfel acestea nu trebuie luate împreună.

Nu fumați! SA poate reduce capacitatea respiratorie a plămânilor. Fumatul poate face acest lucru chiar și mai rău, ceea ce vă face mai predispus la infecții pulmonare și dispnee. Dacă sunteți fumător, prin urmare, este important să abandonați. Pentru a facilita aceasta medicul de familie vă poate direcționa către un specialist care vă poate ajuta la renunțarea de șa fumat. Fumatul poate fi deosebit de dăunător și prin faptul că în SA se reduce mișcarea cutiei toracice, atunci când respira, ceea ce mărește riscul apariției bolilor dependente de tabagism: boli cardiace și pulmonare, tumori pulmonare.

Exerciții de păstrare a posturii și mobilității la această etapă pot ameliora situația:

- Alegeți un pat ferm, dar nu dur, pentru somn.
- Perna este recomandată una mică care suportă regiunea cervicală în poziție fiziologică.
- Cel puțin 10 min pe zi culcați-vă în poziție culcat pe spate, pe o suprafață ferma, cu genunchii îndoiți la 90° și sprijiniți pe acea suprafață.
- Evitați canapelele și fotoliile prea joase și moi, deoarece favorizează pozițiile incorecte și apariția durerilor

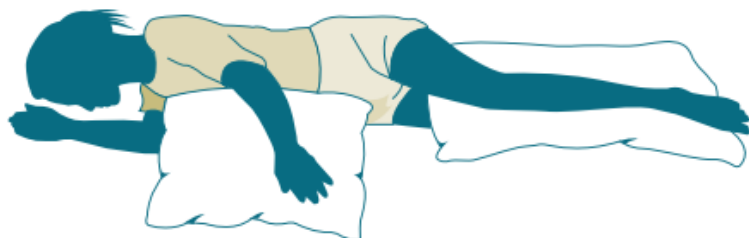
Postura – culcat pe față

Postura culcat pe față se recomandă drept una din cele mai bune de întindere pentru SA. Puneți perne de suport sub șolduri și gambe și sub cap cum este ilustrat mai jos.



Postura – culcat pe o parte

Poziția cu genunchiul de sus adus înaintea și piciorul dedesubt drept. O pernă se vor plasa între genunchi. Asigurați-vă că nu se pune presiune pe umeri

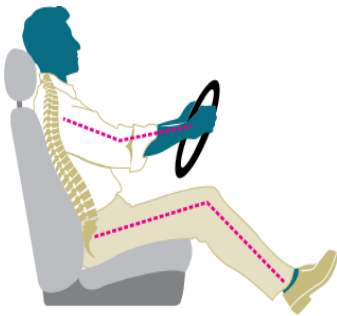


Postura – șezând

- Ajustați scaunul la înălțimea ariei de lucru.



timp în picioare



- Păstrați umerii relaxați fără efort (umerii în spate).
- Când e posibil asigurați un suport lombar urmând curba spatelui Dvs.
- Picioarele vor sta plat pe podea cu suport.
- La intervale regulate (5 min fiecare oră) efectuați exerciții de întindere și relaxare.

La serviciu:

- Evitați statul prelungit în picioare sau pe scaun
- Efectuați mișcări ușoare și întindeți pe rând articulațiile în cazul în care trebuie să stați mai mult



- Ajustați înălțimea scaunului la cea a biroului sau a mesei de lucru, astfel încât să nu trebuiască să stați aplecat

La volan:

- Ajustați scaunul astfel încât să aveți o poziție corectă, comodă fără necesitatea de a efectua mișcări forțate
- Folosiți oglinzi retrovizoare suplimentare în cazul în care există dureri la mișcarea gâtului
- Opiți frecvent pentru a exersa mișcări de întindere

Exerciții.

Exercițiile sunt cunoscute de a avea mai multe beneficii pentru persoanele cu SA. Scopul acestora este reducerea durerii și rigidității, precum și optimizarea mișcărilor și posturii. Exercițiile sunt o prioritate ridicată în managementul general al bolii dumneavoastră. Este important de a face unele exerciții specifice în fiecare zi.

În timp ce sportul și alte activități sunt benefice, acestea nu pot fi adecvate pentru a atinge postura și flexibilitate ideală.

Cele mai bune programe de exerciții sunt adaptate în mod individual. Un kineto-/fizioterapeut vă poate ajuta în elaborarea unui program care va satisface nevoile specifice. Specialistul vă va învăța și prescrie un program specific de exerciții pentru a maximiza flexibilitatea articulară și forța musculară. Se va alege cea mai bună formă de exerciții generale pentru nevoile și stilul de viață individual.

Sfaturi pentru succes.

Exercițiile au cele mai bune rezultate atunci când se realizează în mod regulat.

- Exercițiile nu ar trebui să intensifice durerea, deși ar trebui să simțiți un efort.
- Începeți lent cu creștere treptată a intensității exercițiilor. Încălziți-vă înaintea exercițiilor (d.e. mers lent pe o perioadă de cca. 10 min.).
- Acordați atenție la postură și alinierea în timpul antrenamentelor.
- Alegeți cel mai bun timp (rigiditatea poate varia în momente diferite ale zilei).
- Purtați îmbrăcăminte și încălțăminte adecvată.
- Stabiliți obiective de antrenament realizabile.
- Urmăriți progresul.

Cât de mult exerciții ar trebui să faceți?

- Este individual, fiecare pacient poate gestiona diferite niveluri de activitate.
- Tipul și durata exercițiilor depinde de nivelul actual al aptitudinilor Dvs.
- În general, este mai bine să începeți de la un nivel scăzut de intensitate pentru o perioadă scurtă de timp.
- Este normal dacă simțiți un anumit disconfort articular sau muscular, atunci când începeți un program de exerciții fizice.
- Dacă durerea sau oboseala se resimte și în ziua următoare, mai probabil exercițiul a fost prea viguros.
- Durata recomandată este până la 30 de minute pe zi.
- Vei avea beneficii de exerciții în perioade de cca. 10 minute (3 perioade de 10 min/zi).

- Scopul exercițiilor este de a realiza un echilibru între mobilitatea, flexibilitatea articulară, aerobica și exercițiile întremătoare.
- Încercați să exercitați cel puțin 5 ori pe săptămână (de preferință, în fiecare zi) diferite tipuri de exerciții.

Exerciții de flexibilitate (destinate să amelioreze mobilitatea articulară)

- Întinde mușchii la lungimea lor.
- Contribuie la menținerea mobilității articulare.
- Musculatura încordată / spasmată vă împiedică atingerea posturii de erecție.
- Reduce riscul de rănire în timpul antrenamentului.
- Ajută la reducerea durerii după exerciții.

Exerciții de întărire

- Menține forța musculară.
- Contribuie la îmbunătățirea stabilității articulare.
- Ajută la reducerea durerii.
- Mișcărilor ar trebui să fie calme nu sacadate.
- Alegeți o greutate, astfel încât să puteți face 8-10 repetări fără a provoca durere sau oboseală.

Exemple: utilizarea de greutăți libere a greutății corporale.

Exerciții de respirație

- Concepute pentru a maximiza expansiunea pieptului și a volumului pulmonar.
- Practicați zilnic.

Aerobica - exerciții de rezistență pentru antrenare cardiorespiratorie.

- Îmbunătățirea sănătății inimii.
- Scăderea tensiunii arteriale.
- Îmbunătățirea formei fizice.

Exemple: mersul pe jos, înot, ciclism.

Înotul. Înotul ca o activitate de petrecere a timpului liber sau sport are capacitatea de a ajuta oamenii cu SA prin reducerea mai multor simptome a bolii. Înotul este o modalitate foarte bună de a îmbunătăți sănătatea în general, flexibilitatea și rezistență într-un mediu sigur cu impact redus. Deoarece plutirea în apă reduce efortul pe articulații este un sport cu traumatism redus. Este important de înotat în stil corect și la curse limitate. Stilul craul pe burtă este cel mai potrivit. Poziția corpului rămâne întinsă, inclusiv gâtul, iar mișcărilor corpului sunt gentile și continue, mai cu seamă rotația spinării. Puțin craul pe spate, de asemenea este folositor, deoarece contribuie la balansarea folosirii musculaturii și nu este nevoie de rotit capul, precum și mișcărilor din umeri. Stilurile care trebuie evitate sunt butterfly, brasul.

Aerobica acvatică. Această formă de exerciții cu traumatism redus implică un antrenament complet de aerobica în piscină. Antrenamentul implică întreg corpul pentru fitness cardiovascular. Mișcărilor articulare și de întindere au avantajul de a plasa efort minim asupra articulațiilor - un beneficiu esențial pentru cei cu SA. O clasă standard, implică exercițiu care ar fi fost realizat în clasa de orice "aerobic de teren" standard, dar poate de multe ori te fac să muncesc din greu ca ai rezistența apei la locul de muncă împotriva.

Mersul pe jos. Aceasta este o formă simplă, liberă de exerciții pe care mulți oameni nu o concep ca fiind serioasă și eficientă. Cu toate acestea mersul pe jos este un excelent mod tonifiere musculară cu traumatism redus precum și arderea unor calorii. Puteți seta propriul ritm de plimbare în funcție de modul în care vă simțiți zi de zi. Dacă doriți ca să îmbunătățească motivația agresați-vă unui prieten sau membru al familiei să vi se alăture.

BIBLIOGRAFIA

1. Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Criteria of the classification of spondylarthropathies. *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1990;57(2):85-9.
2. Braun J, van den Berg R, Baraliakos X, et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2011;70:896–904.
3. Landewé R, van Tubergen A. Clinical Tools to Assess and Monitor Spondyloarthritis. *Curr Rheumatol Rep* 2015;17:47.
4. Lukas C, Landewé R, Sieper J, Dougados M, Davis J, Braun J, van der Linden S, van der Heijde D. Development of an ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2009 Jan;68(1):18-24.
5. Mercieca C, Landewé R, Borg AA. Spondylarthropathies: Pathogenesis and Clinical Features. *EULAR Textbook on Rheumatic Disease.* Ed. Bijlsma JWJ. 2012. P.255-275.
6. Ramiro S, van Tubergen A, Stolwijk C, et al. Scoring radiographic progression in ankylosing spondylitis: should we use the modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score (mSASSS) or the Radiographic Ankylosing Spondylitis Spinal Score (RASSS)? *Arthritis Research & Therapy* 2013;15:R14
7. Sieper J, Carron P, van der Bosh F. Spondylarthropathies: Treatment. *EULAR Textbook on Rheumatic Disease.* Ed. Bijlsma JWJ. 2012. P.276-300.
8. Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis.* 2009 Jun ;68(6):784-8.
9. van der Heijde D, Dougados M, Davis J, et al. ASsessment in Ankylosing Spondylitis International Working Group/Spondylitis Association of America Recommendations for Conducting Clinical Trials in Ankylosing Spondylitis. *Arthritis Rheum* 2005;52: 386–394
10. Ward MM, Deodhar A, Akl EA, et al. American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2016;68(2):282-98.
11. Zochling J, van der Heijde D, Dougados M and J Braun. Current evidence for the management of ankylosing spondylitis: a systematic literature review for the ASAS/EULAR management recommendations in ankylosing spondylitis - *Ann Rheum Dis* 2006;65:422-432.