

Suvestinė redakcija nuo 2018-12-22

Įsakymas paskelbtas: Žin. 2004, Nr. [90-3311](#), i. k. 1042250ISAK000V-288

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO

Į S A K Y M A S

**DĖL LIGŲ DIAGNOSTIKOS BEI AMBULATORINIO GYDYMO, KOMPENSUOJAMO
IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, METODIKŲ
PATVIRTINIMO**

2004 m. balandžio 28 d. Nr. V-288
Vilnius

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. gruodžio 22 d. nutarimu Nr. 1595 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. sausio 24 d. nutarimo Nr. 84 „Dėl ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų, kompensuojamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ dalinio pakeitimo“ (Žin., 2001, Nr. [108-3957](#)) ir Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos 2003 m. sausio 30 d. nutarimu Nr. 1/2,

1. T v i r t i n u pridedamas ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikas:

1.1. *Neteko galios nuo 2011-02-04*

Punkto naikinimas:

Nr. [V-79](#), 2011-01-27, Žin. 2011, Nr. 14-608 (2011-02-03), i. k. 1112250ISAK0000V-79

1.2. *Neteko galios nuo 2018-12-22*

Punkto naikinimas:

Nr. [V-1471](#), 2018-12-19, paskelbta TAR 2018-12-21, i. k. 2018-21152

1.3. Reumatoidinio artrito (M05, M06, M08).

2. N u s t a t a u , kad įsakymas įsigalioja 2004 m. rugsėjo 1 d.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

JUOZAS OLEKAS

Patvirtinta. *Neteko galios nuo 2011-02-04*

Priedo naikinimas:

Nr. [V-79](#), 2011-01-27, Žin. 2011, Nr. 14-608 (2011-02-03), i. k. 1112250ISAK0000V-79

Parkinsono ligos ir antrinio parkinsonizmo diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikos priedas

MODIFIKUOTA HOEHN IR YAHR STADIJŲ SKALĖ

0 stadija	Ligos simptomų nėra.
1 stadija	Ligos simptomai būdingi vienai kūno pusei.
1,5 stadija	Vienpusiai ir aksialiniai (ašiniai) simptomai.
2 stadija	Ligos simptomai būdingi abiem kūno pusėms, pusiausvyra nesutrikusi.
2,5 stadija	Lengvo laipsnio abipusė liga, pastūmus ligonis išsilaiko.
3 stadija	Lengvo-vidutinio laipsnio abipusė liga, posturalinis nestabilumas; ligonis fiziškai nepriklausomas.
4 stadija	Sunki invalidumas; ligonis dar gali eiti, atsistoti savarankiškai.
5 stadija	Be pagalbos ligonis nepasikelia iš lovos ar vežimėlio.

Patvirtinta. Neteko galios nuo 2018-12-22

Priedo naikinimas:

Nr. [V-1471](#), 2018-12-19, paskelbta TAR 2018-12-21, i. k. 2018-21152

Priedas. Neteko galios nuo 2018-12-22

Priedo naikinimas:

Nr. [V-1471](#), 2018-12-19, paskelbta TAR 2018-12-21, i. k. 2018-21152

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2004 m. balandžio 28 d.
įsakymu Nr. V-288

REUMATOIDINIO ARTRITO DIAGNOSTIKOS BEI AMBULATORINIO GYDYMO, KOMPENSUOJAMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, METODIKA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Reumatoidinis artritas – nežinomos etiologijos lėtinis, nuolat progresuojantis autoimuninės kilmės erozinis destruktivinis poliartritas. Ši liga gali pažeisti periartikulinis audinius, vidaus organus, akis, gali vystytis vaskulitai, amiloidozė ir kt.

2. Reumatoidiniu artritu serga apie 0,3–1% suaugusių žmonių. Moterys serga 2–3 kartus dažniau negu vyrai. Lietuvoje užregistruota apie 12 000 suaugusių asmenų, besigydančių nuo reumatoidinio artrito, kasmet reumatoidiniu artritu suseraga apie 1 200 asmenų.

II. KLASIFIKACIJA

3. Pagal TLK 10 reumatoidinis artritas klasifikuojamas:

3.1. M05 – seropozityvus reumatoidinis artritas;

3.2. M06 – kitas reumatoidinis artritas;

3.3. M08.0 – jaunatvinis (juvenilinis) reumatoidinis artritas.

III. DIAGNOSTIKA

4. Reumatoidinis artritas įtariamas, įvertinus subjektyvius (sąnarių skausmas, rytinio sustingimo trukmė, bendra savijauta, funkcijos sutrikimas) ir objektyvius klinikinius simptomus (sąnarių patinimas ir skausmingumas, ribotas judrumas, krepitacija, nestabilumas, deformacijos, sisteminiai reiškiniai).

5. Reumatoidinio artrito diagnostikai būtini tyrimai:

5.1. plaštakų ir pėdų ar kitų pažeistų sąnarių rentgenogramos;

5.2. laboratoriniai tyrimai:

5.2.1. bendras kraujo tyrimas (toliau – BKT),

5.2.2. eritrocitų nusėdimo greitis (toliau – ENG) ir/arba C reaktyvusis baltymas (toliau – CRB),

5.2.3. reumatoidinis faktorius (toliau – RF).

6. Reumatoidinio artrito diagnozę patvirtina reumatologas, atmetęs kitų ligų galimybę.

7. Reumatoidinio artrito diagnozė nustatoma esant bent 4 iš 7 klasifikacijos kriterijų (Amerikos reumatologų kolegija, 1987 m.):

7.1.* rytinis sąnarių sustingimas, trunkantis ne trumpiau kaip 1 valandą;

7.2.*^o bent trijų sąnarių grupių artritas, pasireiškiantis sąnario audinių tinimu arba eksudacija į sąnario ertmę;

7.3.* sąnarių pažeidimo simetriškumas;

7.4.* plaštakų sąnarių artritas (riešai, metakarpofalanginiai, proksimaliniai interfalanginiai sąnariai);

7.5. reumatoidiniai mazgeliai;

7.6. RF;

7.7. radiologiniai pokyčiai, būdingi reumatoidiniam artritui (erozijos ir/ar subchondrinio kaulo delalcifikacija).

Pastabos:

*– požymiui būtina ne mažiau kaip 6 savaičių trukmė;

– tiriamos tokios sąnarių grupės: kairės ir dešinės pusės proksimalūs tarpfalanginiai sąnariai, metakarpofalanginiai sąnariai, riešai, alkūnės, keliai, čiurnos, metatarsofalanginiai sąnariai.

8. Ligos, nuo kurių dažniausiai tenka diferencijuoti reumatoidinį artritą:

8.1. osteoartritas;

8.2. seronegatyvios spondiloartropatijos: psoriazinis artritas, ankilozinis spondilitas, enteropatinė artropatija;

8.3. reaktyvūs artritai (sukelti ausų, nosies, gerklės, žarnyno, lytiniu keliu plintančios infekcijos ir kt.);

8.4. infekciniai artritai (tuberkuliozinis, virusinis, Laimo liga ir kt.);

8.5. sisteminės jungiamojo audinio ligos ir vaskulitai;

8.6. reumatinė polimialgija;

8.7. mikrokristalinės artropatijos;

8.8. antrinės artropatijos ir artritai (skydliaukės ligos, cukrinis diabetas, kitos endokrininės ligos, neuropatinė artropatija, sarkoidozė, mielominė liga, paraneoplastiniai artritai, hemochromatozė ir kt.);

8.9. minkštųjų audinių patologija ir fibromialgija.

9. Esant diagnostinių neaiškumų, papildomai atliekami tyrimai ir siunčiama pas kitus specialistus.

IV. REUMATOIDINIO ARTRITO DIAGNOZĖS FORMULAVIMAS

10. Reumatoidinio artrito diagnozėje turi būti nurodyta:

10.1. Seropriklausomybė (pagal RF diagnostinės vertės titro buvimą):

10.1.1. seropozityvus RA,

10.1.2. seronegatyvus RA.

10.2. Ligos eiga (pagal sąnarių anatominių ir rentgenologinių pažeidimo požymių progresavimą, vertinamą kas 12 mėn.):

10.2.1. lėtai progresuojanti,

10.2.2. greitai progresuojanti.

10.3. Ligos aktyvumo laipsnis:

10.3.1. I^o – skausmingi** ir patinė** 1–3 sąnariai; ENG iki 30 mm/h (Westergreno metodu), C-reaktyvusis baltymas (CRB) iki 2 kartų viršija viršutinę laboratorijos normą, bendra sveikatos būklė gera;

10.3.2. II^o – skausmingi** ir patinė** 4–6 sąnariai, ENG – 30-50 mm/h (Westergreno metodu). CRB 2–3 kartus viršija viršutinę laboratorijos normą;

10.3.3. III^o – skausmingi** ir patinė** daugiau kaip 6 sąnariai, ENG daugiau kaip 50 mm/h (Westergreno metodu), CRB 3 ir daugiau kartų viršija viršutinę laboratorijos normą, vidaus organų ir kitų sistemų pažeidimas, bloga bendra sveikatos būklė.

Pastaba: ** sąnarių skausmas ir patinimas vertinami palpaujant 28 sąnarius (abu pečiai, alkūnės, riešai, I–V plaštakų pirštų metakarpofalanginiai ir proksimaliniai interfalanginiai sąnariai, keliai).

10.4. Rentgenologinė stadija (pagal Steinbrokerį nustatomos vertinant labiausiai pažeistą sąnarį, dažniausiai pakitimai vertinami pagal plaštakų rentgenogramas):

10.4.1. I stadija (periartikuliinių minkštųjų audinių sustorėjimas, delnakaulių osteoporozė, riešakaulių „vualizacija“);

10.4.2. II stadija (nežymus arba vidutiniškas sąnarių tarpo susiaurėjimas, kaulų epifizėse ir metafizėse – pavienės cistos ir kraštinės erozijos);

10.4.3. III stadija (ryškiai susiaurėję sąnarių tarpai, pavienės kaulinės ankilozės, dauginės erozijos, cistinė degeneracija, aiški sąnarių deformacija);

10.4.4. IV stadija (dauginės kaulinės ankilozės, sąnarių subliuksacijos ir deformacijos).

10.5. Funkcijos nepakankamumo laipsniai:

10.5.1. I gali atlikti įprastus kasdieninius judesius (apsitarnavimo, profesinius, aktyvios fizinės veiklos);

10.5.2. II gali apsitarnauti ir atlikti įprastą profesinę veiklą, bet ribota fizinė veikla;

10.5.3. III gali apsitarnauti, bet ribota profesinė ir fizinė veikla;

10.5.4. IV ribota įprasta apsitarnavimo, profesinė ir fizinė veikla.

10.6. Judėjimo-atramos sistemos komplikacijos (stuburo kaklinių I–II slankstelių panirimas, sausgyslių vientisumo, peties rotatorių manžetės ankštumo sindromas, riešo kanalo sindromas, kompresinės neuropatijos, periferinės neuropatijos, daugybinis mononeuritas, miozitas ir kt.).

10.7. Visceralinė patologija: plaučių (pleuritas, mazgeliai, intersticinis pažeidimas, obliteruojantis bronchiolitas.), širdies (perikarditas, miokarditas, vainikinių arterijų vaskulitas, endokarditas), inkstų (autoimuninė nefropatija), žarnyno (vaskulitas, kraujagyslių trombozė), dermatologiniai (poodiniai mazgeliai, odos vaskulitas), oftalmologiniai (episkleritas, skleritas, chorioidiniai ar tinklainės mazgeliai), antriniai sindromai (Sjogreno sindromas, antifosfolipidinis sindromas, amiloidozė, osteoporozė).

11. Retos reumatoidinio artrito klinikinės formos:

11.1. Stilio liga – jaunų žmonių artritas su sepsinio tipo karščiavimu, odos bėrimu, gerklės skausmu ir vidaus organų pažeidimu. RF ir antinuklearinių antikūnų nėra.

11.2. Felty sindromas – sunkios eigos, greitai progresuojantis seropozityvus reumatoidinis artritas, su splenomegalija, hepatomegalija bei granulocitopenija.

11.3. Kaplano sindromas – reumatoidinio artrito ir pneumokoniozės derinys.

V. REUMATOLOGO KONSULTACIJOS LIGOS EIGOJE

12. Planinės konsultacijos:

12.1. esant aktyviai ligai, reumatologas vertina proceso aktyvumą ir eigą ne rečiau kaip 1 kartą per 3 mėnesius;

12.2. rentgenologiniai struktūriniai sąnarių pažeidimo progresavimo požymiai vertinami kas 12 mėn., atliekant plaštakų, pėdų ir/ar kitų labiausiai pažeistų sąnarių rentgenogramas.

13. Neplaninės konsultacijos:

13.1. paūmėjus ligos simptomams ar atsiradus naujų sąnarių ar visceralinio pažeidimo reiškinių ar komplikacijų; ligai nuolat progresuojant, nepaisant gydymo;

13.2. atsiradus gydymo komplikacijų – vaisto toksikumo, netoleravimo, pašalinio poveikio reiškinių;

13.3. dėl sąnarinės injekcijos/sąnario skysčio aspiracijos;

13.4. dėl medikamentinio gydymo modifikacijos prieš ir po chirurginių intervencijų;

13.5. dėl medikamentinio gydymo pakeitimo sunkių gretutinių ligų, nėštumo atvejais;

13.6. konsultacija dėl chirurginio gydymo laiko ir reikalingumo.

VI. REUMATOIDINIO ARTRITO GYDYMAS

14. Medikamentinis gydymas:

14.1. Simptominis gydymas:

14.1.1. analgetikai (nenarkotiniai ir narkotiniai);

14.1.2. nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo (NVNU);

14.1.3. miorelaksantai;

14.1.4. lokalaus gydymo priemonės.

14.2. Steroidiniai hormonai (SH).

14.3. Ligą modifikuojantys vaistai (LMV):

14.3.1. chinolino grupės priešmaliariniai vaistai;

14.3.2. sulfasalazinas;

14.3.3. leflunomidas;

14.3.4. imunosupresantai;

- 14.3.5. biologinės imunoterapijos vaistai.
- 15. Nefarmakologinės priemonės:
 - 15.1. paciento ir jo šeimos narių mokymas;
 - 15.2. kineziterapija;
 - 15.3. fizinė terapija;
 - 15.4. darbo terapija;
 - 15.5. įtvarai
 - 15.6. pagalbinės judėjimo ir buities priemonės.
- 16. Chirurginės intervencijos:
 - 16.1. sinovektomija;
 - 16.2. sausgyslių ir periartikuliinių darinių plastika;
 - 16.3. artrodezė;
 - 16.4. rezekcinė artroplastika;
 - 16.5. osteotomija;
 - 16.6. sąnarių endoprotezavimas;
 - 16.7. neurochirurginės intervencijos.

VII. BENDRIEJI MEDIKAMENTINIO GYDYMO PRINCIPAI

17. Medikamentinis gydymas ankstyvose poliartrito stadijose, kol reumatoidinio artrito diagnozė nėra patvirtinta pagal 7 punkte nurodytus kriterijus:

- 17.1. NVNU ir/ar analgetikai;
- 17.2. SH palaikomomis dozėmis.
- 18. Medikamentinis gydymas patvirtinus reumatoidinio artrito diagnozę:
 - 18.1. NVNU ir/ar analgetikai;
 - 18.2. ir/ar SH;
 - 18.3. bent vienas LMV arba jų deriniai.

19. Vaistų parinkimo, dozavimo ir derinimo principai:

- 19.1. konkretūs NVNU, SH ir LMV, jų deriniai ir dozės parenkamos atsižvelgiant į ligos aktyvumą, nesąnarinės ligos apraiškas, ligos stadiją ir komplikacijas, gretutines ligas.
- 19.2. Gydymas LMV grupės vaistais:
 - 19.2.1. gydymo pradžioje parenkamas vienas LMV grupės vaistas;
 - 19.2.2. pasibaigus gydymo efektyvumo vertinimo laikotarpiui (individualus kiekvienam vaistui), nepasiekus pakankamo efekto didinama vaisto dozė arba papildomai paskiriamas antras (vėliau ir trečias) LMV arba neefektyvus preparatas keičiamas į kitą LMV;
 - 19.2.3. pasiekus pakankamą gydymo efektą (remisiją arba pirmo laipsnio aktyvumą) gydymo intensyvumas mažinamas, tačiau bent vienas LMV minimaliomis dozėmis skiriamas bent tris mėnesius po remisijos pasiekimo.
- 19.3. NVNU:
 - 19.3.1. neselektyvūs NVNU: diklofenakas, deksketoprofenas***, etodolakas***, ibuprofenas, indometacinas, ketorolakas***, ketoprofenas***, lornoksikamas, naproksenas, piroksikamas ir kt.;
 - 19.3.2. selektyvūs COX-2 inhibitoriai: meloksikamas, nimesulidas, nabumetonas;
 - 19.3.3. specifiniai COX-2 inhibitoriai: koksibai (celekoksibas, etorikoksibas***, rofekoksibas);
 - 19.3.4. gydant NVNU, skiriamas tik vienas NVNU, gydymas pradedamas nuo minimalių terapinių dozių, nepasiekus efekto, didinama iki maksimalių toleruojamų terapinių dozių;
 - 19.3.5. NVNU parenkamas atsižvelgiant į bent vieną į virškinamojo trakto pažeidimo rizikos veiksnius: (ligonio amžius >60 m., kartu vartojami antikoagulantai, peroraliniai kortikosteroidai, sunkios terapinės būklės, opaligė ar kraujavimas iš virškinamojo trakto);

19.3.6. esant virškinamojo trakto pažeidimo rizikos faktoriams skiriami COX-2 specifiniai inhibitoriai, COX-2 selektyvūs inhibitoriai arba neselektyvūs NVNU kartu su misoprostoliu*** (200 µg 3xd) arba protonų pompos inhibitoriumi (pvz., ***omeprazolis 20–40 mg per dieną);

19.3.7. būtina atsižvelgti į kepenų, inkstų, kraujodaros ir virškinimo organų būklę. Nuolat vartojant NVNU, būtina bent kas tris mėnesius atlikti bendrą kraujo ir šlapimo tyrimą, o didesnės rizikos ligoniams aminotransferazių, kreatinino tyrimus. 1 kartą per metus atlikti fibrogastroduodenoskopiją.

19.4. SH (prednizolono, metilprednizolono) skyrimo principai:

19.4.1. palaikomosios SH dozės per os (iki 7,5 mg/d) skiriamos be didesnių apribojimų 1–3 mėnesius, kai ligos aktyvumo nesiseka kontroliuoti vien NVNU ar LMV;

19.4.2. gydamosios (>7,5mg/d) dozės skiriamos, kai yra II-III laipsnio ligos aktyvumas. Esant vidaus organų autoimuniniam pakenkimui, gali būti skiriamos didesnės nei 25 mg/d SH dozės. Gydymas SH dozėmis >25 mg/d turi būti trumpalaikis (ne daugiau kaip dvi savaitės);

19.4.3. į raumenis SH skiriami tik tais atvejais, kai ligonis negali jų vartoti per os;

19.4.4. į sąnarius švirkščiami SH, kai yra aktyvus 1-2-3 sąnarių uždegimas, o kitų sąnarių skausmas bei tinimas nedideli.

19.5. Gydymas LMV:

19.5.1. Chinolino grupės vaistai nuo maliarijos: chlorochinas (delagilis)***, hidroksichlorochinas (plakvenilis) rekomenduojami:

19.5.1.1. kai ligos aktyvumas I–II laipsnio;

19.5.1.2. kai tuo pačiu metu yra tam tikrų sisteminių jungiamojo audinio ligų požymių (pvz., aptinkama antinuklearinių antikūnų (ANA), LE ląstelių);

19.5.2. Sulfasalazinas rekomenduojamas:

19.5.2.1. kai ligos aktyvumas I–II laipsnio;

19.5.2.2. vyresnio amžiaus pacientams;

19.5.2.3. kai yra sunkiai išgydomų lėtinės infekcijos židinių;

19.5.3. Metotreksatas – pirmo pasirinkimo imunosupresantas, vartojamas per os arba injekcijomis. Šis preparatas rekomenduojamas, kai:

19.5.3.1. kai ligos aktyvumas II–III laipsnio;

19.5.3.2. pacientas gali visiškai nevartoti alkoholio viso gydymo metu;

19.5.4. Leflunomidaz ***– rekomenduojamas:

19.5.4.1. kai imunosupresantai neefektyvūs arba jų skyrimui yra kontraindikacijų;

19.5.5. Azatioprinaz – rezervinis imunosupresantas. Vartojamas esant II–III laipsnio ligos aktyvumui. Pasirenkamas, kai:

19.5.5.1. reumatoidinis artritas su nedidelio aktyvumo visceritais;

19.5.5.2. yra kepenų funkcijos sutrikimų.

19.5.6. Ciklosporinas A*** skiriamas esant II–III laipsnio ligos aktyvumui, kai neefektyvūs kiti imunosupresantai.

19.5.7. Ciklofosfamidaz – rezervinis imunosupresantas, skiriamas retoms reumatoidinio artrito formoms (pvz., Felty sindromui) ir reumatoidinis artritas su sunkiais visceraliniais autoimuniniais pažeidimais gydyti.

19.5.8. Naujieji imunoterapijos vaistai (infliksimabas, etanerceptas) *** yra rezervinė RA gydymo priemonė. Jie skiriami esant:

19.5.8.1. III laipsnio ligos aktyvumui ir/arba greitai progresuojančiai eigai, kai gydymas įprastais LMV, skirtais maksimaliomis toleruojamomis terapinėmis dozėmis arba jų deriniais ne trumpiau kaip 3 mėnesius nedavė rezultatų (vienas iš LMV turėtų būtinai būti metotreksatas, išskyrus tuos atvejus, kai objektyviai patvirtintas jo netoleravimas);

19.5.8.2. 16.5.8.1. punkte nurodyti ligos parametrai būdingi labai nedidelei RA pacientų daliai, todėl imunoterapijos vaistai skiriami, jų dozės koreguojamos, sprendimai apie jų nutraukimą priimami universitetų ligoninių reumatologijos stacionaruose, nutarus specialistų konsiliumui.

19.5.9. Jei gydant vienu LMV nepasiekama pageidaujamo efekto, skiriamas dviejų, trijų LMV derinys. Pvz., gydant metotreksatu, galima skirti ir sulfasalaziną ir/arba plakvenilį,

leflunamidą, ciklosporiną; gydant naujaisiais imunoterapijos vaistais skiriami ir metotreksatas arba azatioprinas. Gydymą LMV deriniais skiria reumatologas.

***nekompensuojami iš PSDF biudžeto lėšų.

Reumatoidinio artrito diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikos priedas

PATOGENEZINIO GYDYMO EFEKTYVUMO IR TOKSIŠKUMO STEBĖSENOS REKOMENDACIJOS

Eil. Nr.	Vaisto pavadinimas	Gydymo efektyvumo vertinimo laikas	Tyrimai prieš pradėdant gydymą	Gydymo eigoje atliekami tyrimai
1.	Hidroksichlorochinas	6 mėn.	Okulisto konsultacija, akių dugno tyrimas, akių dugno tyrimas. BKT	Regėjimo aštrumas, akių dugnas, akių plotis- kas 6-12 mėn. BKT kas 3 mėn.
2.	Sulfasalazinas	3 mėn.	BKT, šlapimo tyrimas, kreatininas Alanininė transaminazė (ALT), asparagininė transaminazė (AST)	BKT, šlapimo tyrimas kas 2–4 sav. pirmus 3 mėn., po to kas 3 mėn. AST, ALT, kreatininas – kas 3 mėn.
3.	Metotreksatas	3 mėn.	BKT, šlapimo tyrimas, krūtinės ląstos rentgenograma, AST, ALT, kreatininas hepatitų B ir C žymenys rizikos grupės ligoniams (iki 1993 m. buvę kraujo recipientai, intraveninius narkotikus vartoję asmenys, hemodializuojami ligoniai, medicinos darbuotojai, kontaktuojantys su krauju ir kitomis užkrėstomis išskyromis. Dėl hepatito B – daug lytinių partnerių turėję arba homoseksualios orientacijos vyrai, prostitutės)	BKT su trombocitais, šlapimo tyrimas, AST, ALT, kreatininas – kas 4 sav. pirmuosius 6 gydymo mėn. Vėliau – kas 1–2 mėn.
4.	Leflunomidas	3 mėn.	Hepatitų B ir C žymenys rizikos grupės ligoniams (žr. 3 punkte), BKT, Šlapimo tyrimas ALT, AST, kreatininas	BKT, šlapimo tyrimas, ALT, AST, kreatininas – kas 4 sav. per pirmuosius 6 gydymo mėn. Vėliau – kas 1–2 mėn.
5.	Ciklosporinas A	3–4 mėn.	BKT, šlapimo tyrimas, kreatininas, šlapimo rūgštis, AST, ALT, šarminė fosfatazė (ŠF)	Šlapimo tyrimas, kreatininas kas 2 sav. Pirmuosius 3 mėn., po to kas mėn. Kalis, šlapimo rūgštis, BKT su trombocitais, AST, ALT – kas mėn. AKS stebėseną.
6.	Azatioprinas	1 mėn.	BKT su trombocitais,	BKT su trombocitais, šlapimo tyrimas. pirmus 3

			Šlapimo tyrimas, AST ir ALT, kreatininas	mėn kas 1–2 sav., po to kas 1–2 mėn. AST, ALT, kreatininas – kas 2 mėn.
7.	Ciklofosfamidą	1 mėn.	BKT su trombocitais, Šlapimo tyrimas, AST ir ALT, kreatininas	BKT su trombocitais kas 1–2 sav. pirmus 3 mėn, po to kas 1–2 mėn. AST, ALT, kreatininas – kas 2 mėn. Šlapimo tyrimas kas 6–12 mėn.
8.	Infliksimabas (vartojamas kartu su MTX arba azatioprinu)	8-12 sav.	BKT, ALT, AST, bilirubinas Šlapimo tyrimas, kreatininas ANA, anti-DNR, antikūnai prieš kardiolipiną. Hepatitų B ir C žymenys rizikos grupės ligoniams (žr. 3 punkte), Krūtinės ląstos rentgenograma. Skreplių tyrimas dėl tuberkuliozės mikobakterijų (KB).	1–2 dienos prieš infuziją – BKT, ALT, AST, bilirubinas, šlapimo tyrimas, kreatininas. Kas 3 mėn. – ANA, anti-DNR, antikūnai prieš kardiolipiną. Kas 12 mėn. – krūtinės ląstos rentgenograma, skreplių tyrimai dėl KB
9.	Etanerceptas	8-12 sav.	BKT, ALT, AST, bilirubinas Šlapimo tyrimas, kreatininas ANA, anti-DNR, antikūnai prieš kardiolipiną Krūtinės ląstos rentgenograma Skreplių tyrimas dėl KB	Kas 3 mėn – BKT, ALT, AST, bilirubinas, šlapimo tyrimas, kreatininas, ANA, anti-DNR, antikūnai prieš kardiolipiną. Kas 12 mėn. – Krūtinės ląstos rentgenograma, skreplių tyrimai dėl KB

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-79](#), 2011-01-27, Žin., 2011, Nr. 14-608 (2011-02-03), i. k. 1112250ISAK0000V-79

Dėl Parkinsono ligos ir antrinio parkinsonizmo ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo patvirtinimo

2.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1471](#), 2018-12-19, paskelbta TAR 2018-12-21, i. k. 2018-21152

Dėl Priešinės liaukos (prostatos) hiperplazijos diagnostikos ir gydymo vaistais, kurių įsigijimo išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, tvarkos aprašo patvirtinimo