

KOWZS

**Kompleksowa Opieka nad
Pacjentem z Wczesnym
Zapaleniem Stawów**



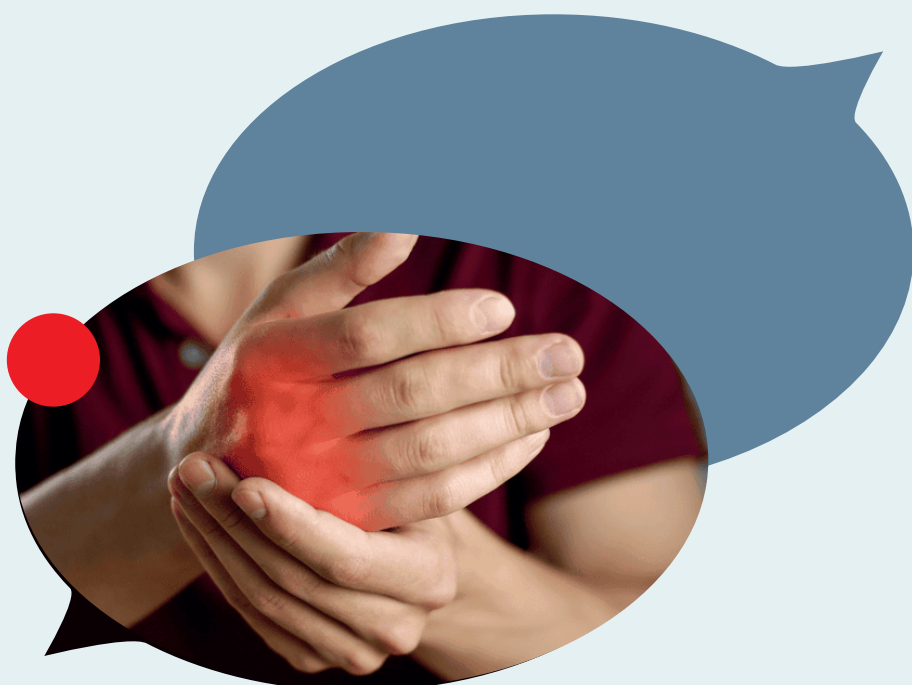
Materiały edukacyjne

WARSZAWA 2025

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher
ul. Spartańska 1
02-637 Warszawa
<https://spartanska.pl/>

Warszawa 2025 r.

Powielanie tego dokumentu w całości, w częściach, jak również wykorzystywanie całości tekstu
lub jego fragmentów wymaga podania źródła.



Reumatologia i choroby reumatyczne

w pytaniach i odpowiedziach

1.

Czym jest reumatologia? Kim jest reumatolog?



Reumatologia jest dziedziną medycyny, jedną ze specjalizacji lekarskich wywodzących się z chorób wewnętrznych – działu medycyny zajmującego się schorzeniami narządów wewnętrznych.

Specjalista reumatologii, czyli reumatolog, zajmuje się diagnostyką, leczeniem oraz profilaktyką chorób reumatycznych. W Polsce według danych statystycznych z 2024 r. czynnych zawodowo było ponad 1800 specjalistów reumatologii, co oznacza, że na jednego reumatologa przypada ponad 20 tys. obywateli.

2.

Czym są zapalne choroby reumatyczne?



Choroby reumatyczne to grupa bardzo różnorodnych i zróżnicowanych pod względem przyczyn i objawów schorzeń, która obejmuje ponad 200 odrębnych jednostek chorobowych. Choć zwyczajowo określa się, że reumatolog zajmuje się nieurazowymi chorobami narządu ruchu, to zakres jego kompetencji jest znacznie szerszy – nie ma bowiem narządu czy układu narządów, który nie mógłby ulec zajęciu w przebiegu chorób reumatycznych. Znaczna część z nich polega bowiem na **przewlekłym procesie zapalnym w obrębie tkanek łącznej i ma podłoże autoimmunologiczne**.

Co to oznacza?

PRZEWLEKŁY

– choroby reumatyczne z niewielkimi wyjątkami są nieuleczalne, a więc towarzyszą choremu od momentu wystąpienia do końca życia – nie oznacza to jednak, że pacjent odczuwa ich objawy przez cały ten czas. Dzięki leczeniu możliwe jest osiągnięcie niskiej aktywności lub remisji choroby, czyli stanu, w którym objawy są niemal lub zupełnie nieodczuwalne – to cel, do którego w swojej praktyce dąży reumatolog.

PROCES ZAPALNY

– u jego podłoża leżą zmiany w naczyniach krwionośnych, dochodzi bowiem do ich rozszerzenia i zwiększenia przepuszczalności. Drogą krwi poprzez „nieszczelne” naczynia krwionośne do tkanek (które budują narządy) dostają się komórki układu odpornościowego (różne rodzaje leukocytów) oraz białka promujące zapalenie (cytokiny prozapalne). W wyniku ich działalności dochodzi do ujawnienia objawów zapalenia: bólu, obrzęku, zaczerwienienia, podwyższonej ciepłoty, czasem zaburzenia funkcji danej tkanki. Zapalenie służy zwykle usunięciu czynnika chorobotwórczego (np. infekcji bakteryjnej lub substancji toksycznej) i ma funkcję obronną – pozwala na powrót do stanu prawidłowego, czyli fizjologicznego. W przypadku chorób reumatycznych, a więc procesu przewlekłego i nieporządanego, oprócz wspomnianych objawów zapalenia dochodzi również do nieodwracalnego uszkodzenia tkanek i narządów. Dlatego tak ważne jest rozpoczęcie leczenia na wczesnym etapie zapalenia, z wykorzystaniem leków skierowanych przeciwko czynnikom wywołującym: komórkom układu odpornościowego i cytokinom prozapalnym.

W OBRĘBIE TKANKI ŁĄCZNEJ

– tkanka łączna, która składa się z komórek, substancji międzykomórkowej i różnego rodzaju włókien, to jeden z podstawowych typów tkanek w organizmach wielokomórkowych, w tym u ludzi. Pełni różnorodne funkcje w zależności od swojego rodzaju i lokalizacji. Jej główną rolą jest łączenie, wspieranie, ochrona struktur organizmu oraz transportowanie różnych substancji. Tkanka łączna występuje m.in. w skórze, mięśniach, narządach wewnętrznych, takich jak płuca, nerki, wątroba; narządzie wzroku, naczyniach krwionośnych, więzadłach i ścięgnach. Rodzajem tkanki łącznej jest tkanka chrzęstna, kostna, tłuszczowa, a nawet krew. Tak powszechne występowanie tkanki łącznej w organizmie ludzkim wiąże się z dużą liczbą różnorodnych objawów i mnogością układów bądź narządów, które mogą być zajęte w przebiegu choroby reumatycznej.

O PODŁOŻU AUTOIMMUNOLOGICZNYM

– choroby autoimmunologiczne to schorzenia, w których układ odpornościowy, zamiast bronić organizm przed infekcjami i innymi zagrożeniami, atakuje zdrowe komórki i tkanki. W prawidłowo funkcjonującym organizmie układ odpornościowy przy pomocy m.in. wspomnianych już leukocytów rozpoznaje różnice między „swoimi” a „obcymi” komórkami. W przypadku chorób autoimmunologicznych dochodzi natomiast do zaburzenia tej równowagi. Układ odpornościowy zaczyna błędnie traktować elementy organizmu jako zagrożenie i produkuje przeciwko nim przeciwciała promujące nieprawidłowe reakcje immunologiczne. W ich wyniku może wystąpić stan zapalny, uszkodzenie tkanek, a w efekcie różnorodne objawy, w zależności od tego, które narządy i układy są zaatakowane. Oznaczanie wspomnianych przeciwciał (np. czynnika reumatoidalnego (RF) i przeciwciał przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi (anty-CCP) stanowi jeden z elementów diagnostyki reumatologicznej.

Reumatologia



3.

Jak dzielimy choroby reumatyczne? Czy choroby reumatyczne są częste?



Podstawowy podział dotyczy udziału procesów zapalnych w mechanizmie choroby – determinuje on bowiem rodzaj leczenia, które zostanie zastosowane przez reumatologa. I tak wyróżniamy występujące zdecydowanie powszechniej **choroby niezapalne**, do których należy m.in. choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów obwodowych (dotyczy ok. 7,6% populacji na świecie i ponad połowę osób po 40. roku życia), osteoporoza (ponad 18% populacji światowej (!) – z uwagi na brak objawów bólowych często diagnozowana dopiero w momencie złamaniaiskoenergetycznego) czy fibromialgia (rozpoznawana u 2-4% populacji ogólnej).

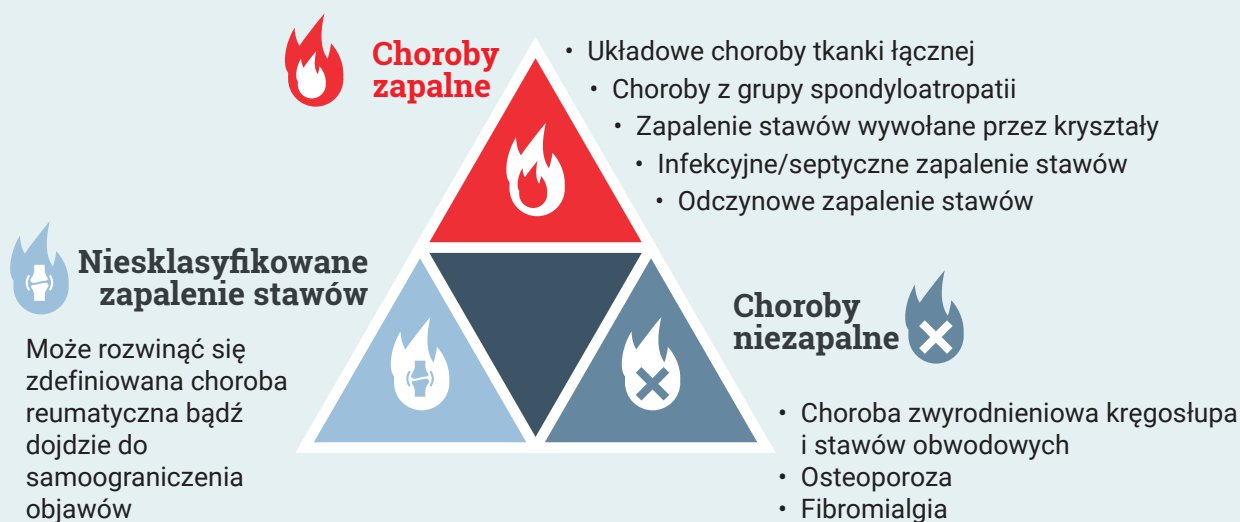
Do zapalnych chorób reumatycznych zaliczamy **układowe choroby tkanki łącznej**, choroby z grupy **spondyloatropatii**, zapalenie stawów wywołane przez kryształki czyli **krystalopatie** (np. dna moczaniowa), zapalenie stawów towarzyszące zakażeniu: bezpośrednio wywołane przez drobnoustroje (**infekcyjne/septyczne zapalenie stawów**) lub

w wyniku reakcji immunologicznej rozwijającej się w odpowiedzi na zakażenie, np. wirusowe (**odczynowe zapalenie stawów**).

Wreszcie może stać się i tak, że reumatolog potwierdzi wystąpienie zapalenia stawów, ale przeprowadzona diagnostyka nie przyniesie odpowiedzi na pytanie, co jest jego przyczyną – wówczas mamy do czynienia z **niesklasyfikowanym zapaleniem stawów** (w pierwszych 6-12 tygodniach definiowanym jako **wczesne zapalenie stawów**), z którego u części pacjentów może rozwinąć się zdefiniowana choroba reumatyczna bądź dojdzie do samoograniczenia objawów.

Wśród układowych chorób tkanki łącznej najczęstsze jest **reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)**, które dotyka ok. 1% populacji. Pozostałe jednostki z tej grupy są **chorobami rzadkimi** (czyli takimi, których liczba stwierdzonych przypadków nie jest większa niż 5 na 10 tys. osób) i należą do nich m.in.: toczeń rumieniowaty układowy (TRU), pierwotny zespół Sjögrena, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS), twardzina układowa, miopatie zapalne (zapalenie wielomięśniowe i skóro-mięśniowe), zespół antyfosfolipidowy, układowe zapalenia naczyń, choroba IgG4-zależna.

Podział chorób reumatycznych



Do spondyloartropatii należą: zeszywniające zapalenie stawów (spondyloartropatia radiograficzna), spondyloartropatia nieradiograficzna, łuszczykowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów w przebiegu nieswoistych zapalnych chorób jelit i spondyloartropatia niezniszczająca. Jako grupa, obok dny moczanowej i RZS, są jedną z najczęstszych przyczyn zapaleń stawów.

Warto wspomnieć również o grupie zapalnych schorzeń w obrębie układu ruchu, które dotyczą struktur pozastawowych. Mogą występować w przebiegu chorób reumatycznych (np. RZS lub spondyloartropatii), ale zdecydowanie częściej związane są z przeciążeniem, zwyrodnieniem czy powtarzającymi się mikrourazami, a nie z procesami autoimmunologicznymi. Określa się je mianem **reumatyzmu tkanek miękkich** i są nierzadką przyczyną zgłaszania się pacjentów do reumatologa czy ortopedy. Wyróżniamy w tej grupie zapalenie kaletki maziowych (np. zapalenie kaletki krętarzowej lub podbarkowej), zmiany w obrębie ścięgien (np. uszkodzenie stożka rotatorów, choroba de Quervaina, gangliony czy przykurcz rozciągnięty dłoniowy), zapalenie przyczepów ścięgien (np. tzw. łokieć golfisty i tenisisty, zapalenie ścięgna Achillesa, zespół krętarzowy) lub neuropatie uciskowe (np. zespół cieśni kanału nadgarstka).

4.

Kto może zachorować na chorobę reumatyczną?



Istnieje błędne przekonanie, że choroby reumatyczne dotyczą głównie ludzi w podeszłym wieku – jest to związane z utożsamianiem ich z tzw. reumatyzmem, czyli potoczną nazwą ogółu schorzeń przebiegających z bólem w obrębie układu ruchu, również z chorobą zwyrodnieniową, której częstość występowania faktycznie wzrasta z wiekiem.

Tymczasem zapalne choroby reumatyczne dotyczą głównie **osób w średnim wieku (np. 4. i 5. dekada życia w przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów) bądź młodszych (między 2. a 4. dekadą życia** w wypadku tocznia rumieniowatego układowego bądź chorób z grupy spondyloartropatii). Co więcej, należy pamiętać, że na choroby reumatyczne chorują również dzieci – w przypadku młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów objawy choroby mogą wystąpić już w pierwszym roku życia.



Przyjmuje się, że na choroby autoimmunologiczne częściej chorują kobiety i nie inaczej jest w przypadku chorób reumatycznych (9:1 w TRU; 3:1 w RZS). Nieco inaczej jest w przypadku chorób z kręgu spondyloartropatii – choć do niedawna sądzono, że częściej dotyczą mężczyzn, ostatnie badania pokazują, że wśród kobiet i mężczyzn występują z podobną częstością.

5.

Jakie są czynniki ryzyka wystąpienia choroby reumatycznej?



Choroba reumatyczna może rozwinąć się u każdego – nie dysponujemy listą warunków, których spełnienie determinuje, że dana choroba wystąpi lub nie. Etiologia chorób autoimmunologicznych w dalszym ciągu jest obiektem licznych badań naukowych. Można jednak przyjąć, że za rozwój objawów chorobowych odpowiadają **predyspozycje genetyczne po wystąpieniu czynnika spustowego**.



PREDYSPOZYCJE GENETYCZNE

– nie należy mylić chorób autoimmunologicznych, w tym reumatycznych, z chorobami genetycznymi. Choć przypadek choroby reumatycznej w rodzinie zwiększa ryzyko jej wystąpienia wśród członków tej rodziny, to mechanizm rozwoju schorzenia jest wieloczynnikowy i nie polega wyłącznie na dziedziczeniu genów. Dzięki postępowi badań genetycznych na przestrzeni ostatnich lat ustalono szereg genów predysponujących do wystąpienia określonych chorób reumatycznych. Mimo że badania genetyczne pozostają domeną badań naukowych, to w diagnostyce spondyloartropatii niemal rutynowym stało się już oznaczenie antygenu HLA-B27. Należy pamiętać, że jego wykrycie nie przesądza o rozwoju choroby: jedynie od 5% do 10% osób z obecnym antygenem HLA-B27 zachoruje na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa po zadziałaniu określonych czynników środowiskowych.

Antygen HLA-B27

5 do 10% osób z obecnym antygenem HLA-B27 zachoruje na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa



CZYNNIKI SPUSTOWE

– ich wpływ na osobę predysponowaną genetycznie może doprowadzić do rozwoju (a także zaostrzenia uprzednio rozpoznanej) choroby reumatycznej. Wymienia się wśród nich czynniki środowiskowe, hormonalne oraz związane ze stylem życia, a do najważniejszych należą:

➤ **Infekcje** – zwłaszcza wirusowe (szczególnie immunogenne, czyli silnie oddziałujące na układ odpornościowy to wirus Epsteina-Barr, wirus cytomegalii) czy bakteryjne (paciorkowce, enterobakterie). Sam przebieg infekcji bywa niezauważalny, jednak w wyniku pobudzenia układu odporności może dojść do autoimmunizacji

– rozwoju reakcji immunologicznej przeciwko komórkom i tkankom własnego organizmu.

➤ **Zanieczyszczenie środowiska** – układ immunologiczny i reakcje zapalne może aktywować ekspozycja na zawarte we wdychanym powietrzu zanieczyszczenia.

➤ **Dym papierosowy** – immunogenne jest zarówno palenie czynne, jak i bierne narażenie na dym papierosowy. Ryzyko dotyczy zarówno nikotyny, jak i tzw. e-papierosów.

➤ **Mikrobiota przewodu pokarmowego oraz dieta** – zmiany ilościowe i jakościowe w składzie mikroorganizmów bytujących w jamie ustnej i jelitach człowieka stanowią obecnie punkt zainteresowania badań nad rozwojem chorób autoimmunologicznych, w tym reumatycznych. Jednym z lepiej poznanych związków jest wpływ bakterii odpowiedzialnej za rozwój chorób przyzębia (*Porphyromonas gingivalis*) na wystąpienie reumatoidalnego zapalenia stawów (higiena jamy ustnej ma znaczenie!). Istnieją doniesienia o pozytywnym wpływie na opóźnienie wystąpienia objawów RZS diety wegetariańskiej lub wegańskiej oraz bogatej w kwasy tłuszczowe wielonienasycone i kwas oleinowy.

➤ **Czynniki hormonalne** – podkreśla się przede wszystkim rolę żeńskich hormonów płciowych, czyli estrogenów – zarówno w aspekcie wahań ich stężenia w organizmie w ciągu życia (pokiwanie, menopauza, ciąża), jak i suplementacji (antykoncepcja hormonalna, hormonalna terapia zastępcza).

➤ **Substancje chemiczne** – istnieje szereg doniesień dotyczących substancji chemicznych stosowanych w przemyśle (np. pył krzemionkowy, chlorek winylu, aminy aromatyczne), leków oraz zabiegów medycyny estetycznej, które mają potencjalny wpływ na rozwój chorób reumatycznych.

➤ **Stres** – choć wpływ stresu na układ immunologiczny pozostaje tematem badań, to w praktyce klinicznej obserwuje się jego związek z wystąpieniem objawów chorób reumatycznych.

➤ **Ekspozycja na światło słoneczne** – to istotny czynnik autoimmunizacji w toczeniu rumieniowatym układowym.

6.

Kiedy należy skorzystać z konsultacji reumatologicznej?



Najczęstszą przyczyną zgłoszenia się do reumatologa jest **ból w obrębie układu ruchu**. Samo doznanie bólu kostno-stawowego czy bólu mięśniowego nie warunkuje, że mamy do czynienia z zapalną chorobą reumatyczną. Zdecydowanie częściej jest ono związane ze zmianami zwyrodnieniowymi czy przeciążeniowymi i powinno ustąpić po zastosowaniu klasycznych leków przeciwbólowych, rehabilitacji czy odciążenia. W wypadku zmian pourazowych lub zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych konieczna jest konsultacja ortopedyczna i leczenie dostosowane do stopnia uszkodzenia aparatu ruchu, czasem operacyjne.

Z konsultacji reumatologicznej należy skorzystać między innymi w wypadku:

- obrzęku stawów, nawet kiedy jest on niebolesny bądź dotyczy tylko jednego stawu;
- **zapalnego bólu kręgosłupa, tzn. ból wystąpił przed 40. r.ż., ma podstępny początek (tzn. nie wystąpił nagle i w sytuacji przeciążenia jak ma to miejsce w wypadku dyskopatii), zmniejsza się po ćwiczeniach fizycznych i nie ustępuje podczas odpoczynku, występuje w nocy i nad ranem (zmniejsza się po wstaniu z łóżka), towarzyszy mu sztywność poranna i naprzemienny ból pośladków;**



- szczególnie gdy dolegliwościom stawowym bądź zapalnemu bólowi kręgosłupa towarzyszy:

- **rozpoznanie łuszczycy lub łuszczycy u członka rodziny,**
- **rozpoznanie nieswoistej zapalnej choroby jelit: wrzodziejącego zapalenia jelita lub choroby Leśniowskiego-Crohna,**
- **zapalenie błony naczyniowej oka,**
- **zapalenie ścięgna Achillesa lub rozciągnięcie podszewowego,**
- **infekcja układu pokarmowego lub moczowo-płciowego;**



- gdy bólowi lub obrzękom stawów towarzyszy któryś z poniższych objawów lub kilka z poniższych objawów występuje wspólnie:

- przewlekłe zmęczenie,
- poty nocne,
- powiększenie węzłów chłonnych,
- gorączka lub stany podgorączkowe niezwiązane z infekcją,
- sztywność poranna,
- nadwrażliwość na światło słoneczne,
- zmiany skórne – zwłaszcza rumień w obrębie policzków i grzbietu nosa lub w kształcie obrączek,
- zmiany śluzówkowe w jamie ustnej w postaci aft,
- objaw Raynauda czyli blednięcie palców rąk, głównie pod wpływem zimna lub stresu,
- nasilone objawy suchości w obrębie jamy ustnej lub oczu,
- przebyte zapalenie błon surowiczych to znaczy zapalenie opłucnej lub osierdzia,
- przebyte epizody zakrzepowo-zatorowe takie jak zatorowość płucna i zakrzepica żył głębokich,
- u kobiet wywiad niepowodzeń położniczych (np. nawracające poronienia),
- duszność lub przewlekły kaszel,
- stwardnienie skóry zwłaszcza w obrębie palców rąk,
- osłabienie siły mięśniowej,
- zaburzenia czucia pod postacią drętwienia, osłabionego czucia dotyku w obrębie rąk i stóp,

- podwyższone parametry zapalne w badaniach laboratoryjnych, zwłaszcza przyspieszone OB,
- utrzymujące się odchylenia w morfologii krwi: niedokrwistość, zbyt mała liczba białych krwinek (leukopenia) lub płytek krwi (trombocytopenia).

Należy pamiętać, że choroby reumatyczne ze względu na swój wieloukładowy charakter mogą mieć różnorodne, często niespecyficzne objawy (tzn. takie, które mogą występować w przebiegu różnorodnych chorób). Dopiero odpowiedni obraz kliniczny to znaczy zestaw objawów i odchyleń w badaniach dodatkowych decyduje o rozpoznaniu.

rozpoznanie. Nierzadko mogą one wydawać się pacjentowi niezwiązane z pierwotną przyczyną zgłoszenia się na wizytę. Rolą reumatologa jest jednak połączenie różnych faktów, które bywa, że tylko z pozoru nie są związane z ostateczną diagnozą. Na wizycie należy spodziewać się pytań o choroby przewlekłe, leki przyjmowane na stałe, inne istotne fakty z historii medycznej jak np. uczulenia na leki. Reumatolog może zapytać również o historię chorób reumatycznych w rodzinie, tryb życia (w tym charakter pracy, celem oceny narażenia na przeciążenie układu ruchu bądź substancje chemiczne), aktywność fizyczną, dietę.

7.

Jak wygląda wizyta i diagnostyka reumatologiczna?



Etapy konsultacji reumatologicznej:

1



Wywiad lekarski:

lekarz zapyta o objawy, które są przyczyną wizyty. Będzie chciał wiedzieć, kiedy pojawiły się pierwsze objawy, jak się zmieniały w czasie i czy występują czynniki, które je nasilają lub łagodzą. W zależności od objawów uzupełni wywiad o pytania, które naprowadzą go na wstępne

2



Badanie fizykalne:

poza standardowym badaniem, takim jak np. osłuchiwanie płuc i serca, reumatolog, co naturalne, zbada układ ruchu: stawy obwodowe, zwracając uwagę na obrzęki, bolesność, ograniczenie ich ruchomości bądź deformacje; ruchomość kręgosłupa, weryfikując, czy źródłem bólu nie są struktury pozastawowe (np. zapalenie w obrębie przyczepów ścięgien). W zależności od sytuacji lekarz może również ocenić stan skóry oraz paznokci, siłę mięśniową, zaburzenia czucia. Oczywiście zakres badania jest dostosowany do objawów, z którymi zgłasza się pacjent, a także sytuacji – inaczej wygląda badanie przy przyjęciu do oddziału reumatologicznego, inaczej na pierwszej i kolejnych wizytach w poradni reumatologicznej.

3

**Plan diagnostyczny:**

w zależności od objawów, reumatolog może zlecić **badania laboratoryjne: podstawowe**, takie jak np. morfologia krwi, parametry zapalne (białko C-reaktywne i OB), parametry oceniające wydolność wątroby czy nerek, badanie ogólne moczu, a także, w zależności od wskazań, **badania specyficzne dla chorób reumatycznych**: oznaczenie przeciwciał (np. czynnik reumatoidalny (RF), przeciwciała anty-CCP, przeciwciała przeciwjądrowe – ANA), stężenia białek układu odpornościowego (składowych dopełniacza lub immunoglobulin) bądź antygenu HLA-B27. Nierzadko reumatolog poszerzy diagnostykę o badania obrazowe, takie jak: klasyczna radiografia (np. RTG klatki piersiowej, stawów obwodowych celem oceny struktur kostnych pod kątem zmian zwyrodnieniowych bądź destrukcyjnych typowych dla zapalnych chorób stawów, RTG stawów krzyżowo-biodrowych lub kręgosłupa w diagnostyce spondyloartropatii), ultrasonografia (USG) narządów wewnętrznych, ślinianek, węzłów chłonnych lub stawów (jest to podstawowe badanie służące wykryciu aktywnego zapalenia w obrębie stawów lub zmian zapalnych/przeciążeniowych w obrębie aparatu okołostawowego), rezonans magnetyczny (MRI) stawów obwodowych czy kręgosłupa, które jest badaniem wysokiej modalności (jest bardziej dokładne) i służy nie tylko ocenie struktur kostnych, ale również łącznotkankowych (ścięgna, więzadła, błona maziowa) zarówno pod kątem uszkodzenia, jak i zmian zapalnych. Niezwykle przydatnym badaniem w diagnostyce reumatologicznej jest kapilaroskopia, czyli oglądanie mikrokrażeń w obrębie wału paznokciowego w dużym powiększeniu przy pomocy specjalnej kamery. Z uwagi na wieloukładowy charakter

chorób reumatycznych często niezbędne mogą okazać się inne badania dodatkowe (np. echokardiografia, spirometria, badania endoskopowe przewodu pokarmowego) oraz konsultacje specjalistyczne (np. pulmonologa, nefrologa, dermatologa, okulisty).

4

Diagnoza i plan leczenia:

na podstawie wywiadu, badania fizykalnego i przeprowadzonej diagnostyki lekarz postara się postawić rozpoznanie – postara się, bo ustalenie ostatecznej diagnozy bywa w reumatologii bardzo trudne i może wymagać poszerzenia diagnostyki np. w warunkach szpitalnych. W stawianiu diagnozy reumatolog opiera się na kryteriach klasyfikacyjnych sformułowanych przez europejskie i amerykańskie towarzystwo reumatologiczne. Na ich podstawie, w poszczególnych chorobach, reumatolog przydziela przypisaną zgodnie z kryteriami liczbę punktów za poszczególne objawy i odchylenia w badaniach dodatkowych – spełnienie kryteriów klasyfikacyjnych oznacza „zebranie” przez pacjenta wskazanej liczby punktów. Należy pamiętać, że kryteria klasyfikacyjne są niejako wskazówką, jednak ostateczna decyzja dotycząca postawienia rozpoznania należy do lekarza, który zna ogół obrazu klinicznego. U znacznej części pacjentów zgłaszających się na wizytę reumatolog nie potwierdzi rozpoznania zapalnej choroby reumatycznej. Dolegliwości bólowe wynikają bowiem najczęściej ze zmian zwyrodnieniowych i przeciążeniowych i nierzadko noszą znamiona przewlekłego

zespołu bólowego (sytuacja, w której ból utrzymuje się codziennie lub nawraca przez większość dni przez dłużej niż trzy miesiące), w którym skuteczne leczenie przeciwbólowe jest trudniejsze do ustalenia. W zależności od diagnozy, reumatolog zaplanuje odpowiednie leczenie, które może obejmować: leki przeciwzapalne, immunosupresyjne (klasyczne, biologiczne, syntetyczne), przeciwbólowe, aktywność fizyczną, rehabilitację czy zmianę stylu życia. W przypadku chorób przewlekłych reumatolog ustali plan kontrolnych wizyt, aby monitorować odpowiedź na leczenie i jego potencjalne działania niepożądane, oceni aktywność i ewentualne powikłania choroby. W zależności od wskazań zmieni leczenie, dostosuje dawki przewlekle stosowanych preparatów, zleci i przeanalizuje badania kontrolne, czasem zweryfikuje i być może zmieni rozpoznanie z uwagi na pojawienie się nowych objawów lub nieprawidłowości w badaniach.

Długość trwania pojedynczej konsultacji reumatologicznej, zwłaszcza w wypadku opieki finansowanej w ramach NFZ, jest niezależna od lekarza i często ograniczona. Z uwagi na charakter chorób reumatycznych zarówno wywiad jak i badanie przedmiotowe wymagają często więcej czasu niż przeciętna porada innego specjalisty a diagnostyka bywa angażująca – również samego pacjenta. Wszystkie z powyższych etapów konsultacji nie zostaną zrealizowane zapewne podczas jednej wizyty; wyniki jednych badań, stwarzają potrzebę przeprowadzenia kolejnych; niekiedy niezbędnych będzie kilka spotkań przed postawieniem ostatecznego rozpoznania i wdrożenia leczenia.

8.

Jak wygląda leczenie chorób reumatycznych? Czy jest bezpieczne?



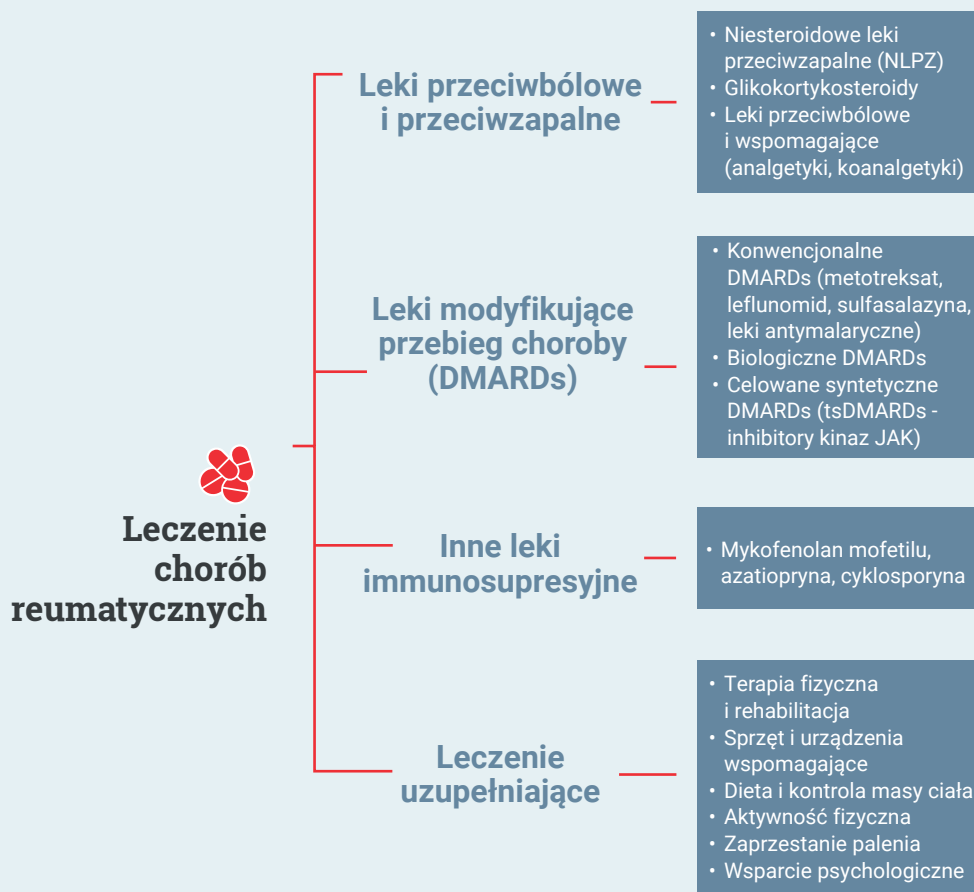
Leczenie chorób reumatycznych jest złożonym procesem, który zależy od wielu czynników, w tym rodzaju i postaci choroby, jej stadium, ogólnego stanu zdrowia pacjenta oraz odpowiedzi na wcześniejsze terapie. Zwykle obejmuje połączenie farmakoterapii, rehabilitacji i zmiany stylu życia. Niekiedy, w wypadku nieodwracalnych powikłań choroby, wymagane jest wdrożenie leczenia operacyjnego, np. endoprotezoplastyki. Do najczęściej stosowanych w leczeniu chorób reumatycznych należą:

1. Leki przeciwbólowe i przeciwzapalne:

- **Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)** – stosowane doustnie lub zewnętrznie na skórę, łagodzą ból i stan zapalny poprzez blokowanie enzymów odpowiedzialnych za produkcję mediatorów zapalenia. Do NLPZ należą m.in.: ibuprofen, ketoprofen, naproksen, diklofenak, nimesulid, meloksykam, celekoksyb i etorykoksyb. Długotrwałe stosowanie tych leków, przyjmowanie ich w zbyt dużych dawkach lub łączenie dwóch preparatów z tej samej grupy może prowadzić do uszkodzenia błony śluzowej przewodu pokarmowego (np. powstawania nadżerek i wrzodów żołądka oraz dwunastnicy) z ryzykiem krwawienia, uszkodzenia nerek i wątroby, a także negatywnie wpływać na układ krążenia, m.in. powodując podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi.



UWAGA: nigdy nie przyjmuj dawek większych niż zalecone przez lekarza, nie łącz dwóch leków z tej samej grupy!



- **Glikokortykosteroidy** (np. prednizon, metyloprednizon) mają działanie immunosupresyjne – działają szybko, zmniejszając stan zapalny i tym samym ból. Zwykle są stosowane na początku choroby w celu indukcji remisji lub w przypadkach jej zaostrzeń. Oprócz doustnego przyjmowania, możliwe jest podanie sterydu bezpośrednio do zajętego stawu w postaci iniekcji (tzw. blokada sterydowa). Mimo wysokiej skuteczności długotrwałe stosowanie kortykosteroidów wiąże się z poważnymi skutkami ubocznymi, takimi jak: osteoporoza, cukrzyca i zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, zwiększone ryzyko infekcji, zaćma i jaskra posterydowa, owrzodzenia żołądka i dwunastnicy, zmiany trądzikowe, rozstępy i łysienie; przyrost masy ciała, wahania nastroju i zaburzenia snu, zaburzenia hormonalne.



UWAGA: w trakcie stosowania sterydów suplementuj potas zgodnie z zaleceniem lekarza, nigdy samodzielnie nie odstawiaj leczenia – nagłe przerwanie sterydoterapii może doprowadzić do ujawnienia objawów niewydolności kory nadnerczy (m.in. osłabienie, zawroty głowy, omdlenia, nudności, wymioty, biegunka, niskie ciśnienie krwi).

- **Leki przeciwbólowe (analgetyki), leki wspomagające leczenie przeciwbólowe (koanalgetyki):**
 - » **Paracetamol** – ma działanie przeciwbólowe, ale nie działa przeciwzapalnie; jest bezpieczniejszy dla przewodu pokarmowego i nerek, ale przedawkowanie może prowadzić do uszkodzenia wątroby.

- » **Opioidy** – leki pobudzające receptory opioidowe odpowiedzialne za działanie przeciwbólowe. Wśród działań niepożądanych mogą powodować zawroty głowy, nudności, zaparcia, a w przypadku długotrwałego stosowania – uzależnienie. Najczęściej stosowany jest tramadol (słaby opioid, często w połączeniu z paracetamolem) lub buprenorfina (silny opioid, często w systemie transdermalnym w postaci plastrów na skórę).
- » **Pregabalina** – działa na układ nerwowy, łagodząc ból neuropatyczny i zmniejszając napięcie nerwowe, stosowana również jako lek przeciwpadaczkowy. W trakcie przyjmowania mogą wystąpić senność, zawroty głowy, przyrost masy ciała, zmiany w nastroju, a także trudności w koncentracji – dawka zwiększana jest stopniowo w celu uzyskania lepszej tolerancji terapii. Podczas leczenia ważna jest dbałość o prawidłowe nawodnienie; nagłe przerwanie może prowadzić do objawów odstawiennych.
- » **Duloksetyna** – stosowana w leczeniu bólu neuropatycznego, depresji, zaburzeń lękowych. Lek zwiększa stężenie serotoniny i noradrenaliny w mózgu, co poprawia nastrój i zmniejsza ból. W trakcie leczenia mogą wystąpić nudności, zawroty głowy, suchość w ustach, zmiany apetytu, senność lub bezsenność. Nagłe odstawienie może powodować zawroty głowy, drażliwość.

2. Lek z grupy SYSADOA (z ang. *Symptomatic Slow-Acting Drugs for Osteoarthritis*) to leki stosowane w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów, które mają na celu łagodzenie objawów, poprawę funkcji stawów oraz spowolnienie postępu choroby. Działają one w sposób powolny, ale długoterminowy, redukując dolegliwości stawowe i zmniejszając zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe. Przykładami są: siarczan chondroityny, glukozamina, piaskledina (wyciąg fitosteroli i kwasów tłuszczowych z owoców awokado i soi).

3. Lek modyfikujący przebieg choroby (DMARDs

z ang. *Disease-modifying antirheumatic drugs*) – grupa leków, które nie tylko łagodzą objawy, ale także wpływają na mechanizmy chorobowe. Zmniejszając aktywność i spowalniając postępowanie choroby, zapobiegają uszkodzeniu zarówno stawów jak i narządów wewnętrznych. Można je podzielić na leki konwencjonalne i biologiczne.

- **Konwencjonalne DMARDs** – te leki zmieniając odpowiedź układu odpornościowego, hamują procesy zapalne i są podstawą leczenia w wielu chorobach reumatycznych. Swoje pełne działanie rozwijają zwykle w ciągu kilku tygodni, dlatego ocena skuteczności leczenia wymaga czasu.

- » **Metotreksat (MTX)** – analog kwasu foliowego, hamuje enzymy zależne od tego kwasu, ma właściwości immunosupresyjne i przeciwzapalne, lek pierwszego rzutu w reumatoidalnym zapaleniu stawów i łuszczycowym zapaleniu stawów (z zajęciem stawów obwodowych), ma zastosowanie w wielu układowych chorobach tkanki łącznej. Ze wskazań reumatologicznych przyjmowany jest raz w tygodniu, zwykle w dawce maksymalnej 25 mg/tydzień, w formie doustnej lub podskórnej. W trakcie terapii konieczna jest suplementacja kwasu foliowego (należy zachować 24-godzinny odstęp od przyjęcia MTX). Najczęstsze działania niepożądane obejmują: zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty), zapalenie błon śluzowych i owrzodzenia w jamie ustnej, wzrost aktywności enzymów wątrobowych w surowicy, pogorszenie parametrów morfologii krwi (niska liczba leukocytów, płytek krwi, niedokrwistość), łysienie; metotreksat ma działanie teratogenne – w trakcie terapii pacjentki i pacjenci powinni stosować skuteczną antykoncepcję, metotreksat należy odstawić (kobieta i mężczyzna) na 3 miesiące przed próbą poczęcia dziecka. Należy pamiętać, że działania niepożądane opisane w ulotce leku dotyczą również

bardzo wysokich dawek stosowanych w onkologii – w wypadku pacjentów z chorobami reumatycznymi tolerancja leczenia jest zwykle bardzo dobra.

- » **Leflunomid (LEF)** – hamuje syntezę puryn, co zmniejsza aktywność komórek układu odpornościowego. Do potencjalnych działań niepożądanych należy uszkodzenie wątroby, biegunki, wysokie ciśnienie krwi, wypadanie włosów. Obok sulfasalazyny jest lekiem drugiego rzutu w leczeniu RZS. Leflunomid jest podawany doustnie, codziennie, w dawkach od 10 do 20 mg. Lek ten utrzymuje się wyjątkowo długo w organizmie, do ok. 24 miesięcy po odstawieniu. W pewnych sytuacjach (np. u kobiet w ciąży lub ją planujących, w przypadku ciężkiej infekcji czy planowej operacji) wymaga szybkiej eliminacji, czyli wypłukania przy zastosowaniu przyjmowanej doustnie cholestyraminy.
- » **Sulfasalazyna (SSA)**: działa przeciwzapalnie, oprócz RZS stosowana w postaci obwodowej spondyloartropatii oraz zapalnych chorobach jelit. W trakcie terapii należy pamiętać o suplementacji kwasu foliowego. Może powodować reakcje skórne, bóle głowy, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, wpływać negatywnie na parametry morfologii krwi i funkcję nerek. Sulfasalazyna jest podawana w postaci doustnej w dobowej dawce podzielonej 2-3 g.
- » **Leki antymalaryczne**: chlorochina i hydroksychlorochina (HCQ) – oprócz zastosowania, jak sama nazwa wskazuje, w leczeniu i profilaktyce malarii, wykorzystywane są w terapii chorób reumatycznych: głównie RZS i tocznia rumieniowatego układowego. Do potencjalnych działań niepożądanych należą zmiany skórne, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, bóle i zawroty głowy, zmiany w morfologii krwi. Ze względu na potencjalne ryzyko uszkodzenia wzroku, w trakcie terapii tymi lekami, wymagana jest regularna kontrola okulistyka.

- **Biologiczne DMARDs** – to nowoczesne leki skierowane na konkretne mechanizmy zapalne w organizmie. Nazwa „biologiczne” związana jest faktem, że są to białka wytwarzane z użyciem żywych organizmów, a nie syntetyzowane metodami chemicznymi. Podawane są zwykle w formie podskórnej lub dożylniej w odstępach od jednego tygodnia do kilku miesięcy w zależności od leku. Działają one na specyficzne cząsteczki układu odpornościowego lub białka zapalne. Z uwagi na działanie osłabiające odporność, w celu zapewnienia maksymalnego bezpieczeństwa, rozpoczęcie leczenia biologicznego wymaga wykluczenia utajonych infekcji (gruźlica, HIV, WZW B i C), potencjalnych ognisk zapalenia (np. w jamie ustnej) oraz zmian nowotworowych. W trakcie terapii, celem monitorowania potencjalnych powikłań, lekarz zaplanuje okresową kontrolę parametrów laboratoryjnych. Ważne jest również zastosowanie skutecznych metod antykoncepcji zarówno przez kobiety i mężczyzn (ciąża w trakcie leczenia biologicznego niektórymi lekami jest możliwa, takie leczenie wymaga ustalenia planów prokreacyjnych z lekarzem). Leki biologiczne są zazwyczaj stosowane w przypadkach, gdy tradycyjne leczenie nie przynosi zadowalających efektów. Ich główną zaletą jest większa precyzja i skuteczność działania, ale związane z nimi ryzyko to np. zwiększona podatność na infekcje, powikłania w postaci uszkodzenia narządów (np. wątroby czy szpiku), a także potencjalne reakcje alergiczne (reakcja układu immunologicznego na obce białko). Nie mniej leki biologiczne są stosowane w reumatologii w Polsce od niemal 20 lat i na bazie tych doświadczeń można jednoznacznie stwierdzić, że pozytywne efekty terapeutyczne znacznie przewyższają potencjalne ryzyko. Do leków biologicznych najczęściej stosowanych w reumatologii należą:
- » **Inhibitory TNF-alfa** (np. infliksymab, adalimumab, etanercept) – to leki, które blokują jeden z głównych mediatorów zapalnych – czynnik martwicy nowotworów (TNF).

» Inhibitory interleukin (np. tocilizumab, sekukinumab) działają na inne białka zapalne, takie jak interleukiny, które również odgrywają kluczową rolę w rozwoju chorób reumatycznych.

» **Leki skierowane przeciwko limfocytom B** (np. rytuksymab) są stosowane w leczeniu chorób, w których komórki B (komórki krwi będące częścią układu odpornościowego) odgrywają istotną rolę w procesach autozapalnych poprzez produkcję swoistych przeciwciał.

4. Celowane syntetyczne leki modyfikujące przebieg choroby (tsDMARDs) – leki, które działają na konkretne ścieżki molekularne w układzie odpornościowym, wpływając na zmniejszenie zapalenia. W reumatologii wykorzystuje się **inhibitory kinaz janusowych (JAK inhibitory)** takie jak tofacytynib, barycytynib, upadacytynib, filgotynib. Stosowane są w formie doustnej, w postaci tabletek przyjmowanych codziennie. Z uwagi na działanie immunosupresyjne profil działań niepożądanych jest podobny do leków biologicznych.

5. Inne leki immunosupresyjne, takie jak **mykofenolan mofetilu, azatiopryna, cyklosporyna** mają zastosowanie głównie w układowych chorobach tkanki łącznej takich jak toczeń rumieniowaty układowy czy twardzina układowa.

6. Leczenie uzupełniające:

- terapia fizyczna i rehabilitacja,
- używanie specjalistycznych urządzeń i elementów wyposażenia mieszkania,
- dieta i kontrola masy ciała,
- aktywność fizyczna.
- Zaprzestanie palenia
- Wsparcie psychologiczne

Powyższe informacje mają na celu naświetlić opcje terapeutyczne w reumatologii – nie wyczerpują oczywiście tematu, a wszelkie wątpliwości dotyczące leczenia należy konsultować z lekarzem. Istnieją sytuacje szczególne (zakażenia, operacje, gojenie ran, leczenie stomatologiczne, ciąża, karmienie piersią, szczepienia), które w wypadku terapii immunosupresyjnej, w zależności od okoliczności, mogą wymagać wstrzymania tego leczenia – szczegóły należy omówić z lekarzem prowadzącym. Leczenie chorób reumatycznych jest skomplikowane i wymaga dokładnej diagnozy oraz indywidualnego podejścia w zależności od prezentowanych objawów. Leki stosowane w terapii mają na celu nie tylko złagodzenie objawów, ale przede wszystkim modyfikację przebiegu choroby – tak aby nie dopuścić do nieodwracalnych powikłań w obrębie układu ruchu czy narządów wewnętrznych. Każdy lek ma zarówno swoje zalety, jak i ryzyko działań niepożądanych, dlatego leczenie wymaga ciągłego monitorowania i dostosowywania terapii do potrzeb pacjenta.

Pamiętaj, że regularne monitorowanie zdrowia i współpraca z lekarzem to klucz do sukcesu w leczeniu:

**1**

Dbaj o regularność w leczeniu: nie przerywaj leczenia, nawet jeśli poczujesz się lepiej. Leczenie chorób reumatycznych wymaga długotrwałej terapii i wszelkie modyfikacje konsultuj z lekarzem.

**2**

Monitoruj stan zdrowia: regularnie odwiedzaj swojego lekarza, wykonuj zalecane badania kontrolne i informuj o wszelkich nowych objawach.

**3**

Nie bój się pytać: jeśli masz pytania dotyczące leczenia, efektów ubocznych leków lub zmian w stylu życia, porozmawiaj z lekarzem. Zrozumienie choroby i leczenia pomoże Ci w codziennej walce z nią.

9.

Czy choroby reumatyczne są poważne i zawsze prowadzą do niepełnosprawności?



Kluczowe w odpowiedzi na to pytanie jest uświadomienie sobie, że zdecydowana większość chorób reumatycznych to choroby przewlekłe – medycyna nie zna metod, które pozwalają na ich wyleczenie, dlatego należy traktować je z pełną powagą i zaangażowaniem w proces terapeutyczny – zarówno ze strony pacjenta, jak i lekarza. Jednocześnie należy pamiętać, że dzięki znacznemu postępowi, który dokonał się w reumatologii na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat, możliwe jest życie z chorobą reumatyczną przy braku odczuwania jakichkolwiek jej objawów. Oczywiście po warunkiem skutecznego i zgodnego z zaleceniami leczenia. Choroby reumatyczne ze względu na powszechnie

występujące w ich przebiegu doznanie bólu oraz niesprawności mogą znacznie upośledzać jakość życia. Nie jest to jednak warunek, ale jedynie potencjalne ryzyko, które może zostać zminimalizowane w wyniku odpowiednio dobranego leczenia. Naturalnie, skuteczność leczenia zależy od możliwości wczesnej diagnozy, indywidualnych predyspozycji pacjenta oraz planu terapeutycznego – zarówno zaordynowanych przez lekarza leków, jak i zaangażowania ze strony pacjenta w proces terapeutyczny (regularność i dostosowanie do zaleceń, zmiana w zakresie stylu życia i redukcja czynników ryzyka, np. rzucenie palenia, aktywność fizyczna). W końcu należy pamiętać, że konkretne rozpoznanie nie definiuje ciężkości choroby – pacjenci chorzy na tę samą chorobę reumatyczną mogą mieć inne objawy, aktywność procesu zapalnego, tempo progresji zmian czy wymagać innego leczenia (wiążącego się z ryzykiem mniejszych lub większych działań niepożądanych). Każdy pacjent jest inny, a jego choroba różna na kolejnych etapach leczenia.

