



CZY TO JEST REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW?



NARODOWY INSTYTUT
GERIATRII, REUMATOLOGII
I REHABILITACJI

IM. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY REICHER



REF
Ogólnopolska Federacja
Stowarzyszeń
Reumatyków

Autorki:

dr n. med. Maria Maślińska
mgr Jolanta Grygielska

Konsultacja merytoryczna:

prof. nadzw. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska

Zespół redakcyjny:

mgr Monika Karlikowska
Brygida Widera

Projekt okładki: Beata Brzózka

Wydawca: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. dr. hab. med. Leonory Reicher

Druk, skład: Business Point Sp. z o.o.

ISBN 978-83-933304-7-8

Warszawa 2018

Szanowni Państwo,

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest chorobą głównie młodych osób, w większości kobiet, w okresie ich największej aktywności zawodowej i osobistej. Mimo dużego postępu w możliwościach skutecznego leczenia tej choroby, nadal kluczowe jest jak najwcześniejsze jej rozpoznanie i włączenie właściwego leczenia.

Częste lekceważenie pierwszych objawów, leczenie się na własną rękę, spóźniona pomoc lekarska, skutkują utratą czasu, w którym postawiona odpowiednio wcześnie diagnoza i rozpoczęcie leczenia pozwalają na zatrzymanie postępu choroby. Niewłaściwie leczone RZS prowadzi do niepełnosprawności i ograniczenia aktywności życiowej.

Oddajemy w Państwa ręce materiał edukacyjny zawierający najważniejsze informacje dotyczące rozpoznania pierwszych objawów choroby i właściwego leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów.

Znajdą w nim Państwo wskazówki dotyczące codziennego funkcjonowania z RZS, stosowania zbilansowanej diety i aktywności fizycznej w profilaktyce choroby oraz zasady udziału w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów.

Proszę pamiętać, że wiedza o chorobie pozwala na lepszą współpracę pomiędzy pacjentem i lekarzem i wpływa na szybsze rozpoznanie choroby i rozpoczęcie właściwego leczenia.

Prof. nadzw. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska

*Przewodnicząca Rady ds. Oceny i Ewaluacji
Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Pierwotnej
i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów*

REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW W PYTANIACH I ODPOWIEDZIACH

1 REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW – CO TO ZA CHOROBA?

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, która charakteryzuje się zapaleniem przeważnie symetrycznych stawów, głównie drobnych stawów rąk i stóp. Bólom i obrzękom stawów towarzyszy sztywność poranna stawów. Chorobie mogą towarzyszyć też objawy ogólne, takie jak: stany podgorączkowe, bóle mięśni, uczucie zmęczenia, brak łaknienia, utrata masy ciała. Przyczyna RZS nie jest znana, jednak wiadomo, że zachorowanie na RZS może wynikać z predyspozycji genetycznej i wpływu czynników środowiskowych, takich jak infekcje, palenie tytoniu czy promienie ultrafioletowe.

Ocena się, że RZS dotyczy od 0,5 do 1,0% populacji krajów rozwiniętych. Na RZS częściej chorują kobiety w porównaniu z mężczyznami – stosunek liczbowy kobiet do mężczyzn wynosi 3:1. Choroba może wystąpić w każdym wieku, ale najczęściej są to osoby w wieku 30–40 lat.

W przebiegu RZS może dojść do uszkodzenia narządów wewnętrznych, m. in. nerek, serca, płuc i narządu wzroku. Istotnie zwiększone jest ryzyko miażdżycy i powikłań sercowo-naczyniowych, które są najczęstszą przyczyną zgonów w tej grupie chorych. Chorobie często towarzyszy obniżenie nastroju czy nawet depresja i nierzadko uczucie przewlekłego zmęczenia. Aktywna choroba, zbyt późno lub niewłaściwie leczona, może stać się przyczyną niepełnosprawności, inwalidztwa oraz przedwczesnej śmierci. Podejście RZS wymaga wczesnej diagnostyki i rozpoczęcia skutecznego leczenia w jak najwcześniejszym okresie choroby. Wprowadzono wobec tego pojęcie tzw. okna terapeutycznego, czyli optymalnego czasu od wystąpienia pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania i rozpoczęcia terapii. Zakłada się, że pacjent powinien w ciągu 12 tygodni rozpocząć leczenie, co – jak udowodniono – trzykrotnie zmniejsza postęp zmian radiologicznych, czyli cech uszkodzenia stawów i dwukrotnie zwiększa szansę na uzyskanie ustąpienia objawów choroby, co nazywamy remisją.

ABY MOŻLIWE BYŁO WCZESNE ROZPOZNANIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW, KONSULTACJA LEKARSKA JEST WSKAZANA, JEŻELI ZAUWAŻYSZ U SIEBIE WYSTĘPUJĄCY BEZ WYRAŻNEJ PRZYCZYNY OBRZĘK I BÓL STAWU Z TOWARZYSZĄCĄ SZTYWNOŚCIĄ STAWU POWYŻEJ PÓŁ GODZINY W GODZINACH RANNYCH.

2 CZEGO NIE MOŻNA ZANIEDBAĆ?

Nie można lekceważyć objawów zapalenia stawów, tłumacząc je przemęczeniem, stresem itp. W przypadku dolegliwości bólowych uniemożliwiających normalne funkcjonowanie sięganie po leki bez recepty znacznie opóźnia diagnozę i zmniejsza szansę na zahamowanie po-

stępu choroby. Ból i obrzęk stawu niespowodowany urazem nie kwalifikuje się zazwyczaj do konsultacji ortopedycznej lub neurologicznej. W pierwszej kolejności, po wstępnej ocenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), dalszą diagnostykę powinien prowadzić reumatolog.

BÓL I OBRZĘK STAWU NIESPOWODOWANY OKREŚLONĄ PRZYCZYNĄ, NP. URAZEM CZY PRZECIĄŻENIEM, POWINIEN BYĆ OCENIONY PRZEZ LEKARZA POZ I CHORY POWINIEN BYĆ SKIEROWANY DO REUMATOLOGA.

3

JAKIE PODSTAWOWE BADANIA WYKONUJE SIĘ W PRZYPADKU PODEJRZENIA REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW?

Lekarz POZ

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, podejrzewając zapalenie stawów, zleca pacjentowi wykonanie badań: morfologia, prędkość opadania krwinek czerwonych (OB) i stężenie białka C-reaktywnego (CRP).

Na podstawie wyników badań laboratoryjnych można stwierdzić przyspieszone opadanie krwinek czerwonych (norma dla kobiet do 60. r. ż. 12 mm po godzinie, a powyżej 60 lat 20 mm, dla mężczyzn odpowiednio – 8 i 15 mm po godz.) oraz zwiększone stężenie białka CRP. W aktywnych postaciach choroby występuje zwiększona liczba płytek krwi, przy dłuższym zaś czasie trwania pojawia się niedokrwistość. Wyniki te świadczą o stanie zapalnym. Często przy podejrzeniu RZS lekarz POZ zleca również badanie czynnika reumatoidalnego (RF) we krwi. Ten marker immunologiczny może być obecny w RZS, co jednak nie jest regułą, a ponadto pojawia się również w innych chorobach.

W ramach wczesnej diagnostyki zaleca się, aby lekarz POZ wykonał proste badanie fizykalne, jakim jest test ścisku (ryc. 1).



Ryc. 1. Test ścisku



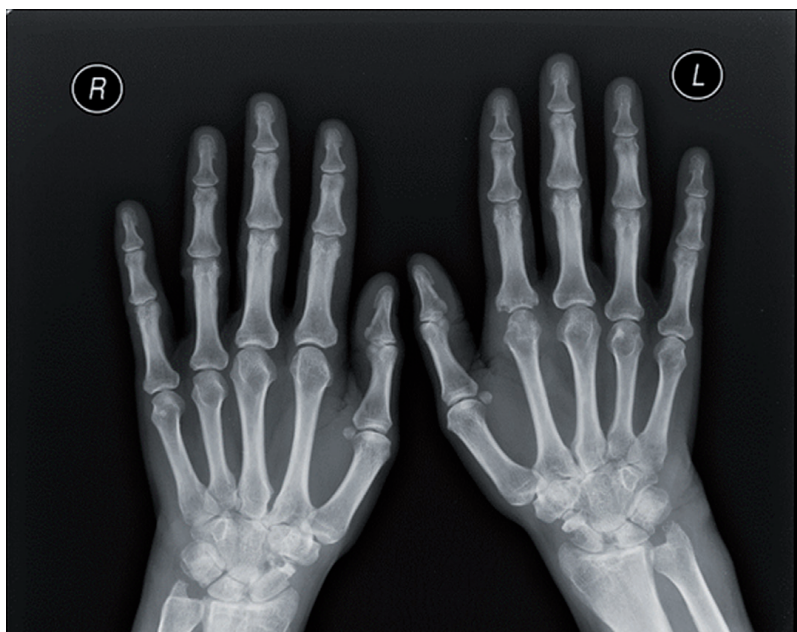
Fot. 1. Obrzęk stawów śródrečno-paliczkowych (wczesne zmiany RZS)

Reumatolog

Lekarz POZ kieruje pacjenta z zapaleniem stawów do reumatologa, który w pierwszej kolejności przeprowadza wywiad chorobowy oraz – co jest bardzo istotne – wykonuje badanie fizykalne układu ruchu oraz zleca dodatkowe badania krwi, takie jak określenie w surowicy pacjenta obecności przeciwciał przeciwko cytrulinowanym białkom (anty-CCP) oraz, jeśli nie było wykonane, badanie na obecność czynnika reumatoidalnego (RF).

W POCZĄTKOWYM OKRESIE CHOROBY BADANIE RADIOLOGICZNE BĘDZIE PRAWIDŁOWE I NIE WYKAŻE ŻADNYCH ZMIAN WSKAZUJĄCYCH NA RZS. BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE JEST BADANIEM Z WYBORU WE WCZESNYM OKRESIE ZAPALENIA.

Ultrasonografia pozwala uwidocznic przerosniętą błonę maziową, jej zwiększone unaczynienie i wysięk, co świadczy o aktywnym procesie zapalnym.



Fot. 2. Zdjęcie radiologiczne: zmiany destrukcyjne stawów, nadżerki i geody w kościach nadgarstka, osteoporoza przystawowa, zwężenie szpar stawowych w przebiegu RZS

Do rozpoznania RZS stosuje się kryteria, których spełnienie potwierdza trafność diagnozy (tab. 1).

Tab. 1. Kryteria klasyfikacyjne RZS ACR/EULAR 2010 r.

Kryteria klasyfikacyjne RZS

A. ZAJĘCIE STAWÓW	
1 duży staw	0
2–10 dużych stawów	1
1–3 małych stawów (z zajęciem dużych stawów lub bez)	2
4–10 małych stawów (z zajęciem dużych stawów lub bez)	3
>10 stawów (w tym co najmniej 1 mały staw)	5
B. SEROLOGIA	
RF i anty-CCP ujemne	0
RF lub anty-CCP obecne w niskim mianie	2
RF lub anty-CCP obecne w wysokim mianie (przekraczające 3 x normę)	3
C. WSKAŹNIKI OSTREJ FAZY	
Stężenie CRP i OB w normie	0
Stężenie CRP zwiększone lub OB przyspieszony	1
D. CZAS TRWANIA OBJAWÓW	
Do 6 tygodni	0
6 tygodni lub dłużej	1

Według: Aletaha D, Tuhina Neogi, Silman AJ, Funovits J, et al. The 2010 American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism Classification Criteria for Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 2010; 62(9): 2569-2581

Suma liczby punktów z kategorii A–D: wynik 6 i więcej punktów = pewne rozpoznanie RZS

W badaniu stawów do oceny spełnienia kryteriów rozpoznania nie bierze się pod uwagę stawów międzypaliczkowych dalszych, stawu nadgarstkowo-śródręcznego I, stawu śródstopno-paliczkowego I, które są zajęte typowo w chorobie zwyrodnieniowej.

LEKARZ POZ, OPIERAJĄC SIĘ NA WYNIKACH PODSTAWOWYCH BADAŃ LABORATORYJNYCH ORAZ DZIĘKI PROSTEMU TESTOWI FIZYKALNEMU I PRZEPROWADZONEMU WYWIADOWI CHOROBOWEMU (ANKIECIE), MOŻE Z DUŻYM PRAWDOPODOBIENSTWEM PODEJRZEWAĆ WCZESNE REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW.

W PRZYPADKU PODEJRZENIA ZAPALENIA STAWÓW PACJENT POWINIEN BYĆ SKIEROWANY NA KONSULTACJĘ REUMATOLOGICZNĄ.

4

CO OZNACZA ROZPOZNANIE RZS?

W aktualnych rekomendacjach międzynarodowych towarzystw naukowych, czyli w europejskim (EULAR) i amerykańskim (ACR), dotyczących leczenia RZS, zaleca się jak najszybsze rozpoczęcie leczenia syntetycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby (LMPCh).

Jako lek pierwszego rzutu jest rekomendowany metotreksat przyjmowany raz w tygodniu w dawce zalecanej przez reumatologa. Lek ten jest dostępny w formie tabletek lub ampułkostrzykawkę do samodzielnego podawania. Pozostałymi lekami modyfikującymi przebieg choroby są: leflunomid, sulfasalazyna, chlorochina i hydroksychlorochina.

W przypadku przeciwwskazań do stosowania metotreksatu lub wczesnej nietolerancji leku należy rozważyć podanie leflunomidu bądź sulfasalazyny jako leczenie z wyboru.

Ponieważ leki modyfikujące przebieg choroby zaczynają działać po pewnym czasie, mniej więcej po 3–6 tygodniach, dlatego w przypadku znacznych dolegliwości chorobowych (dolegliwości bólowe, obrzęk stawów) lekarz może w tzw. okresie przejściowym zalecić glikokortykosteroidy. Stosowanie tych leków przynosi szybką ulgę w chorobie, należy jednak unikać ich dłuższego stosowania z uwagi na istotne działania niepożądane, w tym zwiększone ryzyko zawału serca, udaru, rozwoju cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, osteoporozy, zaćmy i jaskry. Glikokortykosteroidów nie można odstawić z dnia na dzień po dłuższym czasie przyjmowania. Powinno się to zrobić stopniowo, redukując dawkę.

GLIKOKORTYKOSTEROIDY SĄ LEKAMI „POMOSTOWYMI” I NIE ZASTĘPUJĄ WŁAŚCIWYCH LEKÓW HAMUJĄCYCH ROZWÓJ CHOROBY, A ICH DŁUŻSZE PRZYJMOWANIE WIĄŻE SIĘ Z RYZYKIEM POWIKŁAŃ SERCOWO-NACZYNIOWYCH I RYZYKIEM ZGONU.

LECZENIE RZS POWINNO BYĆ ROZPOCZĘTE JAK NAJSZYBCIEJ OD CHWILI POSTAWIENIA ROZPOZNANIA CHOROBY. LEKIEM Z WYBORU JEST LEK MODYFIKUJĄCY PRZEBIEG CHOROBY, ZALECANYM LEKIEM PIERWSZEGO RZUTU JEST METOTREKSAT.

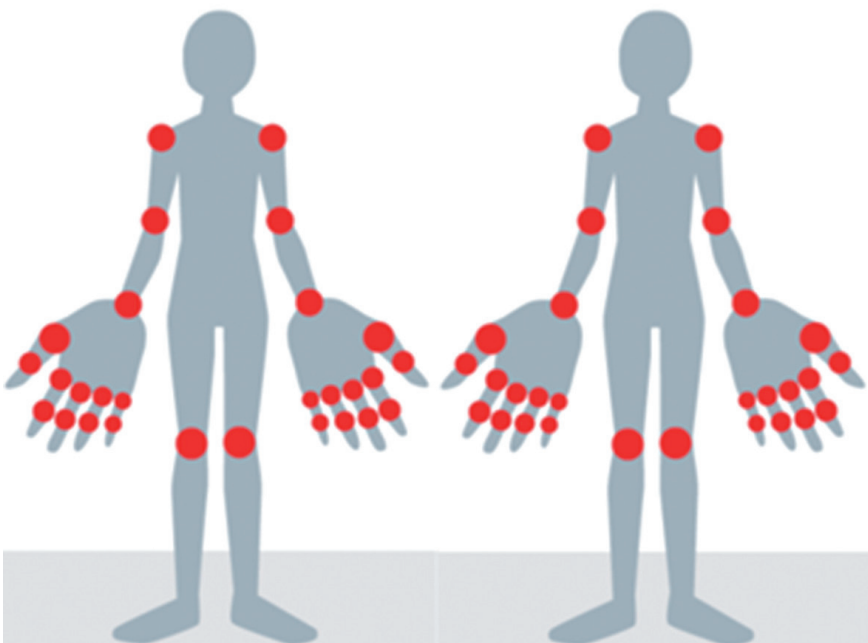
5

CO JEST CELEM LECZENIA?

Celem wdrożonej terapii jest osiągnięcie remisji choroby (czyli całkowite zniesienie objawów i zahamowanie zmian destrukcyjnych stawów), jeśli jest to trudne do zrealizowania, to celem powinno być przynajmniej uzyskanie niskiej aktywności choroby.

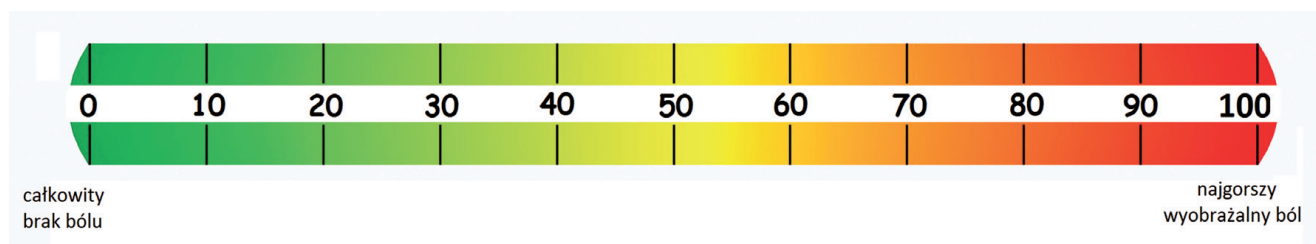
Aby ocenić, czy udaje się osiągnąć cel leczenia, reumatolog stosuje metody monitorowania procesu chorobowego.

Dla reumatologa podstawową metodą oceny aktywności choroby jest badanie 28 stawów wchodzących w skład oceny DAS28. Pod uwagę brane są stawy przedstawione na rycinie 2.



Ryc. 2. Schemat do zaznaczenia oddzielnie bolesnych i obrzękniętych stawów do obliczenia DAS28

Do wyliczenia specjalnym kalkulatorem uwzględniamy liczbę stawów bolesnych i obrzękniętych, OB lub CRP oraz ocenę aktywności choroby pacjenta wykonaną na prostej wizualnej skali analogowej (VAS-visual analogue scale) zakres od 0-100 mm (ryc. 3).



Ryc. 3. Skala VAS

Kalkulator DAS28 jest dostępny w formie elektronicznej, co ułatwia lekarzowi jego wyliczenie.

Uzyskany wynik odzwierciedla aktualną aktywność choroby. Wyróżniamy 4 podstawowe poziomy wskaźnika DAS28:

- remisja – przy DAS28 mniejszym lub równym 2,6
- niska aktywność choroby – przy DAS28 powyżej 2,6 i mniejszym lub równym 3,2
- umiarkowana aktywność choroby – przy DAS28 powyżej 3,2 i mniejszym lub równym 5,1
- wysoka aktywność choroby – przy DAS28 powyżej 5,1

Oczywiście, celem jest osiągnięcie DAS28 poniżej 2,6 lub, jeśli jest to niemożliwe, to DAS28 pomiędzy 2,6 a 3,2.

Obecnie również reumatolog stosuje tzw. uproszczony wskaźnik aktywności choroby (SDAI – Simplified disease activity score). Do jego obliczenia ocenia się 14 stawów po obu stronach ciała (obrzęk i ból osobno) – łącznie 28, ocenę VAS nasilenia aktywności choroby w skali od 1 do 10 cm według pacjenta i lekarza oraz bierze pod uwagę CRP (stężenie białka C-reaktywnego):

- liczba obrzękniętych stawów: 0–28 punktów
- liczba bolących stawów: 0–28 punktów
- ocena nasilenia aktywności choroby przez pacjenta: 0–10 punktów
- ocena nasilenia aktywności choroby przez lekarza: 0–10 punktów
- wynik CRP: 0,1–10 mg/Dl

Można uzyskać maksymalnie 86 punktów (Ryc. 4).

SDAI \leq 3,3	3,4 \leq SDAI \leq 11	11,1 \leq SDAI \leq 26	26,1 \leq SDAI \leq 86
remisja	niska aktywność RZS	umiarkowana aktywność RZS	duża aktywność RZS

Ryc. 4. Ocena aktywności choroby wskaźnikiem SDAI

Ocena aktywności choroby powinna być przeprowadzana w aktywnej postaci RZS (od 1 do 3 miesięcy).

JEŚLI NIE MA POPRAWY PO 3 MIESIĄCACH WŁAŚCIWIE PROWADZONEJ TERAPII (MAKSYMALNE ZALECONE W TERAPII DAWKI LEKU PRZYJMOWANEGO ZGODNIE Z ZALECENIAMI REUMATOLOGA) LUB CEL NIE ZOSTAŁ OSIĄGNIĘTY PO 6 MIESIĄCACH, LECZENIE NALEŻY ZMODYFIKOWAĆ POPRZEZ DODANIE DRUGIEGO LEKU LUB ZAMIANĘ NA INNY.

Jeśli cel terapii nie został osiągnięty, ale występują czynniki złej prognozy, to należy rozważyć zastosowanie leku biologicznego lub celowanego LMPCh; zgodnie z obecną praktyką zaleca się rozpocząć leczenie od leku biologicznego. Biologiczne LMPCh powinny być stosowane w kombinacji z klasycznymi LMPCh, najczęściej z metotreksatem; u pacjentów, którzy nie mogą przyjmować bLMPCh w terapii skojarzonej z MTX, inhibitory IL-6 (tocylizumab) i csLMPCh wykazują najwyższą skuteczność bez metotreksatu w porównaniu z innymi lekami biologicznymi,

6

A CO JEŚLI SYNTETYCZNE LEKI MODYFIKUJĄCE PRZEBIEG CHOROBY NIE SĄ WYSTARCZAJĄCO SKUTECZNE I NIE OSIĄGAMY CELU LECZENIA – CZYLI CO WIEMY O LEKACH BIOLOGICZNYCH

W przypadku nieodpowiedniej skuteczności stosowanych syntetycznych leków modyfikujących przebieg choroby i nieosiągnięcia celu terapii przy leczeniu metotreksatem, ale bez istnienia czynników złej prognozy, powinny być zastosowane inne syntetyczne LMPCh.

Jeśli jednak zastosowanie dwóch LMPCh nie przynosi osiągnięcia celu leczenia lub występują tzw. czynniki złej prognozy, pacjent powinien być zakwalifikowany do leczenia lekiem biologicznym.

CZYNNIKAMI ZŁEJ PROGNOZY W RZS SĄ: WYSOKIE STĘŻENIE PRZECIWCIAŁ ANTY-CCP LUB WYSOKIE MIANO RF, PŁEĆ ŻEŃSKA, MŁODY WIEK I WCZESNE POJAWIENIE SIĘ NADŻEREK NA POWIERZCHNIACH KOŚCI TWORZĄCYCH STAWY ZAJĘTE PRZEZ ZAPALENIE, A TAKŻE ZAJĘCIE WIELU STAWÓW.

Leki biologiczne powstają w procesie biotechnologicznym i stanowią modyfikowane białka, których zadaniem jest hamowanie różnych cytokin zapalnych w przebiegu RZS. Zaleca się, aby leki te stosować w połączeniu z metotreksatem, co zwiększa i wydłuża ich skuteczność. Wśród leków biologicznych są cząsteczki o różnym mechanizmie działania. Stąd też w przypadku nie zadziałania jednego leku, lekarz ma możliwość zastosowania kolejnego.

W Polsce leki biologiczne są refundowane i dostępne dla pacjentów w ramach programów lekowych NFZ. Poniżej w tabeli przedstawiono leki biologiczne dostępne obecnie w programie lekowym NFZ.

Tab. 2. Leki biologiczne w programach lekowych

Punkt uchwytu	Lek	
TNF	Infliksymab Etanercept Adalimumab, Golimumab, Certolizumab	Leki hamujące cytokinę zapalną: czynnik martwicy nowotworu (TNF-tumor necrosis factor)
IL-6	Tocilizumab	Leki hamujące cytokinę zapalną: Interleukinę-6
Cząsteczka anti-CD-20	Rytuksymab	Lek hamujący cząsteczkę CD-20 na powierzchni limfocytów B

W trakcie leczenia lekiem biologicznym konieczne jest monitorowanie aktywności choroby oraz raportowanie przebiegu leczenia w systemie komputerowym, z którego dane również przesyłane są do NFZ. Obowiązkiem lekarza prowadzącego terapię jest przeprowadzenie wizyt monitorujących. Zgłaszanie się na wizyty w ośrodku prowadzącym takie leczenie jest też obowiązkiem i przywilejem pacjenta. Wizyty monitorujące pozwalają na ocenę skuteczności leczenia, zwiększają bezpieczeństwo terapii i są podstawą do ewentualnej modyfikacji leczenia.

W okresie leczenia lekami biologicznymi konieczne jest stosowanie antykoncepcji.

LECZENIE LEKIEM BIOLOGICZNYM JEST REFUNDOWANE W PROGRAMIE LEKOWYM NFZ. TAKIE LECZENIE WYMAGA PRZEPROWADZANIA WIZYT MONITORUJĄCYCH.

7 CO POWINNIŚMY WIEDZIEĆ O SYNTETYCZNYCH LEKACH MODYFIKUJĄCYCH PRZEBIEG CHOROBY I JAKIE BŁĘDY POPEŁNIAMY W TRAKCIE LECZENIA?

Samowolna modyfikacja dawek leków to jeden z pierwszych błędów popełnianych w czasie leczenia. Na takie postępowanie mają wpływ opinie innych pacjentów. Znaczący negatywny wpływ mają ulotki dla pacjentów, w których jest opisanych tak wiele działań niepożądanych, że pacjenci sami przerywają leczenie w obawie przed tymi działaniami bez zwracania uwagi na odległe skutki takiej

decyzji. Dawki leków możemy modyfikować jedynie po konsultacji z lekarzem prowadzącym. Należy pamiętać, że w przypadku metotreksatu w ulotce dla pacjenta nie ma rozdzielenia objawów niepożądanych występujących przy stosowaniu bardzo małych dawek wpływających na zaburzony w RZS układ immunologiczny, a stosowaniu bardzo dużych dawek w chemioterapii nowotworów. Powoduje to często duży lęk przed stosowaniem tego bezpiecznego i skutecznego leku.

LEKARZ WYBIERA DAWKĘ LEKU MODYFIKUJĄCEGO PRZEBIEG RZS ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI STANDARDAMI LECZENIA I Z UWZGLĘDNIENIEM PRZECIWWSKAZAŃ U DANEGO PACJENTA.

Wiadomo, że zbyt mała dawka leku, nieadekwatna do aktywności choroby, nie spowoduje zahamowania objawów i postępu uszkodzenia stawów.

Wiadomo też, że objawy niepożądane mogą wystąpić w czasie stosowania jakiegokolwiek leku, ale zawsze bierze się pod uwagę przewagę korzyści ze stosowania leku nad jego działaniami niepożądanymi. Rzetelna informacja o leku przekazana przez lekarza pomaga zrozumieć potencjalne ryzyko wystąpienia działań niepożądanych opisanych w ulotce.

Metotreksat to podstawowy lek modyfikujący przebieg choroby stosowany m. in. w reumatoidalnym zapaleniu stawów. W leczeniu zapaleń stawów jest wykorzystywane jego silne działanie przeciwzapalne, duża skuteczność hamowania postępu zmian destrukcyjnych stawów oraz wpływ na lepsze działanie leków biologicznych w terapii skojarzonej. Metotreksat jest podawany raz w tygodniu doustnie (tabletki) lub w iniekcjach podskórnych. Leczenie rozpoczyna się od mniejszej dawki, np. 15 mg raz w tygodniu, a dawką docelową jest 20–25 mg. Objawy podane w ulotce opisującej charakterystykę leku dotyczą głównie dawek onkologicznych, które są wielokrotnie wyższe od stosowanych w reumatologii. Najczęściej występują objawy ze strony przewodu pokarmowego, takie jak odbijanie, niewielkie bóle brzucha czy metaliczny smak w ustach. Można je zlikwidować poprzez modyfikację podawania leku, np. rozłożenie dawki na 2 kolejne dni lub podanie podskórne. Przyjmując metotreksat, w następnym dniu po podaniu należy przyjmować kwas foliowy, ponieważ lek hamuje jego przyswajanie. Lekarz prowadzący powinien też ustalić kontrolę badań laboratoryjnych, przede wszystkim morfologii krwi i stężenia enzymów wątrobowych (aminotransferazy asparaginianowej – AspAT oraz alaninowej – ALT).

Leflunomid – mechanizm działania farmakologicznego jest podobny do metotreksatu, ponieważ jednak jest to prolek, dlatego potrzebne są specjalne enzymy w organizmie człowieka, aby przetworzyć go w substancję czynną. Leflunomid jest podawany doustnie, codziennie, w dawkach od 10 do 20 mg. Lek ten utrzymuje się wyjątkowo długo w naszym organizmie, czyli aż do 24 miesięcy. W pewnych sytuacjach, np. u kobiet w ciąży lub ją planujących czy w przypadku ciężkiej infekcji, wymaga szybkiej eliminacji, czyli wypłukania (procedury szybkiego wydalania). Taka eliminacja jest możliwa przy zastosowaniu cholestyraminy lub węgla aktywowanego. Lek należy ostrożnie stosować, a nawet unikać jego podawania u chorych z przewlekłymi chorobami płuc.

Sulfasalazyna jest lekiem pierwotnie stosowanym w gastroenterologii w leczeniu zapaleń jelit. Obecnie w reumatologii jest jednym z kluczowych leków syntetycznych hamujących proces zapalny w stawach i ma dobre działanie w przypadkach współistnienia zapaleń ścięgien. Sulfasalazyna jest podawana w postaci doustnej w dobowej dawce podzielonej 2–3 g. Zaczyna się od mniejszej dawki i zwiększa się ją pod kontrolą wyników badań laboratoryjnych, tak jak w przypadku metotreksatu. W czasie leczenia stosuje się również kwas foliowy. W przypadku wystąpienia zmian skórnych w trakcie leczenia sulfasalazyną, m. in. wysypki, pokrzywki, może być konieczne odstawienie leku. Sulfasalazyny nie podaje się u chorych uczulonych na sulfonamidy, np. Biseptol.

Leki antymalaryczne, czyli chlorochina i hydroksychlorochina, są od wielu lat stosowane nie tylko w leczeniu i profilaktyce choroby zakaźnej (malarii), ale także znalazły zastosowanie w reumatologii – zarówno w leczeniu zapaleń stawów, jak i chorób układowych, np. toczenia rumieniowatego układowego. Mają one wpływ na hamowanie procesu autoimmunologicznego, a w RZS wzmacniają działanie metotreksatu. W leczeniu RZS nie stosuje się ich „samodzielnie” w tzw. monoterapii, ale dodaje się je do opisanych powyżej leków w terapii skojarzonej. W czasie podawania leków z tej grupy wymagana jest okresowa kontrola dna oka, gdyż u niektórych chorych może dochodzić do zmian w siatkówce, odwracalnych po przerwaniu leczenia.

W CZASIE PRZYJMOWANIA LEKÓW MODYFIKUJĄCYCH PRZEBIEG CHOROBY ZALECA SIĘ UNIKANIE NADMIERNEJ EKSPOZYCJI NA SŁOŃCE. NALEŻY TEŻ KONTROLOWAĆ WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH. LEKI TE HAMUJĄ POSTĘP CHOROBY.

Jak już wspomniano, przed podjęciem decyzji o wdrożeniu terapii syntetycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby obowiązuje ocena ewentualnych przeciwwskazań, np. zaawansowana choroba wątroby, ciężka niewydolność nerek czy inne istotne uszkodzenia narządów wewnętrznych, które zwiększałyby ryzyko działań niepożądanych leków.

PAMIĘTAJ, ŻE OBJAWY NIEPOŻĄDANE CZĘSTO NIE SĄ SKUTKIEM WPROWADZONEGO LEKU MODYFIKUJĄCEGO, ALE SĄ WYNIKIEM STOSOWANIA INNYCH „DODATKOWYCH” PREPARATÓW KUPOWANYCH JAKO PREPARATY BEZ RECEPTY (OTC) LUB PREPARATY ZIOŁOWE. DLA BEZPIECZEŃSTWA TERAPII LEKARZ PROWADZĄCY LECZENIE RZS POWINIEN BYĆ INFORMOWANY JAKIE INNE LEKI I PREPARATY STOSUJE PACJENT.

Leki sprzedawane bez recepty (Over the Counter – OTC) są powszechnie obecne. Przed decyzją o zakupieniu takiego leku należy zapoznać się z jego składem, dawką, ewentualnymi objawami niepożądanymi, a także sprawdzić, czy jest to lek (czy przeszedł badania kliniczne), czy też jest to jedynie suplement diety.

Jednoczesne stosowanie wielu leków OTC z lekami przepisanyymi przez lekarza bez wiedzy na temat ich interakcji może stanowić poważne zagrożenie zdrowia. Każdy pacjent dla swojego bezpieczeństwa powinien informować lekarza prowadzącego o przyjmowanych dodatkowych preparatach. Szczególnie niebezpieczne są preparaty „ziołowe” nieznanego pochodzenia i o nieznanym składzie, zwłaszcza kupowane w Internecie. Objawy niepożądane i interakcje związane z ich przyjmowaniem są trudne do przewidzenia. Opieranie się na informacjach uzyskanych na różnych forach internetowych, za pomocą „doktora Google” lub treści artykułów sponsorowanych w poczytnych tabloidach nie może zastąpić wiedzy lekarza prowadzącego.

8

JAKIE SĄ SKUTKI NIEWŁAŚCIWEGO LECZENIA RZS?

Nieleczone lub niewłaściwie leczone RZS (w tym zbyt późno zdiagnozowane) może prowadzić do szybkiego postępu choroby, niepełnosprawności i wyeliminowania osoby chorej z rynku pracy, a nawet przedwczesnej śmierci. Według badań światowych w przypadku zbyt późnego rozpoznania i leczenia po 5 latach choroby pracuje 50% chorych, a po 10 tylko 20%.

Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą, która powoduje skrócenie życia w związku z licznymi schorzeniami współistniejącymi. Na samym początku choroby ponad połowa chorych ma przynajmniej jedną chorobę współistniejącą, a po 5 latach już ponad 94% chorych. Najczęściej są to: nadciśnienie tętnicze i inne choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby układu oddechowego i choroby endokrynologiczne, np. zaburzenia czynności tarczycy.

9

CZY REHABILITACJA JEST WAŻNYM ELEMENTEM LECZENIA NIEFARMAKOLOGICZNEGO RZS?

Rehabilitacja:

- a) dotyczy usprawniania stawów poprzez kinezyterapię,
- b) obejmuje naukę właściwego „używania” stawów objętych procesem zapalnym, aby zapobiec ich deformacjom i destrukcji; szczególne znaczenie ma profilaktyka zmian w tzw. ręce reumatoidalnej,
- c) pozwala na uzupełnienie leczenia farmakologicznego poprzez działanie przeciwobrzękowe i przeciwzapalne.

10

CZY ZDROWY STYL ŻYCIA MA ZNACZENIE W LECZENIU RZS – CO OPÓŹNIA WYSTĄPIENIE CHOROBY, CO ZMNIEJSZA DOLEGLIWOŚCI?

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Wskazówka 1

Ruszaj się, by być sprawnym! Wprowadź aktywność fizyczną i ćwiczenia do codziennych zadań. Ustaw

własne osiągalne cele i rób wszystko, by być stale zmotywowanym i nagradzonym. Korzystaj z różnych pomocy, aby pozostać aktywnym fizycznie i móc zrobić więcej.

Wskazówka 2

Zanim zaczniesz ćwiczyć pamiętaj, aby przed rozpoczęciem nowych ćwiczeń uzgodnić z lekarzem lub rehabilitantem, czy są one odpowiednie. Jeżeli nigdy nie korzystałeś z zajęć grupowych, zacznij właśnie od nich pod okiem doświadczonego instruktora.

Wskazówka 3

Zanim zaczniesz ćwiczyć w grupie, powiedz prowadzącemu zajęcia o swoich problemach i o tym, których ruchów nie możesz wykonywać. To pozwoli instruktorowi przygotować dla ciebie inne ćwiczenia lub dostosować wykonywane ćwiczenie czy pozycję jogi do Twoich możliwości. Prowadzący powinien upewnić Cię, że każdy ruch wykonujesz poprawnie i stosujesz właściwą technikę.

Wskazówka 4

Rano. Kiedy odczuwasz sztywność poranną stawów, wykonaj jako rozgrzewkę **spokojne ćwiczenia rozciągające i uruchamiające**. Naukowcy uważają, że osoby ćwiczące rano łatwiej realizują program ćwiczeń. Po ćwiczeniach rozgrzewających wykonaj ćwiczenia wzmacniające i aerobowe. Nawet jeżeli masz kłopoty z rozruszaniem się, muzyka poprawi Ci nastrój, a nogi same zaczną się ruszać – dodatkowo możesz sobie podśpiewywać w czasie ćwiczeń! Kiedy słuchasz muzyki, jesteś bardziej zmotywowany do ćwiczenia.

Popołudnie. Część naukowców uważa, że najlepszym czasem na ćwiczenia jest późne popołudnie (około godziny 16.00–17.00), kiedy temperatura ciała jest najwyższa, siła mięśni jest największa i człowiek jest wtedy najmniej narażony na kontuzje.

Wieczór. Większość naukowców uważa, że ćwiczenia poprawiają jakość snu, jeśli ćwiczysz rano lub po południu. Nie jest jasne, czy ćwiczenia wieczorne przyczyniają się do pobudzenia organizmu, ale jeśli zauważysz, że nie możesz po nich zasnąć, znajdź inną porę dnia na wykonywanie ćwiczeń, ponieważ dobry sen jest bardzo ważny dla Twojego zdrowia.

ZAWSZE JEST WSKAZANE, ABY WYKONAĆ KILKA SPOKOJNYCH RUCHÓW NA ROZGRZEWKĘ, ŻEBY PRZYGOTOWAĆ ORGANIZM DO WIĘKSZEGO WYSIŁKU. KIEDY KOŃCZYSZ INTENSYWNĄ CZĘŚĆ SWOJEGO PROGRAMU ĆWICZEŃ, WYCISZ SIĘ ORAZ WYKONAJ KILKA ĆWICZEŃ ROZCIĄGAJĄCYCH.

PYTANIA:

Czy można ćwiczyć z bólem?

Wiele osób ze schorzeniami reumatycznymi uważa, że ból uniemożliwia im ćwiczenie, ale w tych schorzeniach bycie aktywnym fizycznie jest bardzo istotne. Jeżeli unikasz aktywności, zwiększa się ryzyko utraty mobilności i nasilają się trudności w wykonywaniu codziennych zadań. Organizm szybko dostosowuje

się do aktywności lub do jej braku. Będąc mniej aktywnym w życiu codziennym, masz mniej energii do wykonywania zadań i mniej siły do radzenia sobie z bólem. Aby móc rozpocząć ćwiczenia, porozmawiaj z lekarzem o swoich problemach bólowych.

Często dolegliwości bólowe zmniejszają się w trakcie ćwiczeń, częściowo z powodu uaktywnienia mięśni i zwiększenia poziomu endorfin. Dodatkowo podczas ćwiczeń grupowych zwiększasz swoją koncentrację. Skoncentrowanie się na tym, co robisz, nie tylko pomaga w zwiększeniu świadomości własnego ciała, ale także uruchamia obszary mózgu odpowiedzialne za ruch i uwalnia myśli od bólu. Pływanie w ciepłej wodzie pomaga zmniejszyć dolegliwości bólowe, ponieważ stawy nie są przeciążane, kiedy jesteś unoszony przez wodę.

Co powinno się robić, kiedy odczuwa się ból w czasie ćwiczeń?

Umiarkowany ból w mięśniach po ćwiczeniach jest normalny, zwłaszcza kiedy zaczyna się nową formę ćwiczeń – dolegliwość ta powinna minąć w ciągu 24 godzin. Jeżeli podczas ćwiczeń wystąpi szarpący ból oraz zaraz po ich zakończeniu, może to być oznaką kontuzji. Określenie ilości, czasu trwania i intensywności ćwiczeń, powinno się dostosować do „akceptowalnego” poziomu bólu.

W PRZYPADKU ĆWICZEŃ STAWÓW ZMIENIONYCH ZAPALNIE KONIECZNE JEST WYKONYWANIE ĆWICZEŃ BEZ OBCIĄŻENIA STAWÓW – CZYLI ĆWICZEŃ W ODCIĄŻENIU LUB ĆWICZEŃ BIERNYCH.

- Naucz się „czytać” sygnały Twojego ciała i ogranicz swoją aktywność, kiedy jest to konieczne.
- Kiedy stan zapalny zmniejsza się, możesz powoli wracać do normalnych aktywności i ćwiczeń, ale rozpocznaj powoli i zwiększaj je stopniowo.
- Jeżeli masz wątpliwości, zapytaj lekarza lub rehabilitanta.

W WIELU PRZYPADKACH WRAZ Z CZASEM POŚWIĘCONYM NA ĆWICZENIA ZMNIJSZA SIĘ KONIECZNOŚĆ STOSOWANIA DODATKOWYCH ŚRODKÓW PRZECIWBÓLOWYCH.

Jak można być aktywnym fizycznie, kiedy stale czuje się zmęczenie?

Jeżeli zmęczenie jest przyczyną rezygnacji z aktywności fizycznej, powinno się dostosować obciążenie i zaplanować czas oraz kolejność działań tak, by jak najmniej je nasilić. Nadmiar fizycznej aktywności prowadzi do zmęczenia, ale tak samo jej brak czyni człowieka słabym i znużonym.

Będąc aktywnym fizycznie, polepszasz pracę mięśni, odczuwasz zadowolenie i masz więcej energii. Wypijaj się dobrze. Brak snu także powoduje zmęczenie. Zmniejsz swoją aktywność fizyczną na godzinę przed snem i weź gorącą relaksującą kąpiel. Wieczorem ogranicz spożycie kofeiny (herbata, kawa, cola, czekolada) lub z niej zrezygnuj. Sprawdź warunki, w jakich śpisz – wygodne łóżko, odpowiednia temperatura w sypialni, właściwe zaciemnienie, poziom hałasu itp. – są to czynniki decydujące o dobrym śnie.

Czy nawet mała ilość ćwiczeń pomoże „zrzucić” wagę?

W celu zmniejszenia masy ciała musisz ograniczyć liczbę kalorii, które „zjadasz” i zwiększyć liczbę tych, które spalasz. Najlepszym sposobem na spalenie kalorii jest zwiększenie aktywności fizycznej. Liczba spalanych kalorii zależy od wielkości ciała, płci i wieku.

Oto prosta wskazówka:

- 60 minut intensywnej pracy w ogrodzie (kopanie, grabienie) spala 300 kcal,
- 60 minut energicznego marszu – 200 kcal,
- 45 minut tańca – 450 kcal.

Na skutek większej aktywności fizycznej, w długim okresie zmienia się skład ciała (zwiększa się masa mięśniowa, a zmniejsza ilość tkanki tłuszczowej), co prowadzi do małej, ale ważnej zmiany w procesie przemiany materii.

PRZED ZWIĘKSZENIEM AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ MUSISZ PRZEDYSKUTOWAĆ ĆWICZENIA Z REHABILITANTEM ZANIM PODEJMIESZ DZIAŁANIE, TAK BY NIE POGŁĘBIĆ DYSFUNKCJI I NIE NASILIĆ USZKODZENIA STAWÓW PRZEZ ICH NADMIERNE OBCIĄŻENIE.

EMOCJE

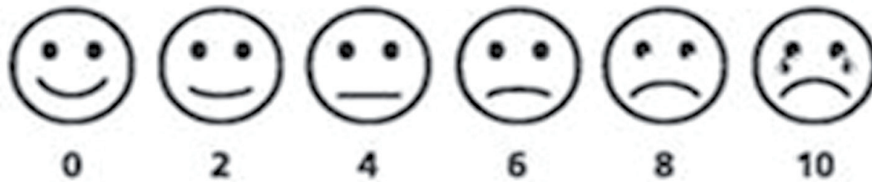
Niepokój spowodowany objawami choroby jest naturalny, ale może zamienić się w lęk i prowadzić do wielu różnych emocji – od ulgi, po poznanie przyczyny objawów, poprzez zaprzeczenie, złość, obawę, rozpacz, osamotnienie. Jedni są zdolni do lepszego radzenia sobie z emocjami, inni radzą sobie z tym gorzej. Te osoby, które doświadczają długotrwałych napadów złych emocji, powinny nauczyć się, w jaki sposób sobie z nimi radzić i korzystać z profesjonalnej pomocy jako elementu leczenia choroby. Należy pamiętać, że reakcje emocjonalne i potrzeby leczenia są zróżnicowane. Nierzadko potrzeba czasu, aby zaakceptować chorobę, a i wtedy uczucia mogą zależeć od Twojego stanu zdrowia oraz od tego, co się dzieje w Twoim życiu, np. podekscytowanie wyjazdem na wakacje może poprawić nastrój, a problemy w pracy, szkole, trudności finansowe mogą go pogorszyć.

Nawet osoby zawsze nastawione pozytywnie do życia mogą mieć czasami okresy, kiedy czują się gorzej i potrzebują pomocy.

Obserwowanie swojego samopoczucia jest ważną częścią radzenia sobie z chorobą.

OCEŃ CZY POTRZEBUJESZ POMOCY I NIE WAHAJ SIĘ KORZYSTAĆ ZE WSPARCIA!

Już dzisiaj możesz prowadzić dzienniczek, w którym będziesz odnotowywać fizyczne objawy, które sprawiają, że czujesz się lepiej albo gorzej. Taka informacja może być użyteczna w czasie konsultacji medycznych. Korzystna może być także informacja o Twoich emocjach. Swój nastrój możesz oceniać, stosując prostą skalę podobną do skali oceniającej poziom bólu. Możesz również swoje doznania opisywać, podając powód danego samopoczucia bądź też zapisując więcej szczegółów.



Ryc. 5. Emotikony do oceny własnych emocji

Spróbuj powiązać swoje emocje z tym, co się wydarzyło – będziesz wiedzieć, czy są one związane ze stanem zdrowia czy z czymś innym.

Sposoby radzenia sobie z emocjami

Pozytywne nastawienie do życia zazwyczaj pomaga. Część osób jest z natury optymistami i starają się one znaleźć dobre aspekty w każdej sytuacji. Inni natomiast, będąc pesymistami, we wszystkim widzą złe strony.

Może być naprawdę trudno radzić sobie z ograniczeniami, jakie niesie choroba: ze stałym zmęczeniem, bólem, złym samopoczuciem. Musisz wybrać, co Ci pomaga w przejęciu kontroli nad własnym życiem. Pozytywne myślenie może pomóc. Spróbuj skupić się na tym, co możesz robić i co jest dobre w Twoim życiu, a nie na tym, czego nie możesz zrobić i co jest złe.

Przebywanie z ludźmi nastawionymi do życia pozytywnie również pomoże w poprawie nastroju i zmianie postrzegania życia. Znajdź takich ludzi i staraj się być z nimi w stałym kontakcie.

Ważne jest dzielenie się swoimi odczuciami z przyjaciółmi, rodziną i innymi chorymi. Ważne jest także przekonanie, że masz się z kim podzielić swoimi emocjami i że osoby z Twojego otoczenia rozumieją, co czujesz. Pomocna będzie rozmowa z kimś, kto nie styka się z Twoimi problemami na co dzień i kto potrafi spojrzeć na Twoje życie z bardziej obiektywnej perspektywy. Niestety, nawet najbardziej empatyczny słuchacz może mieć trudności ze zrozumieniem, co czujesz, zwłaszcza gdy Twoja choroba nie jest widoczna. Możesz zatem woleć skontaktować się z innymi chorymi, którzy mają podobne doświadczenia, potrafią Cię zrozumieć i wesprzeć radą.

**GRUPY WSPARCIA MOGĄ OFEROWAĆ WSPARCIE I RADY RÓŻNYMI KANAŁAMI:
PISEMNA INFORMACJA, TELEFON, ORGANIZACJA WYDARZEŃ I WARSZTATÓW
PRZEZNACZONYCH DLA CHORYCH.**

Wiedza pacjenta na temat choroby jest kluczowa dla właściwie prowadzonego leczenia, zarówno farmakologicznego, jak i niefarmakologicznego. Celem jest nie tylko zahamowanie procesu zapalnego przejawiające się zmniejszeniem punktacji w kwestionariuszach aktywności, ale też normalne funkcjonowanie chorego w szeroko pojętej przestrzeni społecznej, czyli w domu i pracy zawodowej. Wiedza pozwala na lepszą współpracę pomiędzy pacjentem i lekarzem. Właściwa współpraca to gwarancja satysfakcji dla obu stron!

Wymieniać doświadczenia i uzyskać rady można również na czatach i forach dla osób z chorobami reumatycznymi. Kontakty on-line mogą być bardzo korzystne, ale mogą też zdarzyć się sytuacje, kiedy poczujesz się niekomfortowo, zwłaszcza gdy jesteś w nie najlepszym nastroju.

SPOSÓB ODŻYWIANIA

Tradycje kulinarne, kultura jedzenia mają istotny wpływ na jakość życia. Sposób spożywania posiłków jest odwzorowaniem osobowości. Picie i jedzenie są integralną częścią naszego życia, tworzenia więzi społecznych, wzajemnego oddziaływania na siebie. Nie ma dowodów na to, że sposób odżywiania wpływa na zachorowanie na reumatoidalne zapalenie stawów, ale warto znać możliwości oddziaływania sposobu odżywiania się na jakość życia w chorobie. Warto pamiętać, że jedzenie nie może zastąpić leczenia, ale może je wspomagać. Znane są produkty spożywcze, które mogą zmniejszyć dolegliwości bólowe i ograniczyć sztywność poranną. Są również takie, które mogą zaostrzyć objawy choroby. Prawidłowe odżywianie może zmniejszać działania niepożądane leków, ułatwiać utrzymanie właściwej masy ciała, zmniejszyć zagrożenie wystąpienia dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego czy osteoporozy.

Dieta śródziemnomorska. Najlepsze dla zdrowia jest odżywianie zróżnicowane, kolorowe produkty z przewagą warzyw i owoców. Uważa się, że kuchnia śródziemnomorska najbardziej sprzyja chorym na RZS, ponieważ zaleca się w niej spożywanie warzyw i ryb, świeżych owoców, ryżu, ziemniaków, produktów zbożowych, makaronu, wody jako podstawowego napoju oraz małej ilości mięsa (głównie czerwonego).

BOGATA W WARZYWA DIETA ŚRÓDZIEMNOMORSKA STANOWI PROFILAKTYKĘ CHOROBY WIEŃCOWEJ, DAJE POCZUCIE SYTOŚCI BEZ NADMIARU KALORII, A WIĘC ZAPOBIEGA NADWADZE. ZAWARTE W WARZYWACH I OWOCACH MIKROELEMENTY ZABEZPIECZAJĄ POTRZEBY ŻYCIOWE ORGANIZMU.

Przeciwutleniacze. Witaminy i inne składniki odżywcze zawarte w owocach i warzywach mają wpływ na funkcjonowanie organizmu. Przeciwutleniacze chronią komórki przed niekorzystnymi dla organizmu reakcjami wywołanymi przez kontakt z tlenem. Hasło „nie mniej niż 5 dziennie” określa minimalną liczbę porcji owoców i warzyw. Zakłada się, że w ciągu dnia powinno się zjeść około 1 kilograma tych produktów spożywczych. Pierwszeństwo powinny mieć warzywa i owoce sezonowe. Owoce i warzywa zaleca się jeść w każdej formie. Dodawanie do posiłków ziół, najlepiej świeżych, zwiększa przyswajanie pokarmów. W przypadku osób, które mają problemy ze spożywaniem wystarczającej ilości warzyw i owoców zaleca

się stosowanie suplementów, by pokryć zwiększone zapotrzebowanie na przeciwutleniacze.

Wielonienasycone kwasy tłuszczowe. Wśród tych kwasów zwracają uwagę kwasy omega-3 występujące w olejach roślinnych, m.in. takich jak: rzepakowy, lniany, sojowy. Dodanie jednej łyżki oleju dziennie do pożywienia pozwala na zmniejszenie stanów zapalnych w organizmie. Można również dodawać orzechy do sałatek. Miłośnicy ryb znajdą kwasy omega-3 głównie w tłustych rybach, takich jak: śledź, tuńczyk, łosoś, makrela, sardynka, węgorz, ale inne ryby również zawierają korzystne dla organizmu kwasy. W kuchni śródziemnomorskiej ryby powinny pojawiać się na talerzu co najmniej 2 razy w tygodniu i to jako danie główne. W przypadku problemów z nadwagą i konieczności przejścia na dietę o niskiej zawartości tłuszczu zaleca się umiarkowane spożywanie tłustych ryb i roślin strączkowych. Można także przyjmować kwasy omega-3 w postaci kapsułek żelowych jako suplement diety. Osoby, które nie lubią lub nie tolerują ryb w swojej diecie, powinny skonsultować się ze specjalistą w celu uzgodnienia sposobu zastąpienia ryb innymi produktami. Ważną informacją jest to, że olej arachidonowy jest kwasem omega-6, który w przeciwieństwie do kwasów omega-3 sprzyja stanom zapalnym i należy go spożywać z dużą ostrożnością. Występuje on w mięsie, podrobach, w drobiu przyrządzonym ze skórą, w wyrobach wędliniarskich, żółtku jaja i wielu innych produktach zwierzęcych. Przyjmuje się, że mięso i jajka powinno się spożywać nie częściej niż 2 razy w tygodniu. Produkty mleczne zaleca się spożywać 4 razy dziennie w celu zrównoważenia zapotrzebowania organizmu na składniki w nich zawarte (głównie białko i wapń).

Problemy z nadwagą i trawieniem.

Przyjmowanie glikokortykosteroidów często prowadzi do nadmiernego apetytu i do niechcianego przybrania na wadze. Może temu zapobiegać kuchnia śródziemnomorska dzięki dużej ilości warzyw i owoców, ryb, nabiału i roślin strączkowych bogatych w białko, a o małej zawartości mięsa. W przypadku problemów z trawieniem warzywa i owoce powinny być gotowane, ale tak, aby straciły jak najmniej wartości odżywczych – najlepiej na parze.

ZMIANY W SPOSOBIE ODŻYWIANIA POWINNY BYĆ WPROWADZANE STOPNIOWO. JEDNOCZEŚNIE NIE NALEŻY SIĘ OBAWIAĆ PRODUKTÓW MROŻONYCH, PAKOWANYCH PRÓŻNIOWO, LIOFILIZOWANYCH.

11

CZYM JEST „PROGRAM PROFILAKTYKI RZS NARODOWEGO INSTYTUTU GERIATRII, REUMATOLOGII I REHABILITACJI”, CZYLI POSZUKIWANIE NAJLEPSZEGO ROZWIĄZANIA I USPRAWNIENIA DROGI OD LEKARZA POZ DO REUMATOLOGA

Głównym celem projektu jest pilotażowe wdrożenie ogólnopolskiego programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów przy współpracy po-

między przychodniami POZ a specjalistami reumatologami z Ośrodka Wczesnej Diagnostyki w zakresie prowadzenia koordynowanych badań przesiewowych nakierowanych na przeciwdziałanie i wczesne wykrycie reumatoidalnego zapalenia stawów.

Cele Programu to:

- podniesienie wiedzy pracowników POZ w zakresie wczesnej diagnostyki RZS oraz akcje edukacyjne i informacyjne skierowane do pacjentów,
- wdrożenie programu profilaktyki RZS, a co za tym idzie wczesnego diagnozowania choroby, co pozwoli na zwiększenie szansy na zahamowanie postępu choroby.

Pacjent w Programie:

Pacjent skierowany przez lekarza POZ wraz z kopią wyników kwestionariuszy, badania układu ruchu i podstawowych badań laboratoryjnych będzie konsultowany przez doświadczonego reumatologa w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.

W przypadku potwierdzenia podejrzenia RZS w okresie wczesnym na podstawie badania układu ruchu – lekarz reumatolog skieruje chorego na badania krwi, badania radiologiczne, ultrasonograficzne zajętego stawu. Dodatkowo pacjent wypełni kwestionariusze odnoszące się do jakości życia i oceny bólu oraz aktywności choroby. Lekarz na podstawie badania przedmiotowego i wyników badań dodatkowych oceni aktywność choroby.

Po otrzymaniu wyników badań i potwierdzeniu wczesnego RZS lub wczesnego zapalenia stawów nie spełniającego kryteriów dla RZS, ale ze złymi czynnikami rokowniczymi u chorego zostanie zalecone leczenie lekami modyfikującymi przebieg choroby (LMPCh), w tym głównie metotreksatem. Celem leczenia jest remisja lub niska aktywność choroby. Wymaga to w pierwszym okresie choroby zaplanowania wizyt u reumatologa w odstępach 1–3 miesięcy. Pacjent, u którego w ramach programu zostanie zdiagnozowane RZS, będzie przyjęty na wizytę u lekarza reumatologa w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki w ciągu 14 dni.

**ZGODNIE Z ZALECENIAMI EULAR PACJENT Z ROZPOZNANYM WCZESNYM RZS
POZOSTAJE POD STAŁĄ OPIEKĄ PORADNI REUMATOLOGICZNEJ.**

Informację na temat zaleconego leczenia, wyników badań, terminów kontroli u reumatologa otrzymuje lekarz POZ wraz z informacjami dotyczącymi możliwości konsultacji pacjenta z lekarzem reumatologiem prowadzącym w sytuacjach nagłych. W przypadku rozpoznania innej niż RZS zapalnej choroby reumatycznej pacjent również pozostanie pod opieką reumatologa w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki.

W przypadku wykluczenia RZS i innej zapalnej choroby reumatycznej chory zostaje ponownie skierowany do lekarza POZ z pełną informacją dotyczącą wyników badań i ustalonego dalszego postępowania terapeutycznego np. w przypadku rozpoznania choroby zwyrodnieniowej.



Ryc. 6. Szybka „ścieżka” pacjenta od lekarza POZ do specjalisty

12

KTO UCZESTNICZY W PROJEKCIE

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher (NIGRiR) – lider projektu. Instytut został utworzony jako Instytut Reumatologiczny rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 10 marca 1951 r. w sprawie utworzenia Instytutu Reumatologicznego. Przedmiotem działania Instytutu jest prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych, studiów podyplomowych i doktoranckich, kształcenie kadry medycznej, nadawanie stopni naukowych, przystosowywanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych do zastosowania w praktyce, upowszechnianie i wdrażanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych, w tym prowadzenie prac wdrożeniowych, uczestniczenie w systemie ochrony zdrowia, w obszarze: gerontologii, geriatrii oraz dyscyplin pokrewnych, reumatologii, rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, chorób przewlekłych i chorób powodujących niesamodzielność, farmakologii klinicznej, zdrowia publicznego. (<http://spartanska.pl/>)

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR) – partner projektu. PTMR zostało utworzone w roku 1999. Towarzystwo jest organizacją interdyscyplinarną, zrzeszającą wszystkich zainteresowanych medycyną rodzinną, przede wszystkim lekarzy ze specjalizacją medycyny rodzinnej. (<http://ptmr.info.pl/>)

Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Reumatyków „REF” – partner projektu. Utworzona w roku 2000 jako platforma współpracy chorych reumatycznych. Zrzesza stowarzyszenia chorych na choroby reumatyczne. Od 2013 r. Federacja jest członkiem European League Against Rheumatism (EULAR). (<http://ref.org.pl>)

Przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej, które zgłosiły chęć uczestnictwa w Programie i podpisały umowę z NIGRiR, a lekarze z tych ośrodków uczestniczyli w szkoleniu organizowanym w NIGRiR.

Na podstawie wykonania zalecanych w programie badań laboratoryjnych i kwestionariuszy dla lekarza i pacjenta, lekarz POZ z tych przychodni może skierować pacjenta w ramach Programu do NIGRIR.

**WARUNKI SKIEROWANIA PACJENTA DO OŚRODKA WCZESNEJ DIAGNOSTYKI:
OBJAWY TRWAJĄCE KRÓTKO DO 6 TYGODNI, PACJENT NIE MA ROZPOZNANEGO
WCZEŚNIEJ RZS I NIE STOSUJE LEKÓW MODYFIKUJĄCYCH PRZEBIEG CHOROBY.**



Ryc. 7. Hasło kampanii Europejskiej Ligi do Walki z Reumatyzmem

Podsumowanie

Wiedza o chorobie ze strony pacjenta jest kluczowa dla właściwie prowadzonego leczenia zarówno farmakologicznego, jak i nefarmakologicznego. Celem jest nie tylko zahamowanie procesu zapalnego przejawiające się zmniejszeniem aktywności choroby, ale też normalne funkcjonowanie chorego w szeroko pojętej przestrzeni społecznej, czyli w domu i pracy zawodowej. Wiedza pozwala na lepszą współpracę pomiędzy pacjentem i lekarzem. Właściwa współpraca to gwarancja satysfakcji dla obu stron!

Załączniki

Ułatwieniem dla lekarza POZ i dla pacjenta z bólem stawów i oszacowania ryzyka rozwoju RZS są ankiety przedstawione poniżej:

Odpowiedzi na zadane w ankietach pytania pozwalają określić, czy u pacjenta można stwierdzić istotne ryzyko występowania zapalenia stawów.

Tab.1. Ankieta dla pacjenta

Lp.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Czy odczuwasz ból stawów?		
2.	Czy odczuwasz ból nadgarstków/rąk?		
3.	Czy Twoje ręce/nadgarstki są spuchnięte (obrzęknięte)?		
4.	Czy Twoje stawy są sztywne rano? (Czy odczuwasz sztywność poranną w stawach?)		
5.	Czy masz problem z zaciśnięciem ręki w pięść?		
6.	Czy od momentu obudzenia się rano mija więcej niż 1 godzina zanim Twoje stawy poruszają się swobodniej?		
7.	Czy te same stawy zajęte są po obu stronach ciała?		
8.	Czy problemy ze stawami mają wpływ na Twoją aktywność życiową np. masz problemy z samoobsługą, wypoczynkiem lub zmieniłeś swoją aktywność zawodową?		
9.	Czy kiedykolwiek ktoś Ci powiedział, że masz reumatoidalne zapalenie stawów?		
10.	Czy ktoś w Twojej rodzinie ma/miał reumatoidalne zapalenie stawów?		
11.	Czy rozpoznano u Ciebie zmiany na skórze określane jako łuszczyca?		

Odpowiedź „tak” na co najmniej 6 pytań sugeruje RZS.

Tab. 2. Ankieta dla lekarza

Lp.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Sztywność poranna trwająca dłużej niż 1 godzina		
2.	Trudności w zaciśnięciu ręki w pięść w godzinach porannych		
3.	Ból przy przywitaniu i potrząsaniu czyjejś ręki		
4.	Uczucie mrowienia i uczucie wbijania igieł w palcach		
5.	Problem w noszeniu i zakładaniu obrączki i pierścionków		
6.	Problem podczas chodzenia w dotychczasowo używanym obuwiu (trudności w chodzeniu, ból)		
7.	Dodatni wywiad w kierunku występowania RZS w rodzinie		
8.	Uczucie przewlekłego zmęczenia o niejasnej przyczynie trwającego mniej niż rok		

Stwierdzenie przynajmniej jednego obrzękniętego stawu lub co najmniej tkliwość dwóch stawów lub ograniczenie ich ruchomości oraz dwa i więcej z powyższych kryteriów sugeruje podejrzenie RZS.



Publikacja powstała w ramach Projektu „Program profilaktyki
RZS Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”
nr projektu POWR.05.01.00-00-0022/17



Biuro Projektu:
„Program profilaktyki RZS
Narodowego Instytutu Geriatrii,
Reumatologii i Rehabilitacji”

ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa
tel. 22 670 91 55
e-mail: biuro.power@spartanska.pl

<http://spartanska.pl/czy-to-rzs/>
<http://czytorzs.pl>

Publikacja jest bezpłatna

ISBN 978-83-933304-7-8