Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher
ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa

# KOWZS

## Kompleksowa Opieka nad Pacjentem z Wczesnym Zapaleniem Stawów

# Materiały edukacyjne

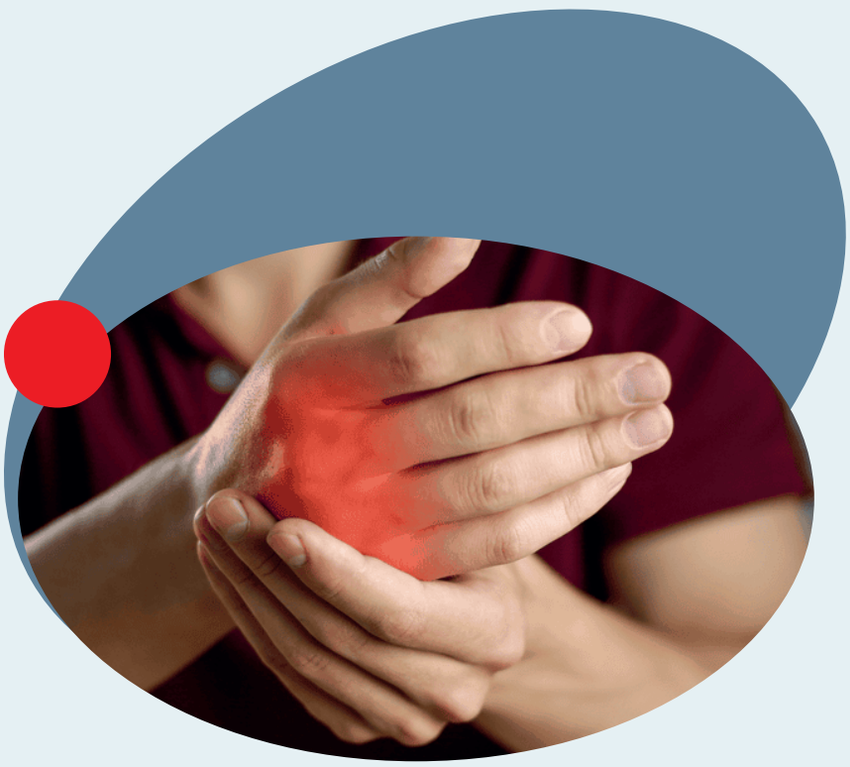
WARSZAWA 2025

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

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.

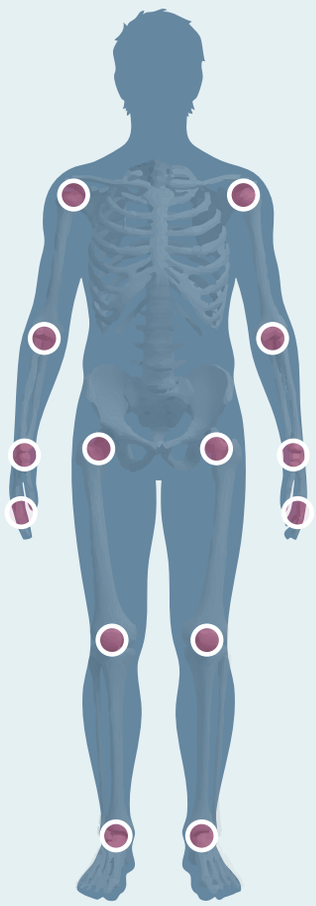
Powielanie tego dokumentu w całości, w częściach, jak również wykorzystywanie całości tekstu lub jego fragmentów wymaga podania źródła.



# Szerzej o chorobach objętych leczeniem w ramach programu **KOWZS**

*Część szczegółowa*

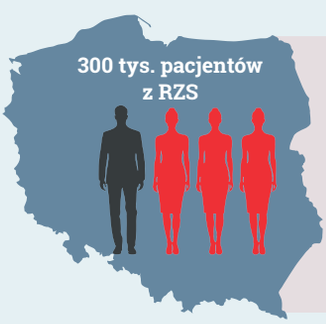
Zrozumienie szczegółowych informacji dotyczących poszczególnych chorób reumatycznych będzie łatwiejsze po zapoznaniu się z częścią ogólną (*Reumatologia i choroby reumatyczne w pytaniach i odpowiedziach*), która zawiera informacje dotyczące podziału, patogenezy i leczenia chorób reumatycznych.



## Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)

### *Co to za choroba?*

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest najczęściej występującą w populacji dorosłych układową chorobą tkanki łącznej. Szacuje się, że występuje u ok. 1% dorosłych ludzi – przyjmuje się, że w Polsce jest ponad 300 tys. pacjentów z RZS. Na RZS 3 razy częściej zapadają kobiety, zaś szczyt zachorowalności przypada między 4. a 5. dekadą życia. Rozpoznanie można jednak postawić powyżej 16. roku życia (wcześniej rozpoznaje się młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów) do późnej starości. U podłoża rozwoju RZS dochodzi do zaburzenia funkcji układu immunologicznego. Przyczyny wystąpienia tych zaburzeń nie są jednak w pełni poznane i są najprawdopodobniej wypadkową predyspozycji genetycznej oraz wpływu czynników środowiskowych. Zmiany w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, infekcje oraz palenie papierosów mogą zwiększać ryzyko wystąpienia RZS, dlatego bardzo ważne są regularne kontrole stomatologiczne, zdrowy tryb życia oraz unikanie ekspozycji na dym papierosowy (również biernej). Co istotne, u chorych palących papierosy przebieg RZS jest z reguły cięższy niż u niepalących, gorsza jest odpowiedź na leczenie i częściej zachodzi do zajęcia płuc w przebiegu choroby śródmiąższowej.




Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest **najczęściej** występującą w populacji dorosłych układową chorobą tkanki łącznej. Szacuje się, że występuje u ok. **1% dorosłych** ludzi, przyjmuje się, że w Polsce jest ponad 300 tys. pacjentów z RZS. Na RZS **3 razy** częściej zapadają kobiety.

## *Jakie są objawy?*

W RZS dominuje zajęcie stawów – ból i obrzęk, często też zwiększone ucieplenie zajętego stawu świadczą o jego zapaleniu. Charakterystyczne dla RZS jest symetryczne występowanie objawów zapalenia, najczęściej drobnych stawów rąk i stóp. W początkowym okresie możliwe są wędrujące dolegliwości bólowe, następnie zmiany zapalne mogą dotyczyć pojedynczych stawów i przy braku właściwego leczenia przechodzić w zapalenie wielostawowe. W RZS ważnym objawem jest również tzw. sztywność poranna, trwająca często powyżej godziny, która pojawia się po przebudzeniu i ustępuje po aktywności fizycznej. Czas utrzymywania się sztywności porannej uzależniony jest od aktywności choroby i niekiedy może trwać nawet przez całą dobę, zaburzając codzienne funkcjonowanie (np. czesanie się, zaciśnięcie ręki w pięść, utrzymywanie kubka, poruszanie się). W trakcie leczenia skrócenie tego czasu lub całkowite ustąpienie sztywności porannej jest jednym z mierników skuteczności terapii. RZS ma wpływ nie tylko na układ ruchu, ale na cały organizm, a przewlekły stan zapalny powoduje u części chorych wystąpienie objawów ogólnych (przewlekłe zmęczenie, stany podgorączkowe, poty nocne, ogólne osłabienie, brak łaknienia i utrata masy ciała, obniżenie nastroju). 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 obok choroby śródmiąższowej płuc i zakażeń, są najczęstszą przyczyną zgonów w tej grupie chorych.

## *Jak wygląda diagnostyka?*

W pierwszym etapie diagnostyka opiera się na ocenie czasu trwania objawów, okoliczności i dynamiki ich wystąpienia, badaniu fizykalnym z oceną liczby bolesnych i obrzękniętych stawów oraz ewentualnych deformacji stawowych. W podstawowych badaniach laboratoryjnych z reguły (choć nie jest to warunek!) stwierdza się podwyższone wartości parametrów zapalnych (przyspieszony odczyn opadania krwinek czerwonych (OB) i/lub podwyższenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP)). W przypadku agresywnego przebiegu choroby w morfologii krwi może występować podwyższona liczba płytek krwi oraz niedokrwistość typu chorób przewlekłych. We krwi chorych obecne są też charakterystyczne dla tej jednostki chorobowej przeciwciała: czynnik reumatoidalny (RF w klasie IgM) i/lub przeciwciała dla cytrulinowanych białek (przeciwciała anty-CCP/ACPA). Ujemne oznaczenie RF i ACPA nie wyklucza jednak rozpoznania RZS – seronegatywnej postaci choroby. Niezwykle przydatne w diagnostyce są również badania obrazowe. Zdjęcia radiologiczne (RTG) służą wykryciu typowych zmian destrukcyjnych, jednak w początkowym okresie choroby będą one prawidłowe i nie wykażą żadnych nieprawidłowości typowych dla RZS. Badaniem z wyboru we wczesnym okresie zapalenia stawów jest ultrasonografia (USG), która służy do oceny przerostu błony maziowej, aktywności zapalenia (przekrwienia błony maziowej), uszkodzenia struktur okołostawowych (ścięgna, więzadła).

**Diagnostyka**

Ocena czasu trwania objawów, okoliczności i dynamiki ich wystąpienia, badanie fizykalne z oceną liczby bolesnych i obrzękniętych stawów oraz ewentualnych deformacji stawowych

Badania laboratoryjne

Zdjęcia radiologiczne (RTG)

Ultrasonografia (USG)

## *Jak wygląda leczenie?*

RZS jest chorobą przewlekłą. Odpowiednio dobrane leczenie może jednak w znacznym stopniu zmniejszyć objawy lub doprowadzić do ich całkowitego ustąpienia – mówimy wtedy odpowiednio o niskiej aktywności lub remisji choroby. Bardzo istotne jest wczesne rozpoczęcie odpowiedniej terapii z użyciem leków modyfikujących przebieg choroby. Jako lek pierwszego rzutu rekomendowany jest metotreksat przyjmowany raz w tygodniu w dawce i formie (tabletki lub ampułkostrzykawki do samodzielnego podawania) zaleconej przez reumatologa. W przypadku przeciwwskazań do stosowania metotreksatu lub wczesnej nietolerancji leku należy rozważyć podanie leflunomidu bądź sulfasalazyny. Pozostałymi lekami modyfikującymi przebieg choroby są chlorochina i hydroksychlorochina, zwykle stosowane w skojarzeniu z innymi preparatami. Optymalny czas od chwili wystąpienia objawów do rozpoczęcia leczenia określa się mianem „okna terapeutycznego" i powinien on być nie dłuższy niż 12 tygodni. Takie postępowanie daje szansę na uniknięcie licznych powikłań związanych z długotrwałym procesem zapalnym, prowadzącym do: zajęcia narządów wewnętrznych (np. choroby śródmiąższowej płuc), powikłań sercowo-naczyniowych (zawał serca, udar mózgu), wtórnej amyloidozy oraz nieodwracalnego uszkodzenia struktur stawowych, będących powodem nasilonych dolegliwości bólowych (utrzymujących się nawet w wypadku ustąpienia zapalenia) i niesprawności wymagającej nierzadko leczenia operacyjnego (endoprotezoplastyki). Ponieważ leki modyfikujące przebieg choroby rozwijają swoje pełne działanie zwykle w ciągu kilku tygodni (4-6), w przypadku nasilonych dolegliwości stawowych lekarz może w tzw. okresie przejściowym zalecić glikokortykosteroidy i niesteroidowe leki przeciwzapalne. Ich stosowanie przynosi szybką ulgę w chorobie, należy jednak unikać ich dłuższego przyjmowania z uwagi na istotne działania niepożądane. Glikokortykosteroidów nie można odstawić z dnia na dzień po dłuższym czasie przyjmowania – powinno się to zrobić stopniowo, redukując dawkę zgodnie z zaleceniem lekarza. Jeśli zastosowanie dwóch leków modyfikujących przebieg choroby nie przynosi osiągnięcia celu leczenia lub występują tzw. czynniki złej prognozy, pacjent powinien zostać zakwalifikowany do leczenia biologicznym lub celowanym syntetycznym lekiem modyfikujących przebieg choroby. Wśród leków biologicznych są cząsteczki o różnym mechanizmie działania – w przypadku niezadziałania jednego, lekarz ma możliwość zastosowania kolejnego leku. W Polsce są one refundowane i dostępne dla pacjentów w ramach programów lekowych NFZ. W leczeniu RZS, tak jak w każdej innej chorobie reumatycznej, istotna jest również odpowiednio dostosowana rehabilitacja, opieka psychologiczna i modyfikacja stylu życia.

# Spondyloartropatie (SpA)

Spondyloartropatie stanowią grupę przewlekłych, zapalnych chorób reumatycznych, w przebiegu których pierwotny proces zapalny obejmuje stawy krzyżowo-biodrowe, szkielet osiowy (stawy kręgosłupa), stawy obwodowe (stawy kończyn, zwykle duże takie jak staw łokciowy czy kolanowy), przyczepy ścięgniste więzadeł i ścięgien do kości (np. zapalenie ścięgna Achillesa) oraz struktury pozakostne: skórę, jelita, oczy, układ pokarmowy czy układ krążenia.

W rozwoju tych chorób istotną rolę odgrywa antygen HLA-B27, który stwierdza się u 40-90% chorych. HLA-B27 to genetyczny marker oznaczany w badaniu z krwi obwodowej, który jest związany z większym ryzykiem rozwoju chorób zapalnych z grupy spondyloartropatii. Jego obecność nie warunkuje zachorowania – pełna diagnoza opiera się na ocenie objawów klinicznych i innych badaniach dodatkowych, a spondyloartropatię rozwinie jedynie 5-10% nosicieli antygenu HLA-B27.

**Spondyloartropatie dzieli się na dwie grupy: 1) z dominującymi objawami osiowymi (postać radiograficzna, czyli zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK), oraz nieradiograficzna); 2) z dominującymi objawami obwodowymi (łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów w przebiegu zapalnych chorób jelit, niezróżnicowana spondyloartropatia).** W znacznej części przypadków będą występowały zarówno objawy ze strony kręgosłupa, jak i stawów kończyn (postać osiowo-obwodowa).

Poza standardowymi badaniami laboratoryjnymi i oznaczeniem antygenu HLA-B27, istotną rolę w diagnostyce pełni ultrasonografia stawów obwodowych i przyczepów ścięgnistych oraz badania radiologiczne (RTG i MR) stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa. Ze spondyloartropatiamii nierozerwalnie związane jest **pojęcie zapalnego bólu pleców (lub kręgosłupa/krzyża). Jego kryteriami są: początek objawów przed 40. rokiem życia, podstępny początek (powolne narastanie dolegliwości), zmniejszenie natężenia bólu po ćwiczeniach i brak poprawy w czasie odpoczynku oraz największe nasileniu bólu w nocy lub nad ranem (z ustąpienie po wstaniu z łóżka).**

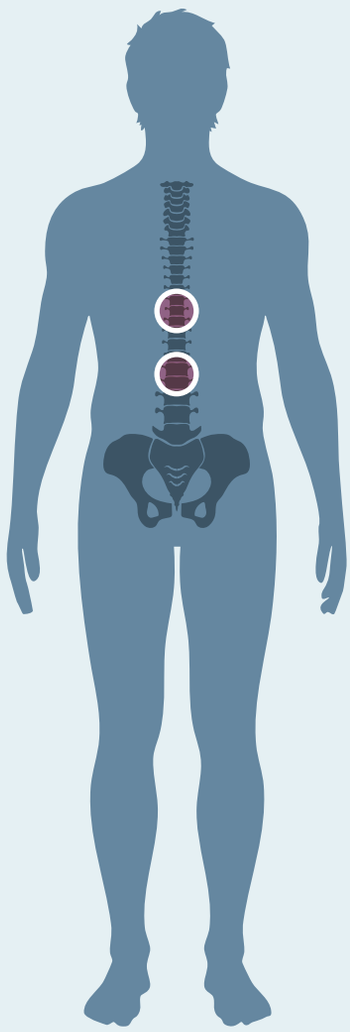
## Spondyloartropatie

- z dominującymi objawami osiowymi:
  - postać radiolograficzna czyli zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK),
  - nieradiolograficzna;
- dominującymi objawami obwodowymi:
  - łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS),
  - reaktywne zapalenie stawów,
  - zapalenie stawów w przebiegu zapalnych chorób jelit,
  - niezróżnicowana spondyloartropatia.

Zapalny ból pleców

- objawy przed 40. rokiem życia,
- podstępny początek (powolne narastanie dolegliwości),
- zmniejszenie natężenia po ćwiczeniach,
- nasilenie w nocy lub nad ranem.

# Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK)



## *Co to za choroba?*

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, a właściwie zgodnie z obecną nomenklaturą – spondyloartropatia radiolograficzna – jest przewlekłą chorobą zapalną dotyczącą stawów kręgosłupa oraz, w części przypadków, stawów obwodowych. Nieleczone prowadzi do nieodwracalnych zmian strukturalnych w obrębie szkieletu, które skutkują ograniczeniem jego ruchomości.

Choroba istotnie wpływa na codzienne funkcjonowanie, pracę zawodową i może prowadzić do niepełnosprawności. Przyczyna choroby nie jest znana. Rozwój procesu zapalnego obejmującego stawy ma złożoną etiologię – pod uwagę bierze się uwarunkowania genetyczne (m.in. obecność antygenu HLA-B27, który występuje u ponad 90% pacjentów z ZZSK), czynniki środowiskowe (np. przebyte infekcje) oraz mechaniczne (urazy i przeciążenia). Choć pokutuje przeświadczenie, że na ZZSK chorują młodzi mężczyźni, to ostatnie badania pokazują, że częstość występowania wśród kobiet i mężczyzn może być podobna. Pierwsze objawy występują najczęściej między 20. a 30. rokiem życia. Podstawowym objawem jest zapalny ból kręgosłupa, który dotyczy z reguły jego dolnego odcinka (okolica lędźwiowo-krzyżowa), jest przewlekły (>3 miesiące), zwykle ma podstępy początek, nasila się w spoczynku i w godzinach porannych, zaś ruch przynosi pacjentowi ulgę. Bólowi towarzyszy uczucie sztywności porannej, ustępujące po ćwiczeniach lub w czasie codziennej aktywności.

Przyjęcie leków z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) w większości przypadków redukuje objawy. Długotrwała choroba prowadzi do ograniczenia ruchomości kręgosłupa we wszystkich jego odcinkach oraz każdej płaszczyźnie ruchu. W przebiegu choroby mogą wystąpić również objawy spoza układu mięśniowo-szkieletowego: zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego oka, zapalenie przyczepów ścięgien – szczególnie ścięgna Achillesa lub rozcięgna podeszwowego, objawiające się bólem pięt lub podeszew. Procesem zapalnym zajęte mogą być też stawy obwodowe (postać osiowo-obwodowa).

## *Jak wygląda diagnostyka?*

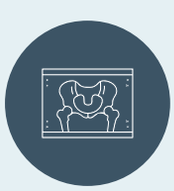
Diagnostyka ZZSK obejmuje w pierwszej kolejności badanie fizykalne z oceną ruchomości kręgosłupa i bólu ze strony stawów krzyżowo biodrowych (służą temu specjalnie opracowane testy ułatwiające ocenę lekarzowi). Do powszechnie stosowanych i uznanych w diagnostyce ZZSK badań obrazowych należy: zdjęcie rentgenowskie stawów krzyżowo-biodrowych (uwidaczniające trwałe zmiany strukturalne w obrębie tych stawów) oraz obraz RTG kręgosłupa (z wapnieniem więzadeł przykręgosłupowych i kwadratowieniem trzonów kręgów) a także rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych pozwalający określić aktywność zmian zapalnych. Uzupełnienie stanowią badania laboratoryjne z krwi: wykładniki stanu zapalnego (opadanie krwinek czerwonych (OB) i białko C-reaktywne (CRP) – w wypadku ZZSK będą jednak często prawidłowe), oznaczenie antygenu HLA-B27, przy długotrwałym aktywnym zapaleniu można spodziewać się też innych odchyleń, takich jak niedokrwistość chorób przewlekłych lub wzrost aktywności enzymów wątrobowych związany z przewlekłym przyjmowaniem leków przeciwbólowych. Rozpoznanie ZZSK stawia się na podstawie objawów klinicznych (ból zapalny i ograniczenie ruchomości kręgosłupa) oraz wyników badań obrazowych (radiogram stawów krzyżowo-biodrowych) – mówimy wówczas o spełnieniu tzw. zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich. Choroba może również wpływać na narządy wewnętrzne, stąd w zależności od aktywności i stopnia zaawansowania konieczna może być kontrola obrazu płuc, serca (echokardiografia) lub narządu wzroku.

## *Jak wygląda leczenie?*

Lekarzem sprawującym opiekę nad pacjentem z ZZSK i kontrolującym jego leczenie jest reumatolog. Niejednokrotnie potrzebna bywa również opieka innych specjalistów – ortopedy, okulisty, lekarza rehabilitacji czy fizjoterapeuty. Leczenie uzależnione jest od rodzaju i nasilenia objawów. Podstawowymi lekami w przypadku bólu i sztywności kręgosłupa są niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Podczas ich stosowania konieczna jest ocena skuteczności dwóch zastosowanych po sobie NLPZ z ustaleniem aktywności choroby przy pomocy kwestionariusza BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*). W przypadku nieskuteczności standardowego leczenia zalecana jest terapia biologiczna lub leczenie z wykorzystaniem celowanych syntetycznych leków modyfikujących przebieg choroby czyli inhibitorów kinaz janusowych. Jeśli w obrazie choroby dominuje zajęcie stawów obwodowych, stosowane są dodatkowo tzw. leki modyfikujące przebieg choroby (LMPCH), takie jak metotreksat czy sulfasalazyna. Obecnie istnieje program NFZ leczenia agresywnej postaci ZZSK i leczenie to jest refundowane. O konieczności zmiany metody terapii i ustaleniu bezpieczeństwa takiego leczenia decyduje indywidualnie lekarz reumatolog we współpracy z pacjentem. Ważnym elementem leczenia i zwiększenia sprawności pacjenta niezależnie od prowadzonej terapii farmakologicznej jest rehabilitacja – pozwala ona poprawić i zachować ruchomość kręgosłupa i stawów obwodowych.

**Diagnostyka**

Badanie fizykalne z oceną ruchomości kręgosłupa i bólu ze strony stawów krzyżowo biodrowych



Zdjęcie rentgenowskie stawów krzyżowobiodrowych

Obraz RTG kręgosłupa

Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych

Badania laboratoryjne

## Spondyloartropatia nieradiograficzna (nrSpA)

Zarówno obraz kliniczny, diagnostyka, jak i leczenie spondyloartropatii nieradiograficznej jest analogiczne do tego, które zostało opisane w wypadku zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK). Różnica polega na tym, że w wypadku nrSpA zmiany zapalne w stawach krzyżowo-biodrowych są obecne w rezonansie magnetycznym (MR), ale nie są widoczne lub mają wczesną postać na klasycznych radiogramach (RTG stawów krzyżowo-biodrowych) – stąd nazwa SpA nieradiograficzna. W zależności od chorego nrSpA może być początkowym etapem ZZSK i w przypadku braku skutecznego leczenia progresować do postaci radiograficznej lub nawet bez leczenia nie zmieniać swojej postaci. Wśród pacjentów z postacią nieradiograficzną spondyloartropatii w porównaniu z chorymi na ZZSK rzadziej stwierdza się antygen HLA-B27 i częściej są to kobiety.

## Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS)

### *Co to za choroba?*

Łuszczycowe zapalenie stawów jest rodzajem spondyloartropatii. To grupa chorób charakteryzująca się zajęciem przez proces zapalny stawów kręgosłupa, stawów obwodowych i przyczepów ścięgnistych oraz możliwością występowania zmian pozastawowych takich jak zapalenie błony naczyniowej oka, zapalenie jelit, zmiany skórne. W przypadku ŁZS zmianom zapalnym układu kostno-stawowego towarzyszą zwykle zmiany łuszczycowe skóry i/lub paznokci, ale rozpoznanie można postawić również u osoby, która nie choruje na łuszczycę. Etiologia ŁZS jest nadal niejasna, jednak za szczególnie istotną uważa się podatność genetyczną, w tym rodzinne występowanie łuszczycy lub łuszczycowego zapalenia stawów oraz obecność antygenu HLA-B27 (występuje u około połowy pacjentów z ŁZS). Innymi czynnikami ryzyka są: zakażenia wirusowe i bakteryjne, urazy mechaniczne czy znaczy stres. Na ŁZS najczęściej chorują osoby między 30. a 50. rokiem życia, choroba z jednakową częstością dotyka kobiet i mężczyzn. Przebieg ŁZS może być stosunkowo łagodny (np. dotyczyć jednego stawu), ale możliwa jest również dynamiczna progresja choroby z bardzo dużą destrukcją stawów i szybko postępującą z tego powodu niesprawnością. W grupie pacjentów z łuszczycą ok. 1/3 rozwinie objawy ŁZS – zwykle zmiany skórne wyprzedzają objawy stawowe, rzadziej objawy te pojawiają się równocześnie lub zapalenie stawów jest pierwszą manifestacją ŁZS. Do charakterystycznych objawów ŁZS należy ból, sztywność i obrzęk stawów z ograniczeniem ich ruchomości. Zajęte mogą być również okoliczne struktury, takie jak ścięgna czy kaletki maziowe. Często pojawia się zapalenie przyczepów ścięgnistych m.in. w obrębie pięty (zapalenie ścięgna Achillesa, rozcięgna podeszwowego) lub łokcia (entezopatia nadkłycia przyśrodkowego i bocznego kości ramiennej). Niekiedy zajęte są wszystkie struktury palca stopy czy ręki, co objawia się poszerzeniem jego obwodu i niekiedy rumieniem – z uwagi na charakterystyczny obraz zmiany te określa się mianem palca kiełbaskowatego. Około połowa pacjentów choruje z zajęciem stawów krzyżowo-biodrowych i stawów kręgosłupa, co objawia się zapalnym bólem pleców. Izolowane zajęcie szkieletu osiowego jest rzadkie (ok. 2% chorych z ŁZS), zdecydowanie częściej obserwuje się postać osiowo-obwodową, w której zapalenie dotyczy zarówno kręgosłupa i stawów obwodowych. Paznokcie rąk i stóp zajęte są u 80% chorych z ŁZS. Obserwuje się wówczas tak zwany objaw naparstka, czyli punkcikowate zagłębienia (jak od ukłucia szpilki) w płytce paznokcia, podłużne lub poprzeczne rowkowanie, żółte lub mleczne zmiany przypominające plamy oleju pod płytką paznokcia, złuszczanie się lub odwarstwienie płytki paznokci. U chorych z ŁZS zajęty może być narząd wzroku, w wyniku czego dochodzi do zapalenia jego

struktur: spojówki lub błony naczyniowej oka. Łuszczycowe zapalenie stawów i sama łuszczyca często powiązane są z zespołem metabolicznym obejmującym: chorobę otyłościową, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemię, hiperurykemię (zwiększone stężenie kwasu moczowego). Przyczynia się to do szybszego rozwoju miażdżycy naczyń i powikłań w postaci zawału serca i udaru mózgu w tej grupie chorych. Poza leczeniem przeciwzapalnym ważna jest więc redukcja powyższych czynników ryzyka przy pomocy farmakoterapii i zmiany stylu życia.

## *Jak wygląda diagnostyka?*

Diagnostyka ŁZS wymaga dokładnego wywiadu co do przebiegu choroby, rodzinnego wywiadu ŁZS i łuszczycy skóry oraz paznokci, chorób towarzyszących. Badanie fizykalne obejmuje ocenę skóry (lokalizacje łuszczycy w obrębie owłosionej skóry głowy, szpary pośladkowej i narządów płciowych traktuje się jako szczególnie predysponujące do rozwoju ŁZS), paznokci (zajęcie paznokci jest głównym czynnikiem ryzyka ŁZS), zmian stawowych i okołostawowych (cechy entezopatii) oraz ruchomości kręgosłupa (obraz kliniczny może przypominać bowiem RZS lub ZZSK). W badaniach laboratoryjnych występują podwyższone parametry stanu zapalnego (OB i CRP), u części pacjentów stwierdza się obecność antygenu HLA-B27. W postawieniu rozpoznania pomocne jest obrazowanie w RTG zarówno stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa, jak i stawów obwodowych. Ultrasonografia służy ocenie aktywności zapalenia (przerost, przekrwienie błony maziowej) w stawach i w obrębie przyczepów ścięgnistych (np. zapalenie ścięgna Achillesa). W rezonansie magnetycznym możliwa jest ocena zmian w stawach krzyżowo-biodrowych i stawach kręgosłupa pod kątem ich zapalnego charakteru. Konsultacja dermatologiczna wskazana jest szczególnie w przypadku wątpliwości co do charakteru zmian skórnych, jak i w uzupełnieniu leczenia łuszczycy o preparaty miejscowe. W przypadku pacjentów z ŁZS ważne jest monitorowanie wskaźników zespołu metabolicznego: glikemii na czczo, lipidogramu, stężenia kwasu moczowego, ciśnienia tętniczego.

Dokładny wywiad co do przebiegu choroby, rodzinnego występowania ŁZS i łuszczycy oraz chorób towarzyszących.

Badanie fizykalne obejmujące ocenę skóry, paznokci, zmian stawowych i okołostawowych oraz ruchomości kręgosłupa.

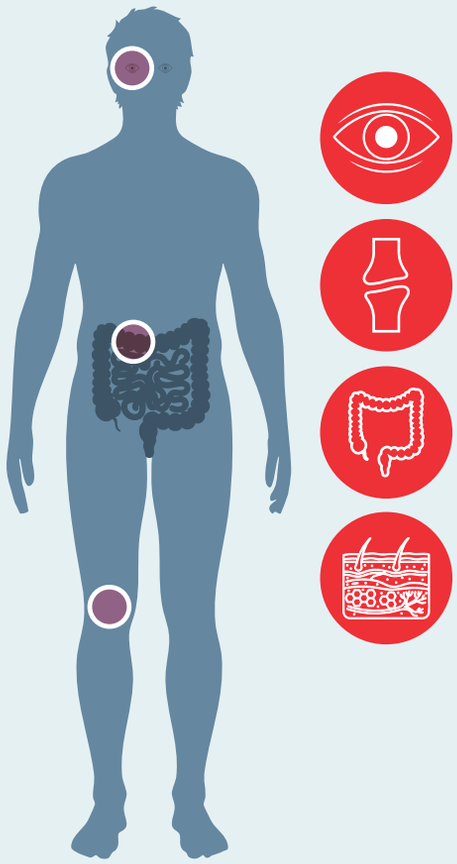
Badania laboratoryjne i obrazowanie w RTG lub MR zarówno stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa, jak i stawów obwodowych, USG stawów.

Wskazana może być konsultacja dermatologiczna w przypadku wątpliwości co do charakteru zmian skórnych, jak i w uzupełnieniu leczenia łuszczycy o preparaty miejscowe.

## *Jak wygląda leczenie?*

Leczenie ŁZS zależne jest od typu zmian: w postaci osiowej niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ) są lekami pierwszego rzutu, w postaci obwodowej stosuje się leki modyfikujące przebieg choroby – preferowany jest metotreksat, w wypadku przeciwwskazań lub nietolerancji do jego stosowania sulfasalazyna lub leflunomid. W przypadku zapalenia pojedynczych stawów lub zapalenia przyczepów ścięgnistych należy rozważyć iniekcję sterydową. Po stwierdzeniu nieskuteczności leczenia konwencjonalnego wskazane jest rozpoczęcie terapii lekami biologicznymi lub celowanymi syntetycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby. Istnieje program terapeutyczny NFZ refundujący takie leczenie, który precyzyjnie określa warunki jego włączenia. Jak we wszystkich chorobach zapalnych stawów istotną rolę odgrywa rehabilitacja. Przy zaawansowanym uszkodzeniu stawów konieczne bywa leczenie ortopedyczne. Niezwykle ważne jest również leczenie chorób towarzyszących: cukrzycy, hiperlipidemii, nadciśnienia tętniczego, choroby otyłościowej.

# Spondyloartropatie w przebiegu zapalnych chorób jelit



## *Co to za choroba?*

Zapalenie stawów o typie spondyloartropatii może występować u pacjentów z nieswoistymi zapalnymi chorobami jelit: wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego oraz chorobą Leśniowskiego-Crohna.

Choroby te mają charakter wieloukładowy – oprócz typowych objawów ze strony przewodu pokarmowego często współwystępują manifestacje pozajelitowe, w tym zapalenie stawów, zmiany skórne (rumień guzowaty, zgorzelinowe zapalenie skóry) i oczne (zapalenie spojówek, zapalenie tęczówki). W niektórych przypadkach to właśnie dolegliwości stawowe pojawiają się jako pierwsze lub dominują w obrazie klinicznym i będąc szczególnie uciążliwymi dla pacjenta, stanowią pierwszy powód zgłoszenia się do lekarza. Najczęściej obserwuje się zajęcie stawów obwodowych (zapalenie kilku- lub wielostawowe), jednak u części pacjentów rozwija się również osiowa postać spondyloartropatii, obejmująca stawy krzyżowo-biodrowe oraz kręgosłup. Zaostrzenie zmian stawowych często koreluje z nasileniem objawów jelitowych takich jak bóle brzucha, biegunka czy obecność patologicznych domieszek w stolcu, np. krwi.

**Kiedy można podejrzewać zapalenie jelit?**

- biegunka
- zmęczenie
- ból brzucha
- bolesne skurcze brzucha
- krew lub śluz w stolcu
- zmniejszony apetyt
- niezamierzone zmniejszenie masy ciała
- wzdęcia, przelewania w brzuchu
- zmiany w okolicach odbytu

## *Jak wygląda diagnostyka?*

W przypadku, kiedy spondyloartropatię podejrzewa się u pacjenta z rozpoznaną wcześniej zapalną chorobą jelit, diagnostyka przebiega standardowo (oznaczenie podstawowych badań laboratoryjnych w tym parametrów zapalnych – OB i CRP, oznaczenie antygenu HLA-B27, USG stawów obwodowych i przyczepów ścięgnistych, MR stawów krzyżowo-biodrowych lub RTG stawów i kręgosłupa w wypadku zmian przewlekłych). W sytuacji wysunięcia podejrzenia zapalnej choroby jelit, w trakcie diagnostyki zapalenia stawów prowadzonej przez reumatologa konieczne będzie wykonanie badań endoskopowych przewodu pokarmowego (gastroskopia i kolonoskopia) z oceną histopatologiczną pobranych wycinków oraz konsultacja gastroenterologiczna. Uwagę reumatologa powinna zwrócić niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza, związana z krwawieniem z dolnego przewodu pokarmowego oraz biegunki prowadzące do utraty masy ciała.

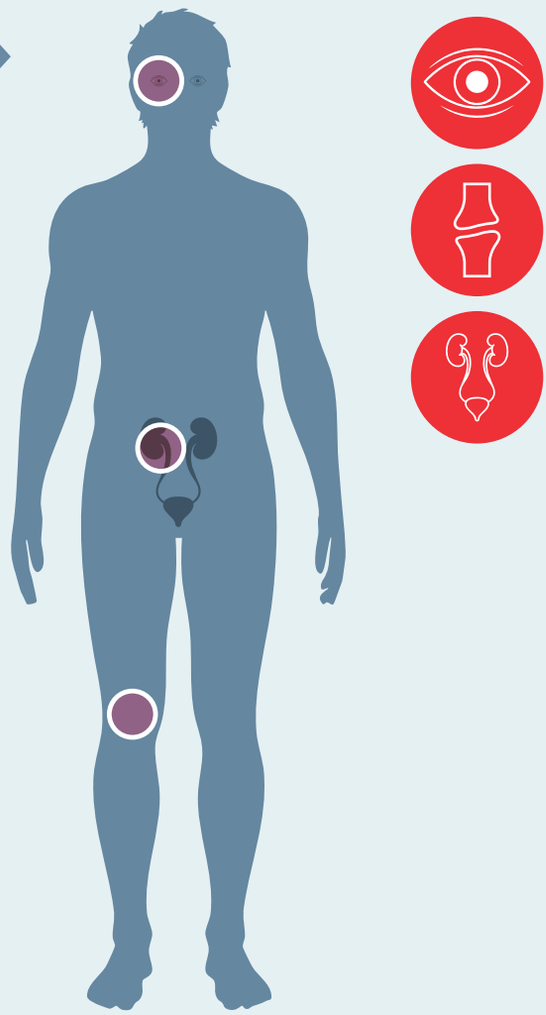
## Diagnostyka

- Oznaczenie podstawowych badań laboratoryjnych w tym parametrów zapalnych – OB i CRP
- Oznaczenie antygenu HLA-B27
- USG stawów obwodowych i przyczepów ścięgnistych
- MR stawów krzyżowo-biodrowych lub RTG stawów i kręgosłupa w wypadku zmian przewlekłych
- Badania endoskopowe przewodu pokarmowego

## *Jak wygląda leczenie?*

Nieswoiste zapalne choroby jelit, podobnie jak spondyloartropatie, są chorobami autoimmunologicznymi. Dzięki temu możliwe jest ustalenie leczenia immunosupresyjnego, które będzie skutecznie kontrolować zarówno objawy jelitowe, jak i stawowe. Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) mają ograniczone zastosowanie ze względu na potencjalne ryzyko zaostrzenia zmian zapalnych w jelitach. W postaci obwodowej, w zależności od stopnia nasilenia objawów, wykorzystuje się: glikokortykosterydy dostawowo lub systemowo (tylko czasowo!), leki modyfikujące przebieg choroby: konwencjonalne syntetyczne (metotreksat, sulfasalazyna), biologiczne lub celowane syntetyczne. W przypadku nowoczesnych terapii reumatolog dobierze lek, który charakteryzuje się wysoką skutecznością w zwalczaniu wszystkich objawów.

# Reaktywne zapalenie stawów (ReZS)



## *Co to za choroba?*

Reaktywne zapalenie stawów to kolejny rodzaj spondyloartropatii. Dawna nazwa to zespół Reitera i historycznie odnosi się on do triady objawów: zapalenie stawów, spojówek i cewki moczowej. Obecnie rozpoznanie ustala się, wykazując związek objawów klinicznych z wcześniejszym zakażeniem przewodu pokarmowego lub narządów moczowo-płciowych.

Do drobnoustrojów, które najczęściej wywołują reaktywne zapalenie stawów należą: pałeczki jelitowe (*Salmonella, Yersinia, Shigella, Campylobaster sp.*), chlamydie (*C. trachomatis, C. pneumoniae),* rzadziej *C. difficile, Mycoplasma* (np. *Ureaplasma urealyticum*), dwoinka rzeżączki. Główną rolę w rozwoju choroby odgrywa odpowiedź immunologiczna na antygeny powyższych bakterii. Reaktywne zapalenie stawów charakteryzuje się asymetrycznym zapaleniem kilku stawów (z pary parzystych stawów, np. kolanowych, zajęty jest tylko jeden), głównie kończyn dolnych, często z towarzyszącym zapaleniem przyczepów ścięgien (*enthesitis*). Choroba zazwyczaj poprzedzona jest (do 6 tygodni) objawami zakażenia, niekiedy bardzo skąpymi, w obrębie przewodu pokarmowego lub układu moczowo-płciowego (np. zapalenie cewki moczowej lub szyjki macicy), rzadziej układu oddechowego. Typowo obraz kliniczny obejmuje: objawy ogólne (gorączka, osłabienie), zmiany w układzie ruchu (zapalenie stawów obwodowych, zapalenie palca – palec kiełbaskowaty, zapalny ból pleców z promieniowaniem do pośladków i sztywnością poranną, ból w okolicy pięt utrudniający poruszanie się i będący objawem zapalenia ścięgna Achillesa lub rozcięgna podeszwowego), zmiany zapalne w układzie moczowo-płciowym (zmiany skórne/śluzówkowe w obrębie narządów płciowych, wyciek z cewki moczowej, ból pęcherza, ból jąder, zapalenie szyjki macicy lub pochwy), zmiany skórne i śluzówkowe (zmiany krostkowe na dłoniach i podeszwach, zmiany w obrębie paznokci, afty; rumień guzowaty czyli bolesne, sinoczerwone guzy w obrębie tkanki podskórnej), zapalenie spojówek lub błony naczyniowej oka (czerwone, bolesne oko, łzawienie, światłowstręt, niewyraźne widzenie).

## *Jak wygląda diagnostyka?*

Poza standardową diagnostyką, typową dla spondyloartropatii (oznaczenie podstawowych badań laboratoryjnych w tym parametrów zapalnych – OB i CRP, oznaczenie antygenu HLA-B27, USG stawów obwodowych i przyczepów ścięgnistych, MR stawów krzyżowo-biodrowych lub RTG stawów i kręgosłupa w wypadku zmian przewlekłych), charakterystyczne dla diagnostyki reaktywnego zapalenia stawów jest **poszukiwanie czynnika infekcyjnego**. Robi się to przy pomocy testów serologicznych (wykrywanie swoistych przeciwciał we krwi, które skierowane są przeciwko konkretnym bakteriom), bakteriologicznych (posiewy czyli hodowla drobnoustrojów w pobranych materiałach – z cewki moczowej, szyjki macicy, dróg oddechowych, moczu lub kału), wykrywanie materiału genetycznego za pomocą metod biologii molekularnej.

## *Jak wygląda leczenie?*

Antybiotykoterapia wskazana jest tylko w przypadku udokumentowanego czynnego zakażenia i dotyczy głównie zakażenia chlamydią. W terapii analogicznie do innych chorób z grupy spondyloartropatii stosuje się leki z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) w postaci osiowej; w przypadku zajęcia stawów obwodowych w zależności od stopnia nasilenia objawów: glikokortykosterydy dostawowo lub systemowo (tylko czasowo!), leki modyfikujące przebieg choroby: konwencjonalne syntetyczne (głównie metotreksat lub sulfasalazyna) i biologiczne. Przy braku skutecznego leczenia możliwa jest progresja do postaci radiologicznej, która odpowiada obrazem klinicznym ZZSK.

**Diagnostyka**

Oznaczenie podstawowych badań laboratoryjnych w tym parametrów zapalnych – OB i CRP

Oznaczenie antygenu HLA-B27

USG stawów obwodowych i przyczepów ścięgnistych

MR stawów krzyżowo-biodrowych lub RTG stawów i kręgosłupa w wypadku zmian przewlekłych

Testy serologiczne

## Spondyloartropatia niezróżnicowana

W przypadku, w którym pacjent spełni kryteria spondyloartropatii obwodowej, ale nie spełni kryteriów łuszczycowego zapalenia stawów, reaktywnego zapalenia stawów bądź zapalenia stawów w przebiegu zapalnych chorób jelit, mówimy o spondyloartropatii niezróżnicowanej. Zarówno diagnostyka (polega bowiem na różnicowaniu z powyższymi chorobami), jak i leczenie jest analogiczne do innych spondyloartropatii.

## Odczynowe zapalenie stawów

Objawy zapalenia stawów, zwykle o ostrym przebiegu, jednak bardzo zróżnicowanym obrazie klinicznym, mogą towarzyszyć wielu procesom patologicznym toczącym się w organizmie: infekcjom – zwłaszcza wirusowym (np. zakażenie HIV, HCV, HBV, parwowirusem B19), nowotworom, zaburzeniom endokrynologicznym czy metabolicznym. Tak naprawdę pod rozpoznaniem odczynowego zapalenia stawów kryje się heterogenna grupa chorób, w której zapalenie stawów jest jedynie objawem wtórnym do procesów patologicznych (np. immunologicznych), zachodzących w przebiegu zadziałania czynnika sprawczego. Zarówno diagnostyka, jak i leczenie dobierane jest indywidualnie przez reumatologa w zależności od rodzaju objawów towarzyszących, nasilenia i długości trwania objawów, dodatkowych obciążeń.

## Nieskasyfikowane zapalenie stawów

Zdarza się, że badanie fizykalne i badania dodatkowe, np. ultrasonograficzne, jednoznacznie wskazują na zapalenie stawów, jednak obraz kliniczny i przeprowadzona diagnostyka nie przynoszą odpowiedzi, na którą ze zdefiniowanych chorób reumatycznych pacjent choruje. W takiej sytuacji, po wykluczeniu znanych przyczyn, reumatolog może postawić rozpoznanie niesklasyfikowanego zapalenia stawów. Z czasem, na skutek zmiany obrazu choroby (np. dołączenie się nowych objawów), lekarz może je zmienić. W innych przypadkach objawy samoistnie ustępują bądź wycofują się na skutek zastosowanego leczenia. W niesklasyfikowanym zapaleniu stawów rodzaj leczenia dobierany jest indywidualnie, w zależności od stopnia nasilenia zmian, długości trwania objawów i towarzyszących obciążeń.

**Zapalenie stawów może towarzyszyć:**

- infekcjom wirusowym (np. HCV, HBC, HIV, parwowirus B19)
- chorobom metabolicznym (np. hemochromatoza)
- nowotworom
- chorobom endokrynologicznym (np. niedoczynność lub nadczynność tarczycy)