

WCZESNA DIAGNOSTYKA CHORÓB REUMATYCZNYCH

ocena obecnej sytuacji
i rekomendacje zmian



Instytut Reumatologii
w Warszawie

Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych

– ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian

Autorzy: Brygida Kwiatkowska, Filip Raciborski,
Maria Maślińska, Anna Kłak, Jerzy Gryglewicz,
Piotr Samel-Kowalik

Warszawa, wrzesień 2014

Redakcja naukowa

Brygida Kwiatkowska, Filip Raciborski

Redakcja językowa

Irena Lisiewska

Redaktor prowadzący

Anna Kłak

**Wydawca: Instytut Reumatologii
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher**

ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa

ISBN 978-83-933304-2-3

Spis treści

List wprowadzający 8

List wprowadzający (dr n. med. Piotr Bednarski) 8

Streszczenie 10

1 Choroby reumatyczne – etiologia, podział 13

1.1	Podział chorób reumatycznych	14
1.2	Reumatoidalne zapalenie stawów	16
1.3	Spondyloartropatie	19
1.4	Toczeń rumieniowaty układowy	21
1.5	Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów	22
1.6	Inne zapalne choroby układowe tkanki łącznej	22
	Podsumowanie	23
	Bibliografia	24

2 Epidemiologia chorób reumatycznych 25

2.1	Źródła pierwotne – wyniki polskich badań na temat epidemiologii chorób reumatycznych	27
2.2	Źródła wtórne – rejestry NIZP-PZH oraz NFZ	28
2.3	Epidemiologia wybranych chorób reumatycznych na świecie	36
	Podsumowanie	39
	Bibliografia	40

3	Metody diagnostyczne w chorobach reumatycznych	41
3.1	Diagnostyka reumatoidalnego zapalenia stawów	44
3.2	Diagnostyka spondyloartropatii	45
3.3	Diagnostyka toczenia rumieniowatego układowego i innych chorób zapalnych tkanki łącznej	48
	Podsumowanie	49
	Bibliografia	50
4	Leczenie chorób reumatycznych	51
4.1	Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów	52
4.1.1	Niesteroidowe leki przeciwzapalne	54
4.1.2	Glikokortykosteroidy	56
4.1.3	Leczenie bólu i leki przeciwbólowe	56
4.1.4	Leki modyfikujące przebieg choroby	57
4.2	Leczenie spondyloartropatii	66
4.3	Leczenie innych układowych chorób tkanki łącznej	66
	Podsumowanie	67
	Bibliografia	68
5	Następstwa chorób reumatycznych	69
5.1	Zdrowotne następstwa chorób reumatycznych	70
5.1.1	Zdrowotne następstwa reumatoidalnego zapalenia stawów	71
5.1.2	Zdrowotne następstwa toczenia rumieniowatego układowego	76
5.1.3	Zdrowotne następstwa spondyloartropatii	77
5.2	Psychologiczne następstwa chorób reumatycznych	77
5.3	Społeczne następstwa chorób reumatycznych	79
5.3.1	Renty	79
5.3.2	Niepełnosprawność	81
5.3.3	Rehabilitacja	85
5.3.4	Jakość życia	85
	Podsumowanie	87
	Bibliografia	88

6	Koszty bezpośrednie i pośrednie chorób reumatycznych	91
6.1	Koszty bezpośrednie chorób reumatycznych	94
6.2	Koszty pośrednie chorób reumatycznych	95
6.3	Wpływ zaawansowania choroby na koszty pośrednie	102
	Podsumowanie	104
	Bibliografia	106
7	Pacjent reumatologiczny w systemie publicznej opieki zdrowotnej	107
7.1	Droga pacjenta do reumatologa	108
7.2	Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w toku diagnostyki choroby reumatycznej	110
7.3	Rola reumatologa w diagnozowaniu i leczeniu pacjenta z podejrzeniem choroby reumatycznej	112
	Podsumowanie	117
	Bibliografia	118
8	Dostęp do systemu opieki reumatologicznej w Polsce	119
8.1	Organizacja systemu opieki reumatologicznej w Polsce	120
8.2	Liczba reumatologów	124
8.3	Wycena świadczeń	126
8.4	Dostępność opieki reumatologicznej	128
	Podsumowanie	135
	Bibliografia	136
9	Znaczenie wczesnej diagnostyki chorób reumatycznych (okno terapeutyczne)	137
9.1	Wczesne zapalenie stawów	138
9.2	Okno terapeutyczne	140
9.3	Wczesne rozpoznanie choroby jako warunek uzyskania remisji	141

9.4	Efektywność kosztowa wczesnego rozpoznania choroby	142
9.5	Znaczenie wczesnej diagnostyki w spondyloartropatiach i toczniu rumieniowatym układowym	142
	Podsumowanie	143
	Bibliografia	144

10 Propozycje nowej organizacji wczesnej diagnostyki chorób reumatycznych w Polsce 145

10.1	Nowa organizacja systemu diagnostyki	146
10.1.1	Ośrodki wczesnej diagnostyki zapaleń stawów	147
10.1.2	„Szybka ścieżka”	148
10.1.3	Nowe procedury w ramach ośrodków wczesnej diagnostyki zapaleń stawów	148
10.2	Koszty proponowanych zmian	155
	Podsumowanie	158

Podsumowanie i rekomendacje 160

Recenzje raportu i projektu zmian 162

Recenzja raportu (Prof. dr hab. n. med. Anna Filipowicz-Sosnowska)	163
Recenzja raportu (Prof. dr hab. med. Witold Tłustochowicz)	165

Podziękowania 170



List wprowadzający

Szanowni Państwo,

W reumatologii na przestrzeni ostatnich lat dokonał się jeden z największych przełomów w medycynie. Zmiany te związane są z opracowaniem innowacyjnych terapii, które dały pacjentom nadzieję na skuteczniejsze leczenie tych chorób.

Mimo obecnych możliwości terapeutycznych, kluczowym czynnikiem, który wpływa na dalsze perspektywy chorego jest czas, jaki upływa od wystąpienia pierwszych objawów do rozpoczęcia właściwego leczenia. Jeżeli czas ten ulega wydłużeniu, dochodzi do nieodwracalnych zmian i niepełnosprawności. Dlatego niezbędne jest by postępowi w zakresie farmakoterapii towarzyszyły zmiany w organizacji opieki reumatologicznej, których głównym celem winno być przyspieszanie procesu diagnostycznego i jak najwcześniejsze włączenie skutecznego leczenia.

European League Against Rheumatism (EULAR) opracował termin „okno terapeutyczne”, które odnosi się do 12 tygodniowego okresu między wystąpieniem pierwszych objawów choroby, a rozpoczęciem efektywnej terapii. Z perspektywy pacjenta znalezienie się w „oknie terapeutycznym” oznacza istotnie zwiększenie szans na zatrzymanie postępu choroby oraz uzyskanie stanu remisji.

Oddaję w Państwa ręce raport, jaki został opracowany przez zespół ekspertów pod kierownictwem Instytutu Reumatologii. Jest to odpowiedź na ww. problem w postaci nowej organizacji wczesnej diagnostyki chorób zapalnych przy zachowaniu tego samego poziomu wydatków na leczenie chorób reumatycznych. Co ważne, rekomendowane zmiany przyczynią się do zwiększenia dostępu do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów pierwszorazowych oraz przesunięcie środków ze świadczeń szpitalnych na opiekę ambulatoryjną.

Mam nadzieję, że proponowane zmiany zostaną pozytywnie przyjęte i przełożą się bezpośrednio na poprawę sytuacji chorych z zapalnymi chorobami stawów.

dr n. med. Piotr Bednarski

**Dyrektor Instytutu Reumatologii
w Warszawie**

Streszczenie

Reumatyczne dolegliwości ze strony narządu ruchu są powszechne i dotyczą 30–40% europejskiej populacji (oświadczenie Parlamentu Europejskiego w sprawie chorób reumatycznych, 2009/C 285 E/11). Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w 2013 roku choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej były przyczyną ponad 29,2 mln dni absencji chorobowej oraz stanowiły czwartą co do częstotliwości przyczynę zwolnień lekarskich w Polsce.

Choroby reumatyczne mają charakter przewlekły i powodują uszkodzenie narządu ruchu, co prowadzi do postępującej niepełnosprawności chorego. Najczęstszą chorobą reumatyczną jest choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS), natomiast szczególnie niebezpieczne dla zdrowia pacjentów są choroby zapalne stawów (m.in. reumatoidalne zapalenie stawów i spondyloartropatie). Szacuje się, że w Polsce około 400 000 osób choruje na schorzenia stawów o podłożu zapalnym i najczęściej są to osoby w wieku produkcyjnym. Częstym następstwem choroby jest niepełnosprawność i niemożność funkcjonowania na rynku pracy. Choroby reumatyczne przyczyniają się również do powikłań wielonarządowych, które często prowadzą do zgonu.

Osoba z chorobą reumatyczną o podłożu zapalnym wymaga jak najszybszego zdiagnozowania i rozpoczęcia leczenia. W przeciwnym bowiem razie w szybkim tempie dochodzi do nieodwracal-

nych zmian i niepełnosprawności. The European League Against Rheumatism (EULAR) opracował termin „okno terapeutyczne”, które idealnie oddaje koncepcję wczesnej interwencji. W przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) lekarze mają zaledwie 12 tygodni od wystąpienia pierwszych objawów na rozpoznanie choroby i podjęcie skutecznego leczenia. Według jedynych dostępnych dla Polski danych średni czas od wystąpienia pierwszych objawów choroby do wizyty chorego u reumatologa wynosi aż 35 tygodni! Dane te nie uwzględniają czasu potrzebnego na zdiagnozowanie pacjenta oraz rozpoczęcie leczenia.

Celem niniejszego raportu jest przedstawienie propozycji nowej organizacji wczesnej diagnostyki chorób zapalnych stawów. Rozwiązanie to ma na celu zwiększenie dostępu do reumatologicznej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) dla pacjentów pierwszorazowych z chorobą zapalną stawów. Docelowo powinno to pozwolić na ustalenie rozpoznania i podjęcie leczenia u chorego po 3–4 tygodniach od wydania skierowania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Opracowane rozwiązanie zakłada wyodrębnienie w ramach AOS w reumatologii ośrodków wczesnej diagnostyki zapalenia stawów (OWDZS). Każda osoba, u której lekarz rodzinny (lub inny lekarz specjalista) podejrzewa zapalną chorobę stawów, powinna być bezzwłocznie skierowana do OWZS. Przed przyjęciem do OWZS zalecane jest wyko-

Rycina 1
Schemat postępowania
z pierwszorazowym pa-
cjentem reumatologicz-
nym w ośrodkach wczes-
nej diagnostyki zapaleń
stawów (OWDZS)

Źródło: Opracowanie
własne.

WIZYTA 0

Wywiad i badanie układu ruchu dokonane przez doświadczonego reumatologa

W przypadku potwierdzenia podejrzenia zapalnej choroby reumatycznej – kierowanie na dalsze procedury

W przypadku wykluczenia – odesłanie pod opiekę lekarza rodzinnego ze zwrotną informacją



WIZYTA 1 (w ciągu 3–7 dni od wizyty 0)

Dokładny wywiad i badanie fizykalne stawów

Badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, AspAT, AIAT, kreatynina, kwas moczowy, RF, ACPA, ANA 2 profil, HLA-B27 (opcjonalnie)

Badania obrazowe: RTG klatki piersiowej AP i boczne, RTG – ręce i stopy, USG zajętej ręki lub stopy, MRI zajętej ręki lub stopy (opcjonalnie), RTG stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie), MRI stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie)

POZ

Pacjenci z chorobą zwyrodnieniową stawów (ChZS)

WIZYTA 2 (7–14 dni od wizyty 1)

Ocena otrzymanych wyników

Badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ. Ustalenie rozpoznania i włączenie leczenia modyfikującego



WIZYTA 3 (po 3 miesiącach od wizyty 2)

Badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ

Badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, AspAT, AIAT, kreatynina, kwas moczowy

Badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy



WIZYTA 4 (po 6 miesiącach od wizyty 2)

Badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, ocena remisji ACR/EULAR

Badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, AspAT, AIAT, kreatynina

Badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy



WIZYTA 5 (po 9 miesiącach od wizyty 2)

Badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ

Badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, AspAT, AIAT, kreatynina

Badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy



WIZYTA 6 (po 12 miesiącach od wizyty 2)

Badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, ocena remisji ACR/EULAR

Badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, AspAT, AIAT, kreatynina, kwas moczowy

Badania obrazowe: RTG klatki piersiowej AP i boczne, RTG – ręce i stopy, USG zajętej ręki lub stopy, MRI zajętej ręki lub stopy (opcjonalnie), RTG stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie), MRI stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie)



AOS*

Pacjenci ze stabilną zapalną chorobą reumatyczną i potwierdzonym rozpoznaniem

* w szczególnych przypadkach pacjenci będą również hospitalizowani na oddziałach reumatologicznych



KOLEJNE WIZYTY CO 6 MIESIĘCY (w ramach poradni reumatologicznej)



nywanie dodatkowych badań tj.: OB, morfologii oraz badania ogólnego moczu. Pacjent w ciągu 7 dni od momentu wystawienia skierowania powinien być przyjęty do najbliższego OWDZS. Pierwsza wizyta w ośrodku będzie miała charakter przesiewowy. Pacjenci z ChZS, zaopatrzeni w szczegółową instrukcję dalszego postępowania, zostaną ponownie skierowani pod opiekę lekarza POZ. Pozostałe osoby, czyli z chorobą o podłożu zapalnym, w trakcie kolejnych dwóch wizyt w OWDZS zostaną w pełni zdiagnozowani i rozpoczną leczenie. Czas od wystawienia skierowania przez lekarza POZ do tego momentu nie powinien być dłuższy niż 4 tygodnie. Według założeń przez kolejny rok chory powinien odbyć 4 wizyty (co 3 miesiące), których celem byłoby monitorowanie i optymalizacja terapii. Po upływie tego czasu pacjent zostałby przekazany pod opiekę poradni reumatologicznej (AOS).

Wprowadzanie systemu wczesnej diagnostyki w obszarze reumatologii poprawi dostęp do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów z chorobami o podłożu zapalnym, czyli dla grupy osób, które najbardziej ich potrzebują. Pacjenci pierwszorazowi będą traktowani priorytetowo – „szybka ścieżka” realizowana w ramach OWDZS. Proponowana zmiana nie tylko poprawi jakość życia osób z chorobą zapalną stawów, ale także przyczyni się do oszczędności w systemie opieki zdrowotnej (skuteczniejsze, a przez to tańsze leczenie) i społecznej (zmniejszenie absencji chorobowej i wydatków na świadczenia rentowe). Zmniejszą się również straty dla gospodarki wynikające z niepełnosprawności, będącej następstwem chorób reumatycznych.

Proponowane rozwiązanie jest w pełni zgodne z koncepcją przedstawioną w tzw. pakiecie kolejowym ministra zdrowia. Zakłada ono zwiększenie dostępu do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów pierwszorazowych, zmniejszenie liczby osób oczekujących na wizytę w poradniach specjalistycznych, przeniesienie pacjentów z ChZS pod opiekę lekarzy POZ oraz przesunięcie środków ze świadczeń szpitalnych na opiekę ambulatoryjną. Proponowane rozwiązanie dotyczące wprowadzenia ośrodków wczesnej diagnostyki stanowi odpowiedź na rosnące zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenia. Podobne ośrodki powstały już w wielu krajach europejskich. Najwyższy czas by i Polska dołączyła do tego grona.

1

Choroby reumatyczne – etiologia, podział

1.1

Podział chorób reumatycznych

Choroby reumatyczne można podzielić na zapalne, np. reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) i niezapalne, np. choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS), oraz takie, w których objawy stawowe są przejawem innej choroby ogólnoustrojowej, np. choroby nowotworowej. W 1983 roku organizacja American Rheumatism Association (ARA, obecnie: American College of Rheumatology) zaproponowała podział chorób reumatycznych na 10 grup ujętych w tabeli 1.1.

Podział chorób reumatycznych na zapalne i niezapalne jest kluczowy dla analiz przedstawionych w niniejszym raporcie. Do najczęściej występujących w ogólnej populacji zapalnych chorób reumatycznych należą: reumatoidalne zapalenie stawów oraz spondyloartropatie (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczykowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów towarzyszące nieswoistym zapalnym chorobom jelit). Rzadziej występują tzw. choroby tkanki łącznej, takie jak: toczeń rumieniowaty układowy, zespół Sjögrena, twardzina czy zapalenie skórno- i wielomięśniowe.

Tabela 1.1
Podział chorób reumatycznych wg ARA

Źródło: Decker JL. American Rheumatism Association nomenclature and classification of arthritis and rheumatism (1983). „Arthritis and Rheumatism”. 1983;26(8): 1029–1032.

LP	CHOROBY
I	UKŁADOWE CHOROBY TKANKI ŁĄCZNEJ A. Reumatoidalne zapalenie stawów B. Młodzieńcze przewlekłe zapalenie stawów C. Toczeń rumieniowaty układowy D. Twardzina E. Zapalenie wielomięśniowe i skórno-mięśniowe F. Martwicze zapalenie naczyń i inne waskulopatie G. Zespół Sjögrena H. Zespoły nakładania (w tym: nieodróżnicowana i mieszana choroba tkanki łącznej) I. Inne (w tym: polimialgia reumatyczna, nawracające zapalenie chrząstek, rumień guzowaty i inne)
II	SPONDYLOARTROPATIE A. Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa B. Zespół Reitera (aktualna nazwa: reaktywne zapalenie stawów) C. Łuszczycowe zapalenie stawów D. Zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit
III	CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWÓW A. Pierwotna B. Wtórna
IV	ZAPALENIE STAWÓW, POCHEWEK ŚCIĘGIEN I KALETEK MAZIOWYCH TOWARZYSZĄCE ZAKAŻENIU
V	CHOROBY METABOLICZNE I GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, KTÓRYM TOWARZYSZĄ CHOROBY STAWÓW (w tym: dna moczanowa, amyloidoza, cukrzyca i inne)
VI	NOWOTWORY (w tym: pierwotne, złośliwe przerzutowe, szpiczak, białaczki, chłoniaki i inne)
VII	ZABURZENIA NERWOWO-NACZYNIOWE (w tym: stawy Charcota, zespoły cieśni kanału nadgarstka i inne)
VIII	CHOROBY KOŚCI I CHRZĄSTEK (w tym: osteoporoza, osteoartropatia przerostowa, choroba Pageta i inne)
IX	ZMIANY ZAPALNE W OBRĘBIE TKANEK MIĘKKICH (w tym: fibromialgia, zmiany w krążkach międzykręgowych, zapalenie ścięgien i inne)
X	RÓŻNE ZABURZENIA, KTÓRYM TOWARZYSZĄ OBJAWY ZE STRONY STAWÓW (w tym: rodzinna gorączka śródziemnomorska, zespół towarzyszący dializom, sarkoidoza i inne)

1.2

Reumatoidalne zapalenie stawów

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS–ICD10: M05, M06) to przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. Za rozwój tej choroby odpowiada wiele czynników, takich jak uwarunkowania genetyczne czy wpływ czynników środowiskowych. Reumatoidalne zapalenie stawów charakteryzuje się zapaleniem przeważnie symetrycznych stawów, uczuciem sztywności porannej stawów powodującej ograniczenie w codziennym funkcjonowaniu, mogą także wystąpić takie objawy ogólne, jak: gorączka, stany podgorączkowe, ogólne osłabienie, przewlekłe

zmęczenie, zmniejszenie masy ciała; osłabienie może wynikać z pogłębiającej się niedokrwistości. W przebiegu RZS może dojść do uszkodzenia narządów wewnętrznych (nerek, serca, płuc), zmian patologicznych w narządzie wzroku. Stopniowo RZS prowadzi do niepełnosprawności, inwalidztwa oraz przedwczesnej śmierci [1].

Etiologia RZS nie jest dotychczas wystarczająco poznana, a w patogenezie tego schorzenia rolę odgrywają takie czynniki, jak: zakażenia, czynniki genetyczne, środowiskowe (np. palenie tytoniu).

Rycina 1.1
Reumatoidalne zapalenie stawów – okres IV/V wg Larsena z ankylozą (zarośnięcie/ skostnienie) stawów nadgarstkowych. Bardzo zaawansowana choroba

Źródło: Zakład Radiologii Instytutu Reumatologii w Warszawie.





Rycina 1.2
Reumatoidalne zapalenie stawów – destrukcja stawu łokciowego prawego

Źródło: Zakład Radiologii Instytutu Reumatologii w Warszawie.

Czynniki socjoekonomiczne

Szacuje się, że wpływ genów na ryzyko zachorowania na RZS wynosi około 50–60% [2]. Genetyczne zróżnicowanie przynajmniej częściowo wyjaśnia różnice w zapadalności oraz chorobowości między poszczególnymi rasami. Najwyższą częstość występowania tej choroby stwierdzono wśród Indian zamieszkujących Amerykę Północną (5,3% – w plemieniu Pima, 6,8% – w plemieniu Chippewa). Z kolei w Afryce i Azji Południowo-Wschodniej częstość występowania RZS jest bardzo mała [3]. Rolę czynników genetycznych w patogenezie RZS potwierdzają również badania pokazujące, że wystąpienie RZS w rodzinie zwiększa ryzyko zachorowania u osób w 1 stopniu pokrewieństwa od 2 do 10 razy [4]. Niektóre geny odgrywają kluczową rolę w podatności na zachorowanie na RZS oraz przebieg tej choroby. W Europie u 50% chorych na RZS występują 2 geny HLA-DRB1 i PTPN2 (gen odkodowujący, encoding the T cell protein tyrosine phosphatase). Obecność tych genów u chorych na RZS świadczy o ich rzeczywistym związku ze

zwiększonym ryzykiem zachorowania [5]. Podsumowując, występowanie różnic genetycznych w populacjach może być przyczyną różnej częstości zachorowań i odmiennego rozprzestrzeniania się choroby na świecie. Lepsze poznanie zależności i różnic genetycznych może pozwolić na dalsze prognozowanie rozprzestrzenienia się tego schorzenia.

Wiek i płeć

Kolejnym czynnikiem wpływającym na ryzyko wystąpienia reumatoidalnego zapalenia stawów jest płeć. Kobiety częściej zapadają na to schorzenie w porównaniu z mężczyznami (w stosunku 3:1), a przyczyny tego nadal nie są znane. Wiadomo, że nie są one jedynie skutkiem wpływu hormonów żeńskich, ale prawdopodobnie również wynikają z mutacji w chromosomie X [6].

Silnie różnicującym czynnikiem jest także wiek. Wyraźny wzrost liczby zachorowań następuje w piątej dekadzie życia, co jest prawdopodobnie

powiązane ze zmianami hormonalnymi występującymi w tym wieku u kobiet [2]. Najwyższą chorobowość obserwuje się w grupie kobiet po 65. roku życia [1].

Czynniki socjoekonomiczne

Czynniki socjoekonomiczne wpływają na przebieg choroby, natomiast nie mają związku z zapadalnością [2]. Kwestia ta zostanie szczegółowo omówiona w rozdziale poświęconym następstwom społecznym chorób reumatycznych.

Czynniki hormonalne

Wpływ estrogenów na układ immunologiczny jest bardzo złożony, ponieważ wykazują aktywność zarówno pro-, jak i przeciwzapalną. Wykazano, że posiadanie potomstwa zmniejsza prawdopodobieństwo zachorowania na RZS. Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej chroni przed wytwarzaniem przeciwciał przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi – ACPA (anti-cyclic citrullinated peptide antibodies) i ma protekcyjny wpływ na zachorowanie na RZS w grupie kobiet z obecnymi allelami *01 i/lub *04 antygeny HLA-DRB1 [7]. U mężczyzn chorujących na RZS wykazano natomiast niski poziom testosteronu [8].

Czynniki środowiskowe

Ocena wpływu czynników środowiskowych na ryzyko zachorowania na RZS jest bardzo skomplikowana. Czynniki te mogą oddziaływać na organizm na wiele lat przed wystąpieniem postaci klinicznej choroby, co ogranicza możliwość ich identyfikacji. Mimo to, w badaniach potwierdzono wpływ palenia na ryzyko wystąpienia RZS. Wzrost ryzyka występuje po 10 paczkołatach* palenia i utrzymuje się aż przez 20 lat od rzucenia palenia. Do tej pory

jest to najsilniej oddziałujący zidentyfikowany środowiskowy czynnik ryzyka RZS [2], chociaż pojawiają się nowe doniesienia naukowe mówiące, że zależność ta dotyczy wyłącznie seropozytywnej odmiany tej choroby, a siła oddziaływania jest jedynie umiarkowana [9; 10; 11].

Od wielu lat zwraca się uwagę na rolę wielu czynników infekcyjnych w etiologii RZS. Najnowsze badania wyraźnie wykazują powiązania pomiędzy ryzykiem rozwoju RZS a zakażeniem *Porphyromonas gingivalis*, rozpoznawanym u większości chorych z paradontozą oraz występowaniem auto-przeciwciał – ACPA i czynnika reumatoidalnego (RF) [12]. Jako czynniki ryzyka można wymienić również inne zakażenia (np. ludzki parwowirus B19, wirus różyczki, HBV itp.). Mogą one „wyzwalać” zachorowanie na RZS u osób obciążonych genetycznym ryzykiem tej choroby, jednak dostępne dowody nie są jednoznaczne [2].

Dieta

Stosowanie diety eliminacyjnej nie wpływa na rozwój choroby. W Europie Południowej rzadziej stwierdza się zachorowania na RZS i mają one łagodniejszy przebieg, co może sugerować, że dieta śródziemnomorska (bogata w ryby, oliwę, olej i gotowane warzywa) w niewielkim stopniu ma na to wpływ [13]. Przypuszcza się, że takie działanie ma związek z wysoką zawartością w tych pokarmach kwasów z grupy omega-3 [3]. Pozytywny wpływ ma również spożywanie witamin D i K [2].

Ważnym czynnikiem, który może w istotny sposób wpływać na rozwój chorób autoimmunologicznych, w tym RZS, jest zwiększone spożycie soli (chlorku sodu). Nadmiar soli w diecie może doprowadzić do indukcji komórek Th17 i spowodować nawet 10-krotny wzrost ich liczby, a zatem indukować zapalenie [14].

* Termin „paczkołata” oznacza liczbę wypalonych paczek papierosów dziennie pomnożonych o liczbę lat palenia, np. 1 paczkołata oznacza wypalanie 1 paczki papierosów (20 sztuk) dziennie przez jeden rok.

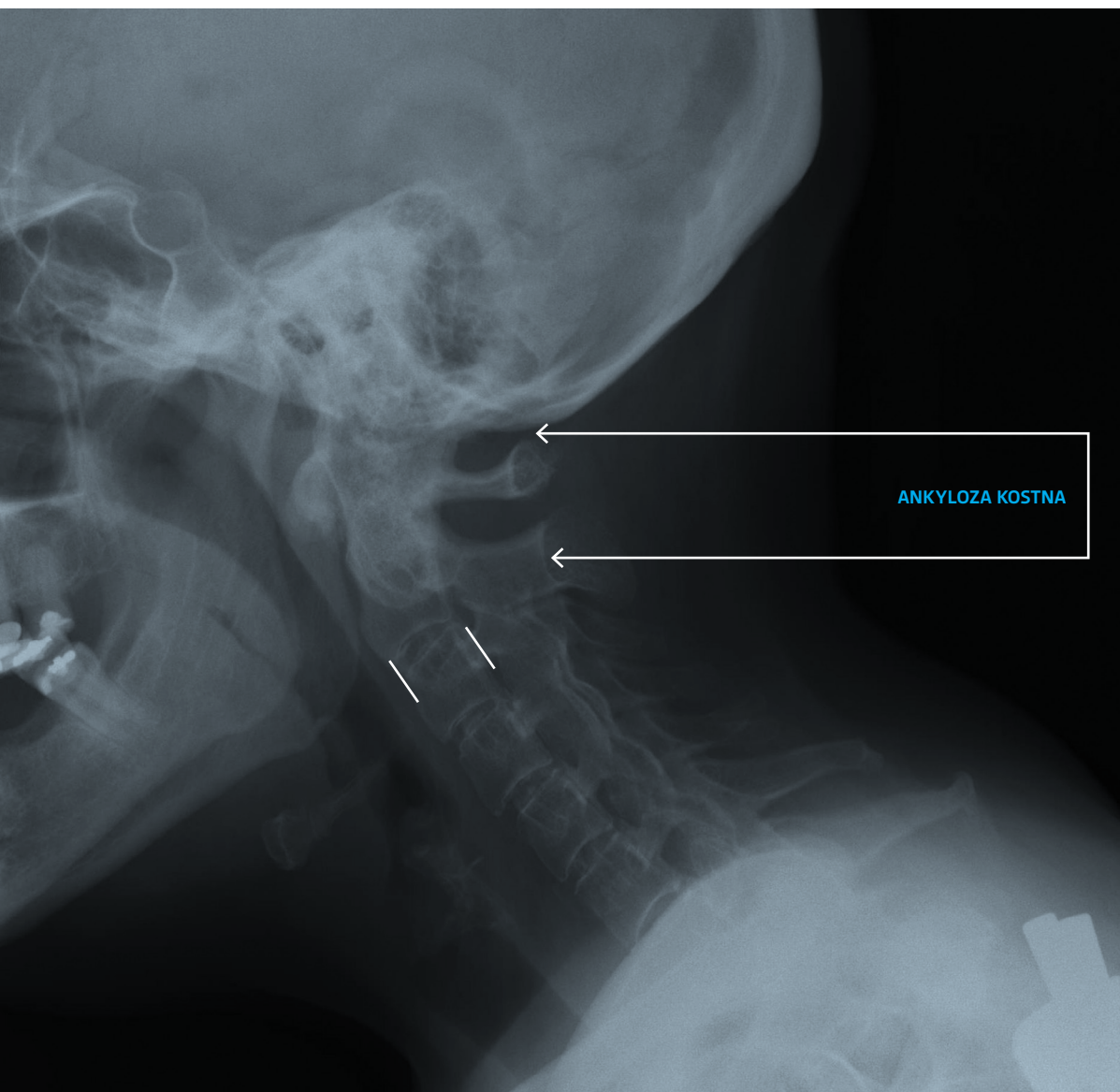
1.3

Spondyloartropatie

Spondyloartropatie (SpA) to wzajemnie powiązana grupa chorób reumatycznych, charakteryzująca się wspólnymi objawami klinicznymi i podobieństwem uwarunkowań genetycznych. Do spondyloartropatii zaliczają się m.in.: zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa – ZZSK (ankylosing spondylitis) oraz łuszczykowe zapalenie stawów – ŁZS (psoriatic arthritis) [15].

Zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK – ICD10: M45) charakteryzuje się zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych, stawów

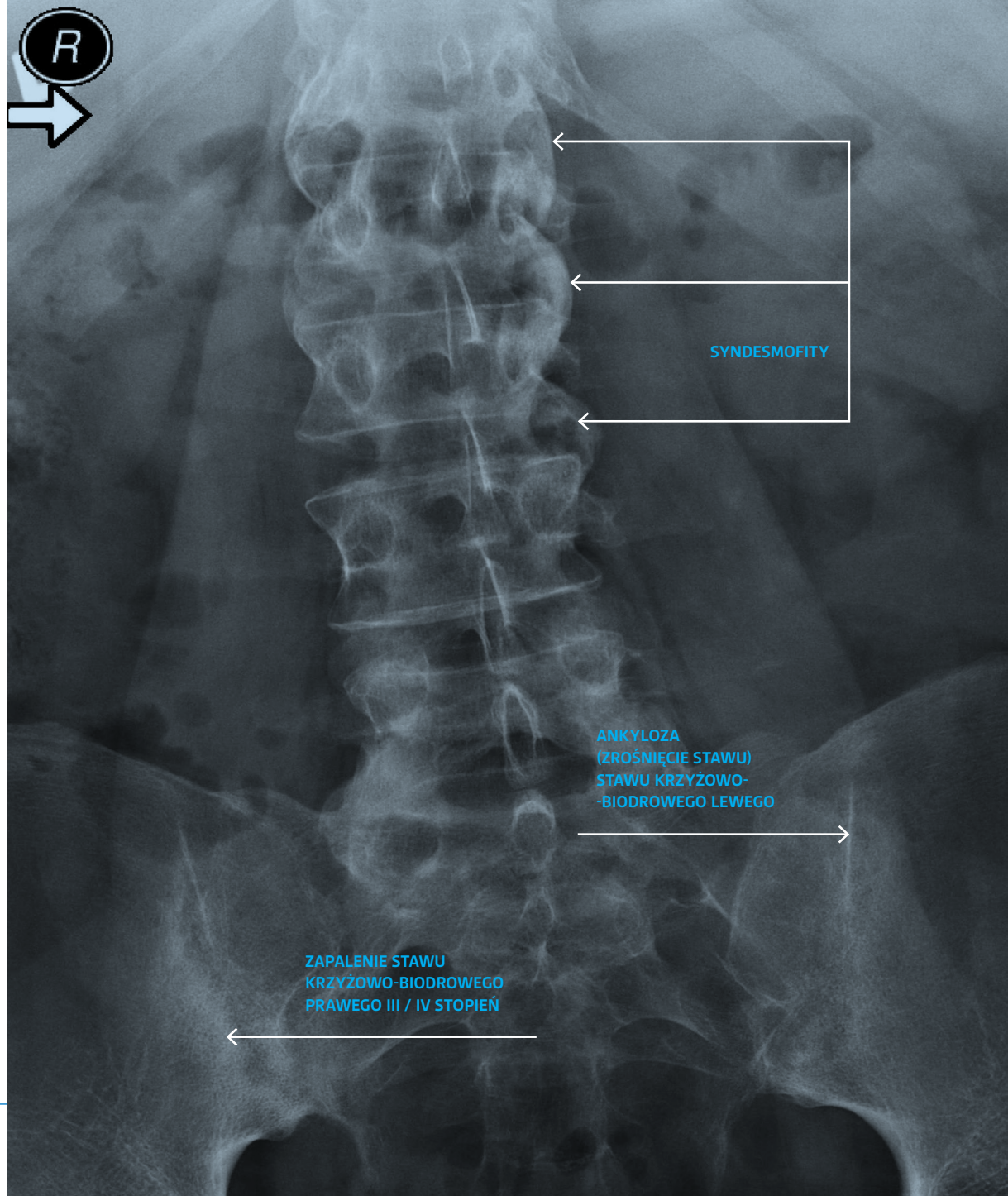
kręgosłupa oraz więzadeł i tkanek okołokręgosłupowych. W niektórych przypadkach zapalenie obejmuje również stawy obwodowe oraz przyczepy ścięgna. Możliwe jest także wystąpienie objawów pozastawowych, takich jak zapalenie błony naczyniowej oka, zapalenie zastawek aorty, zmiany w jelitach, na skórze i błonach śluzowych [15]. Następstwem choroby jest postępujące sztywnienie m.in. stawów kręgosłupa, co powoduje istotne upośledzenie jego ruchomości oraz ogólnych funkcji ruchowych. Ma to bezpośrednie przełożenie na jakość życia chorego.



Rycina 1.3

Zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa – ankyloza kostna w stawach międzykręgowych C2–C6, podejrzenie tworzącej się ankylozy w stawach C6/C7. Zaznaczone cechy zwężenia przedniego C1/C2 (odstęp szczytowo-zębowy 4 mm)

Źródło: Zakład Radiologii Instytutu Reumatologii w Warszawie.



Rycina 1.4
Syndesmofity, ankyloza
kostna w stawie krzyżo-
wo-biodrowym lewym,
III/IV stopień zapalenia
stawu krzyżowo-biodro-
wego prawego – zmiany
w przebiegu ZZSK

Źródło: Zakład Radiolo-
gii Instytutu Reumatolo-
gii w Warszawie.

Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS – ICD10: L40.5, M07) jest przewlekłą autoimmunologiczną chorobą zapalną, charakteryzującą się występowaniem zapalenia stawów obwodowych, kręgosłupa lub przyczepów ścięgniastych u osoby z łuszczycą skóry lub paznokci [15].

Wyróżnia się następujące postacie ŁZS (wg Molla i Wrighta) [15]:

- asymetryczna kilkustawowa – zwykle niesymetryczne zapalenie stawów (ok. 70%)
- wielostawowa, przypominająca RZS (15–20%)
- z dominującym zapaleniem stawów międzypaliczkowych dalszych, z częstym zajęciem paznokci (ok. 5%)
- okaleczająca, o bardzo ciężkim przebiegu (ok. 5%)
- osiowa, przypominająca ZZSK, ale typowe jest asymetryczne zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych (ok. 5%)

Czynniki środowiskowe

Czynniki środowiskowe, takie jak palenie papierosów oraz przebyte i istniejące infekcje, wpływają zarówno na przebieg, jak i bezpośrednio na rozwój spondyloartropatii. Jak przedstawiono powyżej, wykazano bezpośredni związek infekcji i reaktywnego zapalenia stawów.

Dieta w spondyloartropatiach, podobnie jak w RZS, może wpływać na przebieg choroby, a współistnienie u chorych schorzeń układu krążenia i zaburzeń metabolicznych związanych z wiekiem, przewlekłej choroby zapalnej, dodatkowych obciążeń genetycznych i często ograniczeń ruchu powinno skłaniać do jej modyfikacji.

Inne czynniki

Istotnymi czynnikami predysponującymi do rozwoju spondyloartropatii są czynniki genetyczne, o czym świadczy ich związek z obecnością antygenu HLA-B27. U 80–90% chorych na ZZSK rasy białej występuje antygen HLA-B27, natomiast w populacji ogólnej stwierdza się go u 8%. Niekiedy do rozwoju choroby dochodzi po przebyciu zakażenia układu pokarmowego lub moczowego.

Antygeny HLA-B17, -Cw6, -DR4 i -DR7 występują znacznie częściej u chorych na łuszczycę skóry lub ŁZS w porównaniu z populacją osób zdrowych, natomiast obecność antygeny HLA-Cw* 0602 często ma związek z początkiem spondyloartropatii w młodym wieku.

Innymi czynnikami predysponującymi do rozwoju łuszczycy skóry i ŁZS są także infekcje bakteryjne i wirusowe, w tym zakażenie streptokokowe i HIV (human immunodeficiency virus). Łuszczycowe zapalenie skóry może również rozwinąć się u chorych na łuszczycę skóry po urazie fizycznym.

Główną rolę w patomechanizmie reaktywnego zapalenia stawów (RaA) odgrywa obecność bakterii lub ich składników w stawie i miejscowa odpowiedź immunologiczna na te antygeny. Pacjenci z ReA podają w wywiadach poprzedzającą rozwój zapalenia stawów przebytą infekcję, np. dróg moczowych, dróg oddechowych czy zapalenie spojówek.

1.4

Toczeń rumieniowaty układowy

Toczeń rumieniowaty układowy (TRU) to rzadka przewlekła, zapalna choroba o podłożu autoimmunologicznym. Jej etiologia jest wieloczynnikowa, a objawy kliniczne są różnorodne i zależą od zajęcia równocześnie wielu tkanek oraz narządów. Najczęstsze objawy TRU to: objawy skórno-słuzówkowe, ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, nerek oraz cytopenie. Do najcięższych postaci choroby należą takie, które przebiegają z zajęciem układu sercowo-naczyniowego, układu nerwowego, płuc, nerek. W obrazie klinicznym TRU może przyjmować postać od łagodnego schorzenia do bezpośrednio zagrażającego życiu. W przebiegu tej choroby występują okresy zaostrzeń oraz wieloletnie okresy remisji [16].

Do czynników ryzyka rozwoju TRU można zaliczyć czynniki: środowiskowe, genetyczne, zapalne, infekcyjne, a także zaburzenia usuwania produktów apoptozy, co skutkuje przedłużoną ekspozycją układu immunologicznego na autoantygeny oraz rozwojem odpowiedzi autoimmunologicznej [17]. Ryzyko wystąpienia TRU zwiększa również współistnienie choroby trzewnej (celiakii) [18]. Na toczeń mogą chorować zarówno dzieci, jak i osoby w starszym wieku. U dzieci choroba ma przebieg bardziej burzliwy niż u osób dorosłych [19].

1.5

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS–ICD10: M08, M09) jest najczęściej występującą postacią przewlekłych zapalnych układowych chorób tkanki łącznej o nieznanej etiologii u pacjentów w wieku rozwojowym [20].

W etiopatogenezie główną rolę odgrywają czynniki genetyczne. Zmiany zapalne pierwotnie dotyczą błony maziowej stawów, często obejmują także tkanki okołostawowe, przyczepy ścięgien i mięśni oraz pochewki ścięgna [20]. Dotychczasowe badania czynników ryzyka w MIZS koncentrowały się na określeniu wpływu genów. Wykazały one, że za rozwój choroby może odpowiadać wiele genów. Spośród czynników środowiskowych największe znaczenie przypisuje się przebytym zakażeniom [9; 21].

1.6

Inne zapalne choroby układowe tkanki łącznej

Zapalenia mięśni, mieszana choroba tkanki łącznej, zespół Sjögrena, zapalenie wielomięśniowe i skórno-mięśniowe czy twardzina układowa są chorobami o niejasnej etiopatogenezie. W ich rozwoju biorą udział zarówno czynniki genetyczne, hormonalne (częściej chorują kobiety), jak i środowiskowe (infekcje, ekspozycja na promienie UV, czynniki chemiczne). Przebieg tych chorób może mieć różną dynamikę – od łagodnego po zagrażające życiu zajęcie narządów wewnętrznych (płuc, nerek, układu sercowo-naczyniowego i nerwowego).

Podsumowanie

Choroby reumatyczne to zróżnicowana grupa schorzeń. Wśród nich ważne są przede wszystkim te, w których dochodzi do pobudzenia układu immunologicznego, produkcji autoprzeciwciał niszczących własne komórki oraz postępu procesu zapalnego. Reumatoidalne zapalenie stawów, spondyloartropatie, toczeń rumieniowaty układowy, twardzina i zespół Sjögrena są schorzeniami przewlekłymi, powodującymi uszkodzenia narządu ruchu i innych narządów, co wiąże się z postępującą niesprawnością chorego i może być bezpośrednią przyczyną zgonu. Ich etiologia nie jest jeszcze w pełni poznana, dlatego nie ma możliwości wdrożenia skutecznej profilaktyki. Można jednak starać się wpływać na niektóre czynniki środowiskowe przyczyniające się do zwiększenia liczby zachorowań, takie jak: ograniczenie palenia tytoniu, zapobieganie infekcjom, zwalczanie nadwagi.

Bibliografia

1. **Głuszko P, Filipowicz-Sosnowska A, Tłustochowicz W.** Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2012; 50: 83–90.
2. **Tobón GJ, Youinou P, Saraux A.** The environment, geo-epidemiology, and autoimmune disease: Rheumatoid arthritis. *J Autoimmun* 2010; 35: 10–14.
3. **Silman AJ, Pearson JE.** Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. *Arthritis Res* 2002; 4, 3 Suppl: S265–S272.
4. **Pratt AG, Isaacs JD, Matthey DL.** Current concept in the pathogenesis of early rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2009; 23: 37–48.
5. **Gregersen PK, Silver J, Winchester RJ.** The shared epitope hypothesis. An approach to understanding the molecular genetic of susceptibility to rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1987; 30: 1205–1213.
6. **Invernizzi P, Miozzo M, Selmi C, et al.** X chromosome monosomy: a common mechanism for autoimmune diseases. *J Immunol* 2005; 175: 575–578.
7. **Salliot C, Bombardier C, Saraux A, et al.** Hormonal replacement therapy may reduce the risk for RA women who carry HLA-DRB1 *01 and/or* 04 alleles by protecting against the production of anti-CCP; Results from the ESPOIR cohort. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 1683–1686.
8. **Cutolo M, Villaggio B, Cravioto C, et al.** Sex hormones and rheumatoid arthritis. *Autoimmune Rev* 2002; 1: 284–289.
9. **Oliver JE, Silman AJ.** What epidemiology has told us about risk factors and aetiopathogenesis in rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* 2009; 11: 3.
10. **Costenbader KH, Chang SC, De VI, et al.** Genetic polymorphisms in PTPN22, PADI-4 and CTLA-4 and risk for rheumatoid arthritis in two longitudinal cohort studies: evidence of gene-environment interactions with heavy cigarette smoking. *Arthritis Res Ther* 2008 10: R52.
11. **Di Giuseppe D, Discacciati A, Orsini N, Wolk A.** Cigarette smoking and risk of rheumatoid arthritis: a dose-response meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2014; 16: doi: 10.1186/ar4498.
12. **Mikulis TR, Thiele GM, Deane KD, et al.** Porphyromonas gingivalis and disease-related autoantibodies in individuals at increased risk of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2012; 64: 3522–3530.
13. **Kleinewietfeld M, Manzel A, Titze J, et al.** Sodium chloride drives autoimmune disease by the induction of pathogenic Th 17 cells. *Nature* 2013; 496: 518–522.
14. **Cassar-Pullicino VN.** The Spine in Rheumatological Disorders. *Imaging* 1999; 11: 4–118.
15. **Stanisławska-Biernat E, Świerkot J, Tłustochowicz W.** Spondyloartropatie. *Reumatologia* 2012; 50: 93–102.
16. **Majdan M.** Toczeń rumieniowaty układowy. *Reumatologia* 2012; 50: 103–110.
17. **Cieślak D, Hrycaj P.** Od apoptozy do autoimmunizacji – nowe spojrzenie na patogenezę toczenia rumieniowatego układowego. *Reumatologia* 2007; 45: 382–385.
18. **Ludvigsson JF, Rubio-Tapia A, Chowdhary V, et al.** Increased Risk of Systemic Lupus Erythematosus in 29,000 Patients with Biopsy-verified Celiac Disease. *J Rheumatol* 2012; 39: 1964–1970.
19. **Wolny-Niedzielska A.** Choroby układu ruchu u dzieci kierowanych do Poradni Reumatologicznej w Kielcach w latach 1999–2003. *Reumatologia* 2005; 43: 265–273.
20. **Rutkowska-Sak L, Gietka P, Wierzbowska M. i wsp.** Reumatologia wieku rozwojowego. *Reumatologia* 2012; 50: 142–161.
21. **Gabriel SE, Michaud K.** Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* 2009; 229: 11.

2

Epidemiologia chorób reumatycznych



Dostęp do danych epidemiologicznych dotyczących chorób reumatycznych dla Polski jest bardzo ograniczony – dotyczy to zarówno źródeł pierwotnych, jak i wtórnych. Na świecie większość publikacji naukowych na ten temat oparta jest na różnego rodzaju rejestrach medycznych [1]. W Polsce potencjalnym źródłem danych dotyczących epidemiologii chorób reumatycznych mogą być: ewidencja leczenia biologicznego, rejestr dotyczący młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS)*, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH). Dwa pierwsze rejestry dotyczą jedynie pacjentów leczonych lekami biologicznymi, a więc wyselekcjonowanej w określonym celu i specyficznej grupy chorych. Trzeci z rejestrów ma charakter rozliczeniowy, a jego wykorzystanie do celów epidemiologicznych jest możliwe, ale ma istotne ograniczenia. Czwarte z wymienionych źródeł – dane NIZP-PZH – obejmuje jedynie dane dotyczące hospitalizacji.

* Realizowany w ramach projektu „Długoterminowa ocena bezpieczeństwa i skuteczności leczenia młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów”.

2.1

Źródła pierwotne – wyniki polskich badań na temat epidemiologii chorób reumatycznych

Polska należy do krajów objętych różnego rodzaju badaniami realizowanymi w ramach statystyki europejskiej. Przykładem może być European Health Interview Survey (EHIS), w którym poruszana jest kwestia chorób narządu ruchu, w tym również chorób reumatycznych. Główny Urząd Statystyczny (GUS) w 2009 roku przeprowadził kolejną edycję wspomnianego badania. Z danych opublikowanych w raporcie GUS pt. „Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 roku” wynika, iż 8% dorosłej populacji (w wieku 15 lat i powyżej) deklaruje, iż obecnie choruje na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), a kolejne 0,8% badanych chorowało w przeszłości*. Dodatkowo 11,3% badanych osób zgłosiło, że obecnie ma zapalenie kości i stawów, a 0,8% miało je w przeszłości [2]. Dane te stoją w całkowitej sprzeczności z dotychczasową wiedzą na temat epidemiologii zapalnych chorób reumatycznych – są istotnie zawyżone. Należy przypuszczać, iż źródłem błędu jest przyjęta metoda – badanie kwestionariuszowe oparte na deklaracjach respondentów. Tego samego rodzaju

problemy metodologiczne dotyczą również innych badań tego typu. W publikacji „Nasze Zdrowie, Nasze Dolegliwości” – raport z badań dotyczących rozpowszechnienia chorób reumatycznych w Polsce, opartej na wynikach badań przeprowadzonych w latach 2001–2002, bóle reumatyczne o różnym nasileniu stwierdzono u 61,2% badanych (osoby dorosłe w wieku 18 lat i więcej). Rozpoznaną przez lekarza chorobę zwyrodnieniową stawów zadeklarowało 16,8% badanych mężczyzn i 24,8% kobiet. Reumatoidalne zapalenie stawów podało 2,7% mężczyzn i 5,4% kobiet, natomiast zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) odpowiednio 2% i 2,6%. Osteoporoza dotyczyła 1,3% mężczyzn i 5,2% kobiet [3].

Z uwagi na wspomniane powyżej problemy metodologiczne wynikające z deklaracyjnego charakteru gromadzonych informacji, dostępne dane nie mogą stanowić podstawy do wnioskowania na temat epidemiologii chorób reumatycznych w Polsce.

* Należy zauważyć, że RZS należy do grupy chorób przewlekłych, w których możliwe jest jedynie uzyskanie stanu remisji.

2.2

Źródła wtórne – rejestry NIZP-PZH oraz NFZ

Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

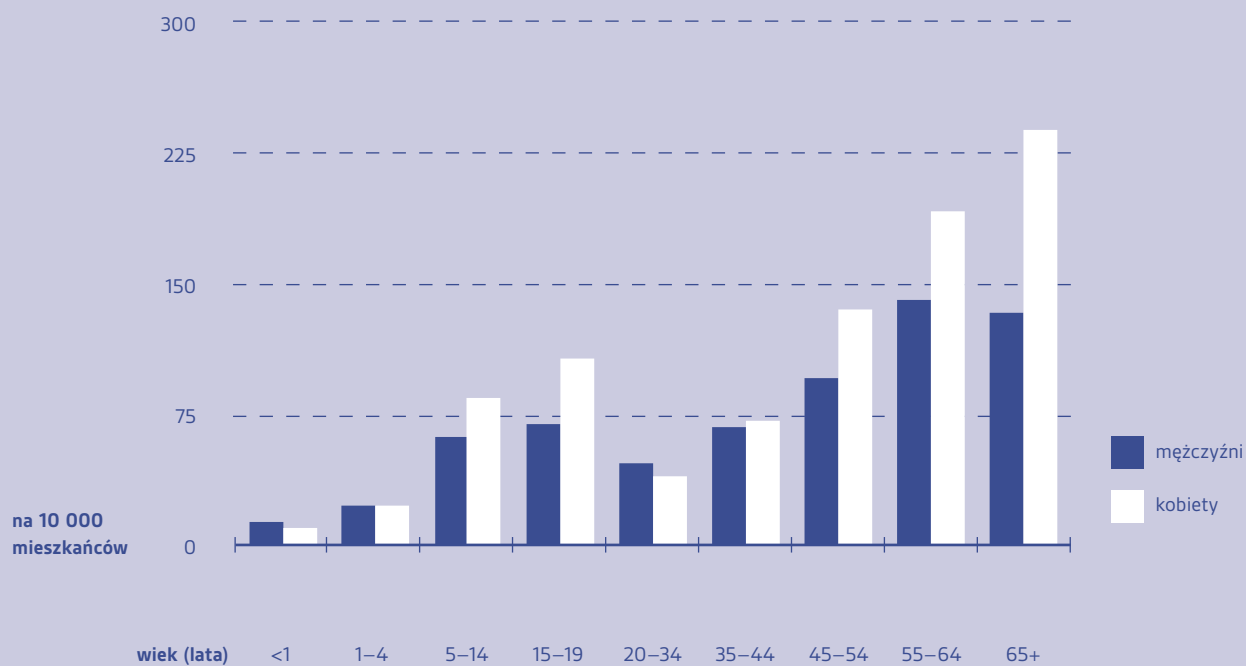
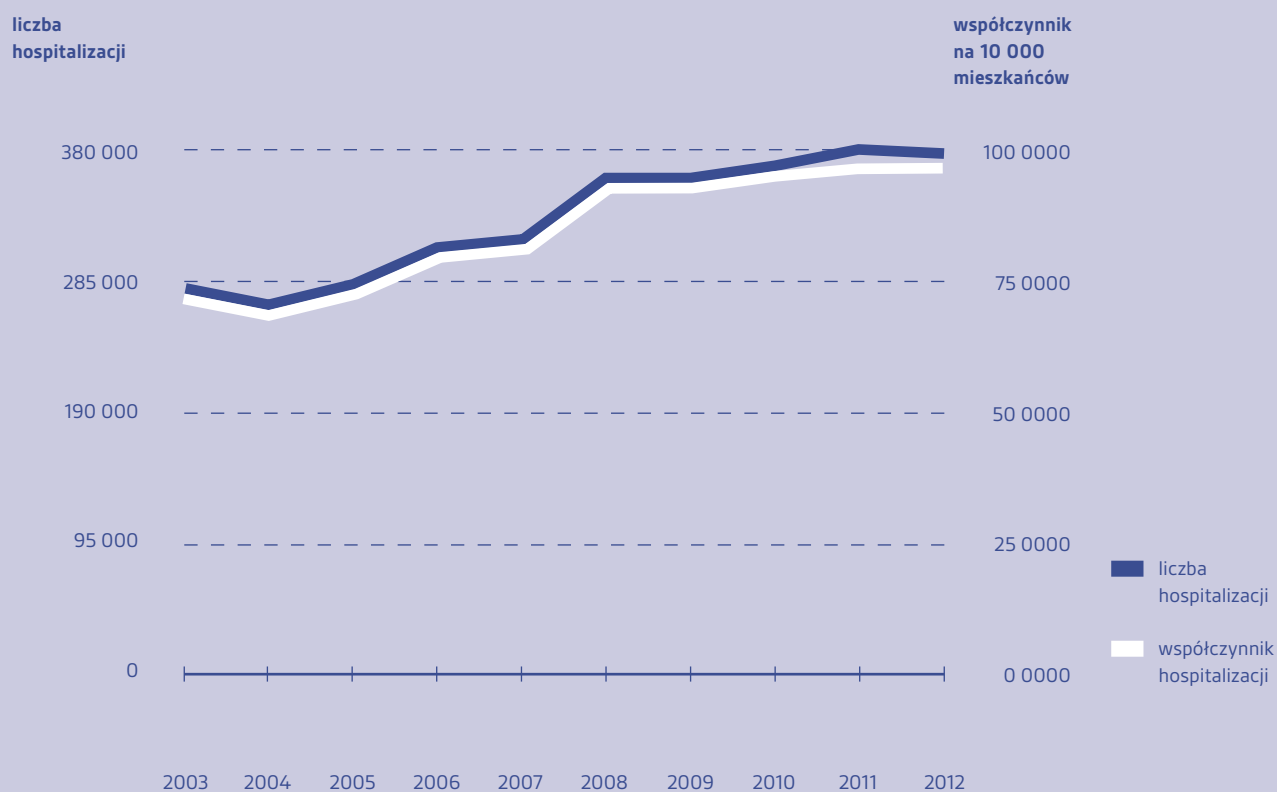
Jednym z podstawowych źródeł informacji na temat hospitalizacji w Polsce są dane zbierane przez NIZP-PZH w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej. Od 2000 roku badanie obejmuje wszystkich pacjentów leczonych w szpitalach. Uwzględnione są również przypadki wielokrotnych hospitalizacji tych samych osób [4]. W systemach NIZP-PZH w 2012 roku zarejestrowano łącznie 7 344 329 hospitalizacji. Współczynnik hospitalizacji na 10 000 mieszkańców wyniósł 1905,9. Hospitalizacji, których główną przyczyną były choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (ICD10: M00–M99), w 2012 roku zarejestrowano 374 465, czyli 5,1% ogółu podanych danych. W latach 2003–2012 roczna liczba hospitalizacji w grupie rozpoznań M00–M99 zwiększyła się o ponad 100 tysięcy (z poziomu 274 000 do 374 000), czyli o ponad 36% (rycina 2.1). W tym samym czasie współczynnik hospitalizacji w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców zwiększył się z 71,9 do 97,2 [5].

Rycina 2.1
Hospitalizacje z powodu
chorób układu kostno-
mięśniowego oraz tkan-
ki łącznej (M00–M99)
w latach 2003–2012

Źródło: Opracowanie
własne na podstawie
danych NIZP-PZH.

Rycina 2.2
Współczynnik hospita-
lizacji z powodu chorób
układu kostno-mięśni-
owego i tkanki łącznej
(M00–M99) w 2012 roku

Źródło: Opracowanie
własne na podstawie
danych NIZP-PZH.



KOD ICD 10	OPIS	WIEK (LATA)									
		OGÓŁEM	<1	1–4	5–14	15–19	20–34	35–44	45–54	55–64	65+
M00 – M99	choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej	374 465	350	3262	26 328	19 364	36 892	35 154	58 408	89 415	105 292
M16	choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego	30 587	–	2	8	55	630	1128	3111	8802	16 851
M17	choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego	28 346	–	–	6	31	315	700	2988	9058	15 248
M23	wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego	30 336	2	8	397	3153	9796	5827	4933	4455	1765
M00 – M15 M18 – M22 M24 – M25	artropatie	84 358	66	1752	7386	5163	6605	6221	12 436	20 826	23 903
M30 – M36	układowe choroby tkanki łącznej	17 446	31	254	892	1060	2898	2235	3187	3660	3229
M40 – M49	zniszczałające choroby grzbietu, choroby kręgosłupa	56 149	110	349	12 803	5825	2773	3582	6806	10 653	13 248
M50, M51	choroby kręgow szyjnych, inne choroby krążka międzykręgowego	43 574	–	2	63	262	4705	7318	11 366	12 168	7690
M54	bóle grzbietu	18 227	–	27	257	565	2128	2367	3681	4622	4580
M60 – M79	choroby tkanek miękkich	35 105	87	637	2092	1845	4587	3948	6832	8685	6392
M53, M80 – M99	inne choroby grzbietu, inne choroby tkanki kostnej i chrzęstnej, inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej	30 959	54	252	2808	1599	2456	1833	3078	6490	12 389

Dane na temat hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej były wyraźnie zróżnicowane pod względem płci. W 2012 roku zanotowano 145 000 hospitalizacji tego rodzaju wśród mężczyzn (77,6 w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców) oraz 230 000 wśród kobiet (115,6 na 10 000 mieszkańców). Spośród ogółu 374 000 hospitalizowanych osób (ICD10: M00–M99) ponad dwie trzecie stanowili pacjenci w wieku 45 lat i powyżej (16% 45–54 lata; 24% 55–64 lata; 28% 65 lat i powyżej). Współczynniki w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców, z uwzględnieniem podziału na grupy wieku i płci, zostały przedstawione na rycinie 2.2. Zgodnie z wcześniej zaprezentowanymi danymi najwyższe współczynniki hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej występują w grupie osób powyżej 45. roku życia. Uwagę zwracają jednak relatywnie wysokie współczynniki w grupie 5–14 oraz 14–19 lat, które wyróżniają się na tle sąsiadujących grup.

Szczegółowe dane dotyczące hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej zostały przedstawione w tabeli 2.1. Średni czas hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (M00–M99) w 2012 roku wyniósł 8,3 dnia [6].

Tabela 2.1
Liczba hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (M00–M99) w 2012 roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP-PZH.

Dane Narodowego Funduszu Zdrowia

Dostęp do danych Narodowego Funduszu Zdrowia jest ograniczony i dlatego możliwe jest jedynie odniesienie się do informacji zaprezentowanych w źródłach pośrednich. Poprzednio przedstawione dane NIZP-PZH dotyczyły w większości całej grupy ICD-10 M00–M99, czyli chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej. Prezentowane poniżej informacje z NFZ dotyczą jedynie konkretnych jednostek chorobowych.

Zespół dane-i-analizy.pl w raporcie pt. „Przewlekłe choroby zapalne – wpływ na jakość życia i skutki ekonomiczne chorowania” przedstawił szacunki oparte na danych NFZ z lat 2008–2010 dotyczące reumatoidalnego zapalenia stawów (M05, M06). Prezentowane dane zostały opracowane na podstawie próby 500 000 pacjentów NFZ, którą następnie dopasowano do struktury pełnej populacji. W 2008 roku z powodu RZS* było leczonych blisko 125 000 osób, w 2009 roku 165 000, a w 2010 roku 162 000. Na podstawie tych danych określono chorobowość w tej jednostce chorobowej na poziomie 0,3–0,4%. Dane NFZ wskazują na istotnie wyższą chorobowość wśród kobiet, co jest zgodne z wiedzą

na temat etiologii RZS. Autorzy raportu określili chorobowość w 2010 roku na 0,79% w grupie kobiet i 0,24% w grupie mężczyzn. Chorobowość w RZS była bardzo zróżnicowana z uwagi na wiek (rycina 2.3). Najwyższe wskaźniki zaobserwowano w grupie chorych w wieku 60–64 lata (1,11%) [7].

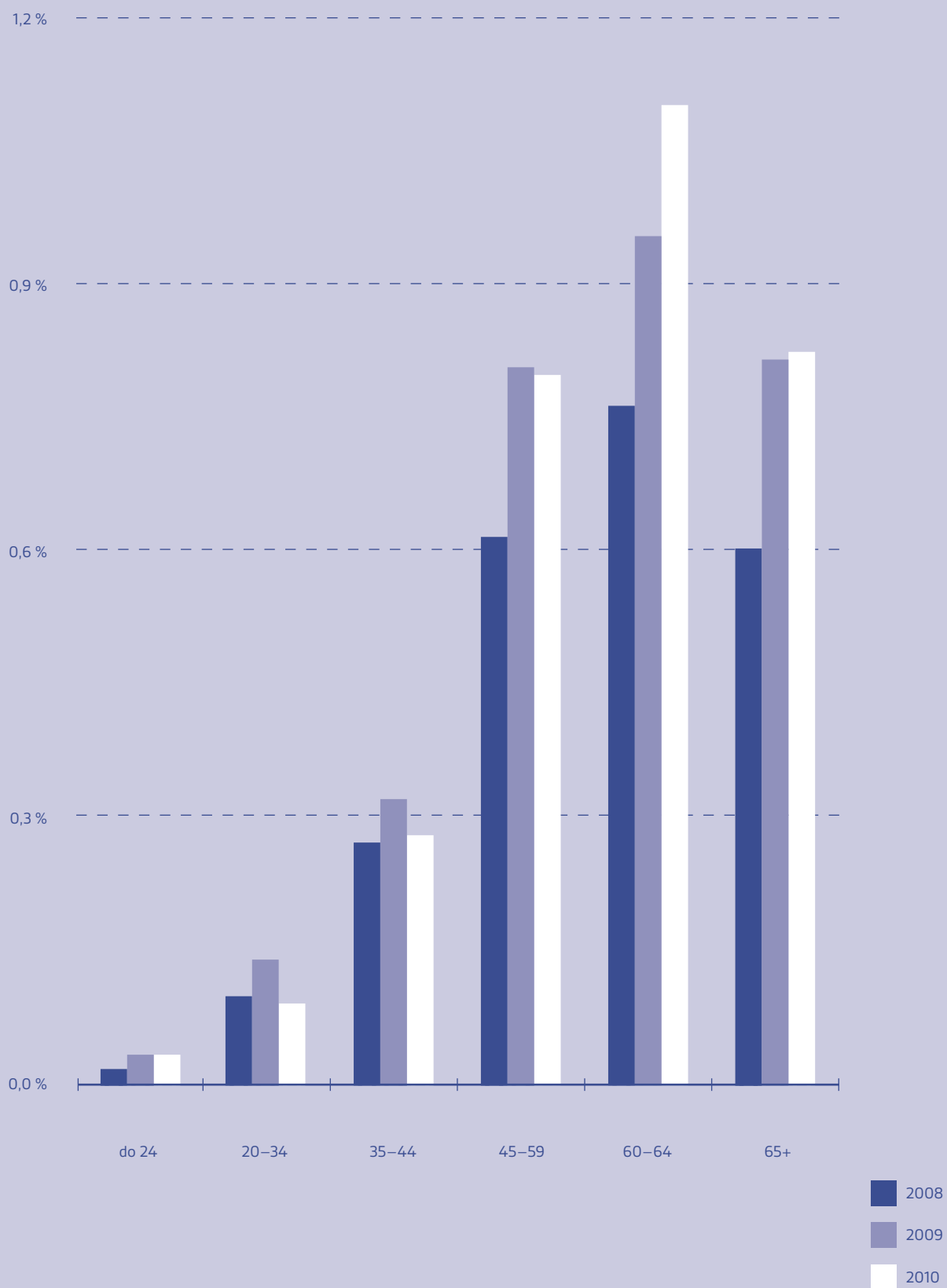
W tym samym raporcie określono również chorobowość z powodu młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (M08). W 2010 roku leczono z powodu MIZS około 6400 osób, co przełożyło się na chorobowość na poziomie 0,05% w populacji poniżej ≤ 24. roku życia.

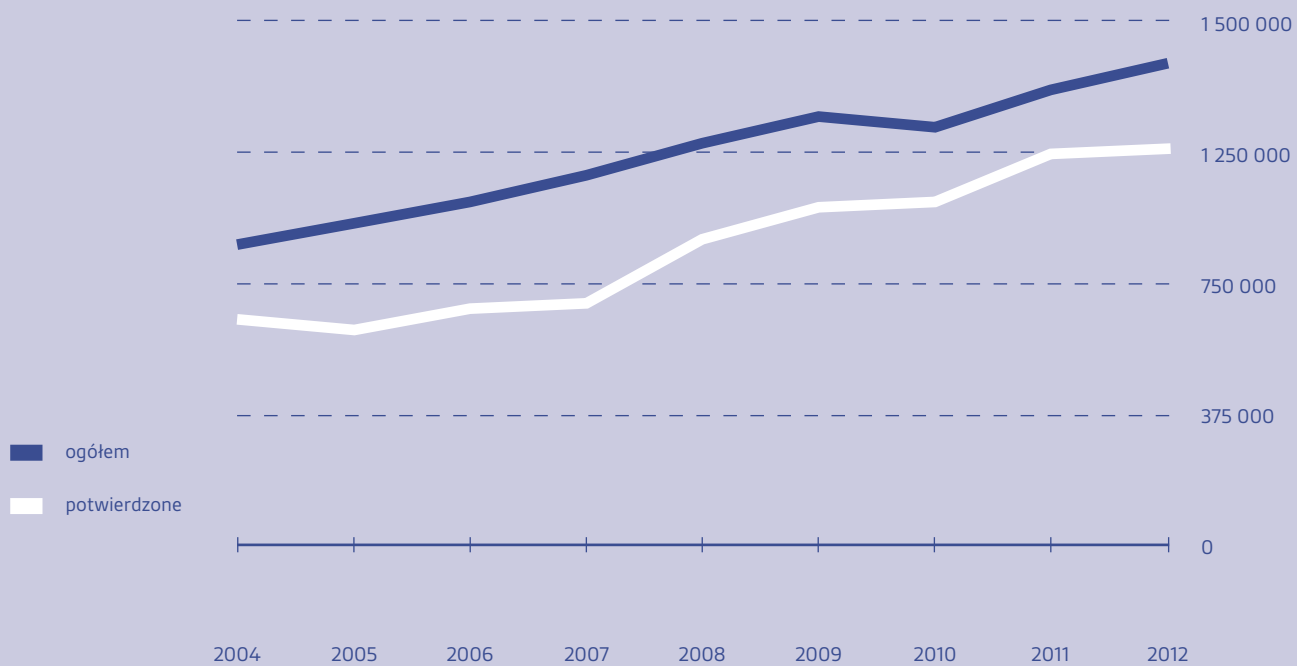
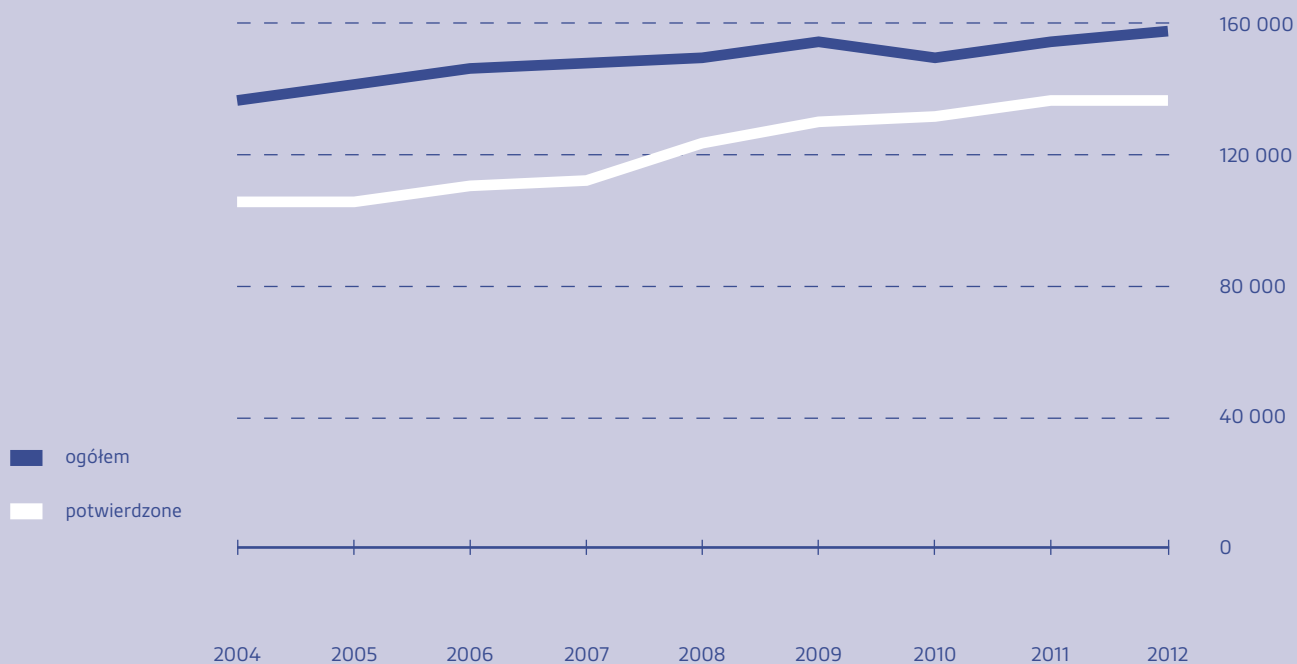
Raport dane-i-analizy.pl obejmował również wybrane spondyloartropatie. Z powodu ZZSK (M45) w 2010 roku leczonych było 24 000 osób, co przełożyło się na chorobowość na poziomie 0,06% w skali całej populacji. Najwyższe wskaźniki chorobowości zanotowano w grupie chorych w wieku 45–59 lat (0,13%) i 60–64 lata (0,12%). W tym samym roku z powodu łuszczykowego zapalenia stawów (ŁZS) (L40.5) leczono 3900 osób. Wskaźnik chorobowości wyniósł 0,01% dla całej populacji. Najwyższy poziom osiągnął w grupie chorych w wieku 45–59 lat (0,03%) [7].

Rycina 2.3
Chorobowość na RZS w poszczególnych grupach wieku na podstawie danych NFZ z lat 2008–2010

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z raportu „Przewlekłe choroby zapalne – wpływ na jakość życia i skutki ekonomiczne chorowania”, Kraków 2014, dane-i-analizy.pl.

* Jako osobę leczoną na RZS uznano taką osobę, która co najmniej raz otrzymała świadczenie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub była hospitalizowana, a jako przyczynę świadczenia wskazano kod ICD10 M05–M06.





Rycina 2.4
Liczba osób leczonych
w ramach NFZ z powodu
RZS (M05, M06) w la-
tach 2004–2012

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z prezentacji A. Śliwczyńskiego pt. „Epidemiologia zapalnych chorób stawów w Polsce” przedstawionej na 32. Konferencji Ordynatorów i Kierowników Poradni Reumatologicznych, Warszawa, 23–24 maja 2013 roku.

Informacje na temat świadczeń finansowanych z budżetu NFZ z zakresu reumatologii zostały przedstawione także w czasie 32. Konferencji Ordynatorów i Kierowników Poradni Reumatologicznych. Z danych NFZ z lat 2004–2012 wynika, że rocznie w Polsce leczonych z powodu RZS (M05, M06) było 135 000–157 000 osób. Jako przypadki potwierdzone* uznano od 105 000 (w 2004 roku) do 137 000 (w 2012 roku) [8]. Mimo pewnych fluktuacji, w analizowanym okresie nastąpił systematyczny wzrost liczby leczonych osób z powodu tego schorzenia. Szczegółowe dane są przedstawione na rycinie 2.4.

W tym samym wystąpieniu [8] przedstawiono również dane dotyczące innych wybranych chorób reumatycznych. W 2012 roku NFZ sfinansował leczenie:

- blisko 8200 osób (6700 potwierdzonych) z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów (M08, M09)
- 20 600 osób (14 100 potwierdzonych) z łuszczycowym zapaleniem stawów (L40.5, M07**)
- 85 500 osób (47 700 potwierdzonych) z innymi zapaleniami stawów (M13, M14)
- 47 100 osób (30 700 potwierdzonych) z układowymi chorobami tkanki łącznej (M30–M36)
- 31 500 osób (19 100 potwierdzonych) z chorobami kręgosłupa (M45, M46, M49)

Największą grupę wśród pacjentów reumatologicznych stanowiły osoby leczone z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów (M15–M19). W 2012 roku NFZ wykazał ponad 1,4 mln takich pacjentów (z czego 1,2 mln było potwierdzonych) [8]. Jest to wyraźnie więcej niż w latach poprzednich. Szczegółowe dane są przedstawione na rycinie 2.5.

Rycina 2.5
Liczba osób leczonych
w ramach NFZ z powodu
choroby zwyrodnieniowej
stawów (M15–M19)
w latach 2004–2012

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z prezentacji A. Śliwczyńskiego pt. „Epidemiologia zapalnych chorób stawów w Polsce” przedstawionej na 32. Konferencji Ordynatorów i Kierowników Poradni Reumatologicznych, Warszawa, 23–24 maja 2013 roku.

* Za przypadki potwierdzone uznano te, w których zarejestrowano więcej niż jedno świadczenie z powodu RZS.

** Wcześniejsze dane obejmowały jedynie łuszczycowe zapalenie stawów sklasyfikowane wg ICD-10 jako L40.5. Nie uwzględniono grupy M07.

2.3

Epidemiologia wybranych chorób reumatycznych na świecie

Z uwagi na ograniczony dostęp do danych epidemiologicznych dotyczących chorób reumatycznych w Polsce podstawą wnioskowania na temat ich występowania są statystyki międzynarodowe publikowane w literaturze naukowej. Takie podejście ma jednak istotne ograniczenia. Po pierwsze, mogą istnieć różnice w częstości występowania chorób reumatycznych nawet w sąsiadujących ze sobą krajach. Po drugie, każde badanie obarczone jest pewnym błędem pomiaru. Z tego względu pewniejszy charakter mają dane pochodzące z metaanaliz, jednak w tym przypadku mogą one prowadzić do zniwelowania faktycznie istniejących różnic między poszczególnymi krajami czy regionami. Poniżej zostały przedstawione informacje na temat wybranych chorób reumatycznych zaczerpnięte z literatury światowej. Z uwagi na fakt, że w grupie chorób stawów o podłożu zapalnym RZS charakteryzuje się najwyższą chorobowością oraz kosztami całkowitymi, poświęcono mu największą uwagę.

Reumatoidalne zapalenie stawów (ang. rheumatoid arthritis)

Jak zostało wcześniej przedstawione, istnieje regionalne zróżnicowanie występowania RZS. Dotychczasowe szacunki wskazują na częstość występowania w krajach wysoko rozwiniętych na poziomie od 0,5 do 1,0% [9]. Nie ma jednak bezpośrednich

danych dla Polski. W publikacji, która ukazała się w *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* w 2010 roku, przedstawiono informacje dotyczące między innymi 14 państw europejskich, zaczerpnięte z dostępnych artykułów naukowych [10]. Dane te jednak okazały się rozbieżne i oscylują od wartości bliskiej zeru aż do 5%*. Większość publikacji prezentuje jednak wartości z zakresu 0,2–1,5% w zależności od specyfiki danej grupy. Jura-Półtorak i Olczyk szacują, że częstość występowania RZS w populacji Polskiej wynosi około 1% dorosłej populacji. Według autorek 400 000 osób w Polsce jest zagrożonych niepełnosprawnością lub inwalidztwem z powodu tego schorzenia [11]. Szacunki te wydają się jednak zawyżone. Nawet jeśli przyjmiemy chorobowość na poziomie 1% dorosłej populacji (15 lat i powyżej), to w sumie uzyska się 330 000 chorych na RZS.

W jednym z ostatnich doniesień naukowych opublikowanym przez Cross i wsp. „The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study”, które ukazało się w wersji on-line w 2014 roku w *Annals of the Rheumatic Diseases* przedstawiono wyniki metaanalizy z wykorzystaniem narzędzia DisMod-MR. Narzędzie to umożliwia szacowanie wyników dla poszczególnych krajów i regionów, nawet w przypadku bardzo ograniczonego dostępu do danych. W finalnej analizie częstości występowania RZS wy-

* Istnieją doniesienia naukowe dotyczące populacji zamieszkującej Federację Rosyjską, które wskazują na częstość występowania RZS sięgającą nawet 10,5%.

korzystano informacje z 56 publikacji opisujących dane epidemiologiczne z 40 krajów. Określono, iż globalna częstość występowania RZS (dla grupy osób w wieku 5–100 lat) wynosi 0,24% (95%CI; 0,23–0,25%). W grupie kobiet wskaźnik ten jest prawie 3-krotnie większy w porównaniu z grupą mężczyzn i wynosi 0,35% (0,34–0,37%). Dla porównania u mężczyzn było to 0,13% (0,12–0,13%). Cross i wsp. oszacowali, że częstość występowania RZS w Europie Wschodniej to 0,14% (0,08–0,22%) u mężczyzn, a u kobiet 0,38% (0,24–0,57%). Dla Europy Centralnej było to odpowiednio 0,15% (0,11–0,19%) dla mężczyzn i 0,41% (0,31–0,52%) dla kobiet, a w Europie Zachodniej 0,24% (0,21–0,28%) dla mężczyzn i 0,63% (0,55–0,75%) dla kobiet [12]. Bazując na wartościach dla Europy Centralnej, można ocenić, że w Polsce powinno być 19 000–33 000 mężczyzn i 59 000–98 000 kobiet chorych na RZS w wieku od 5 lat i powyżej*. Średnio daje to liczbę około 100 000 osób chorych na RZS. Szacunki te w świetle danych NFZ i innych publikacji wydają się nieco zaniżone. Z tego względu można przypuszczać, że w odniesieniu do Polski adekwatniejsze są wskaźniki obliczone dla Europy Zachodniej. Przy takim założeniu w naszym kraju powinno być około 160 000 chorych na RZS. Należy jednak zauważyć, że z uwagi na brak danych z badań epidemiologicznych dotyczących częstości występowania RZS w Polsce, nie jest możliwe jednoznaczne rozstrzygnięcie, które z podanych wartości są wiarygodniejsze.

Podobnie jak w przypadku chorobowości, dane dotyczące wskaźników zapadalności oraz umieralności w przypadku RZS nie są spójne. W Ameryce Północnej oraz w krajach Europy Północnej szacuje się, że zapadalność wynosi od 20 do 50 nowych przypadków na 100 000 mieszkańców. Wskaźniki dla Europy Południowej są nieco niższe [10]. Zgodnie z przedstawionymi wcześniej informacjami na temat chorobowości, zapadalność zwiększa się wraz z wiekiem [9]. W przypadku analizy umieralności z powodu RZS poważny problem stanowi określenie, czy dany przypadek zgonu jest

bezpośrednio związany z tą chorobą, czy nie jest. Wynika to z faktu występowania wielu chorób współistniejących, które są powiązane z reumatoidalnym zapaleniem stawów, a jednocześnie są częstą przyczyną zgonów (np. choroby układu sercowo-naczyniowego). Przypuszcza się, że część zgonów z powodu RZS jest właśnie przypisywana innemu czynnikowi. Pomimo tych ograniczeń, dostępne są szacunkowe dane dotyczące umieralności. W 2010 roku standaryzowany względem wieku współczynnik umieralności dla populacji światowej wyniósł około 0,8 na 100 000 mieszkańców i był o blisko 10% niższy niż w 1990 roku [12].

Spondyloartropatie – ZZSK, ŁZS

Największą zapadalność w przypadku zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa obserwuje się w trzeciej dekadzie życia. Choroba częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet (stosunek liczby kobiet do mężczyzn to 2:1). Zwykle chorobowość określa się na 0,1–1,4% w skali całego świata [13], chociaż spotyka się również znacznie niższe dane (0,036–0,10%) [14]. Na podstawie przeprowadzonego przeglądu systematycznego literatury Dean i wsp. określili, że chorobowość w przypadku ZZSK wynosi w Europie 23,8** na 10 000 mieszkańców (czyli ok. 0,24%) [13]. Podobnie jak w przypadku innych chorób reumatycznych o podłożu zapalnym, kluczowy wpływ na ryzyko zachorowania przypisuje się czynnikom genetycznym [15], o czym wspomniano w rozdziale dotyczącym etiologii chorób reumatycznych.

Szacunki dotyczące częstości występowania łuszczycowego zapalenia stawów w populacji są różne, ale przeważnie wynoszą od 0,1 do 0,25%. Wśród pacjentów z łuszczycą ten odsetek jest znacznie wyższy i wynosi od 6 do 11% w zależności od badania [16]. W raporcie dane-i-analzy.pl podano, że w 2010 roku chorobowość na łuszczycowe zapalenie stawów w Polsce kształtowała się na poziomie 0,01%. Rocznie z powodu ŁZS w Polsce jest leczonych ok. 4000 osób [7].

* Wskaźniki podane w artykule Cross M. i wsp. były standaryzowane względem wieku. Do oszacowania liczby chorych na RZS wykorzystano oficjalne dane GUS opisujące populację w Polsce. Osób płci męskiej w wieku > 5 lat jest 17,6 mln, a płci żeńskiej – 18,8 mln [27].

** Po przeważeniu ze względu na wielkość zbadanej grupy otrzymano nieco niższą wartość wynoszącą 18,6 na 10 000 mieszkańców.

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów

Częstość występowania młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (ang. juvenile idiopathic arthritis) jest zróżnicowana regionalnie. Z dostępnych publikacji wynika, że wynosi ona od 7 do 401 na 100 000 dzieci (czyli od 0,007 do 0,4%) [17]. Wyniki poszczególnych badań przeprowadzonych nawet w obrębie tego samego państwa potrafią się istotnie różnić między sobą, co tłumaczy tak dużą rozpiętość wyników. Opierając się na retrospektywnym badaniu przeprowadzonym w Minnesocie (na podstawie wytycznych EULAR), określono częstość występowania MIZS u osób rasy kaukaskiej na około 0,01% (wśród dzieci). Z kolei w badaniu przeprowadzonym w Czechach w latach 2002–2003 uzyskano wskaźnik chorobowości wśród dzieci na poziomie 0,14% [18].

Choroba zwyrodnieniowa stawów

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS – ICD10: M15–M19; ang. osteoarthritis) to grupa nakładających się różnych schorzeń, które – mimo różnic etiologicznych – prowadzą do podobnych następstw zdrowotnych [19].

W odróżnieniu od przedstawionych powyżej jednostek chorobowych (RZS, ŁZS, ZZZSK, MIZS), ChZS nie ma podłoża zapalnego. To najczęściej występujące schorzenie wśród chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej. Jej występowanie jest silnie związane z wiekiem. Szacuje się, że w skali całego życia ryzyko choroby zwyrodnieniowej, np. stawu kolanowego, wynosi prawie 45% [14]. Radiologiczne zmiany w stawach spowodowane ChZS występują u ponad połowy osób w wieku 65 lat i powyżej oraz u ponad 80% osób w wieku powyżej 75. roku życia [20].

Toczeń rumieniowaty układowy

Przyjmuje się, że w populacji ogólnej na toczeń rumieniowaty układowy (TRU; ang. systemic lupus erythematosus) choruje 1 na 2000 osób [21]. Należy jednak mieć na uwadze, że wartości te mogą być niedoszacowanie z uwagi na trudności w rozpoznaniu tej choroby. Bardziej prawdopodob-

ne są dane wskazujące na częstość występowania TRU w ogólnej populacji wynoszącą 1 przypadek chorobowy na 500–1000 osób [21]. Częstość występowania choroby jest kilkakrotnie większa u osób rasy czarnej. W Europie Północnej chorobowość jest oceniana na 40 przypadków na 100 000 osób, natomiast w przypadku osób rasy czarnej na ponad 200 osób na 100 000. Rocznie częstość rozpoznania TRU wśród kobiet rasy kaukaskiej wynosi 3,5 na 100 000 osób, natomiast wśród kobiet rasy czarnej odpowiednio 9,2 na 100 000 [21; 22].

Na świecie najczęściej na TRU chorują kobiety, które stanowią 80–90% chorych na TRU [21]. Szczyt zachorowań na TRU przypada w stosunkowo młodym wieku: 20–40 lat (średnio 29 lat) [21; 23].

Dane szacunkowe wskazują, że w Stanach Zjednoczonych liczba chorych na TRU przekracza 250 000 osób [21]. Wyniki badań wielośrodkowych przeprowadzonych w Bostonie wskazują, że częstość występowania TRU wynosi 143,7 na 100 000 mieszkańców i jest 6-krotnie częstsza u kobiet [24].

Tendencję wzrostową częstości zachorowań na TRU obserwuje się w Europie i Australii, natomiast spadkową – w Japonii. W Europie najwyższą chorobowość zaobserwowano w Hiszpanii, Islandii oraz Szwecji [21]. Badania epidemiologiczne wskazują, że częstość występowania TRU w Wielkiej Brytanii wynosi w populacji białej, azjatyckiej oraz afroamerykańskiej odpowiednio: 3, 10 i 21,9 na 100 000 mieszkańców na rok. W Hiszpanii – 2,2 (w populacji białej), w Szwecji – 4,7, a w Australii – 11 (wśród Aborygenów) [25].

W Polsce brakuje dokładnych danych dotyczących zachorowalności na TRU. Szacuje się, że częstość występowania TRU jest podobna do podawanej w Europie Północnej (ok. 20 000 rozpoznań). Z danych NFZ wynika, że w Polsce w 2008 roku z rozpoznaniem TRU było hospitalizowanych ok. 4000 chorych. Należy wziąć pod uwagę, że hospitalizowani są tylko najciężej chorzy; natomiast pozostali pacjenci są leczeni ambulatoryjnie [21]. W Słowacji zapadalność na TRU wynosi 3,27 na 100 000 osób rocznie, a częstość występowania – 26,18 na 100 000 osób. Średni czas od wystąpienia pierwszych objawów do ostatecznej diagnozy wynosi 10,5 miesiąca [26].

Podsumowanie

Kluczowy problem w dyskusji na temat epidemiologii chorób reumatycznych w Polsce stanowi brak wiarygodnych danych dotyczących tego zagadnienia. Opieranie się na informacjach z innych krajów (nierzadko również obarczonych różnego rodzaju ograniczeniami) lub danych zbieranych w innym celu (np. rozliczeniowym) często prowadzi do odmiennych wniosków i braku konsensusu. Z punktu widzenia celu niniejszego raportu optymalnym rozwiązaniem wydaje się oparcie na danych pochodzących z Narodowego Funduszu Zdrowia, chociaż należy pamiętać, że mają one istotne ograniczenia. Jest to jednak najlepsze przybliżenie sytuacji epidemiologicznej dotyczącej chorób reumatycznych, jakim obecnie dysponujemy.

Bibliografia

1. **Raciborski F, Nyczaj K, Głuszko P, i wsp.** Rejestry medyczne w reumatologii: czy w Polsce potrzebny jest rejestr reumatologiczny? *Reumatologia* 2012; 50: 416–424.
2. **Koehe N, Lednicki B, Piekarzewska M, i wsp.** Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 roku. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, 2011.
3. **Moskalewicz B, Wojtyniak B, Goryński P, i wsp.** Nasze zdrowie, nasze dolegliwości – raport z badań dotyczących rozpowszechnienia chorób reumatycznych w Polsce. Warszawa: Instytut Reumatologii i Narodowy Instytut Zdrowia. [Zacytowano: 15.04.2014] http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/raport/Raport.pdf.
4. **Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B.** Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2012.
5. **Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.** Tabele wyników badań Chorobowości Szpitalnej Ogólnej. [On-line] [Zacytowano: 15.04.2014] <http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/TabelaEurostat2012szac.htm>.
6. **Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.** Chorobowość szpitalna – średnia długość pobytu w dniach. [On-line] [Zacytowano: 19.04.2014] <http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/Tabela52012.htm>.
7. **Łaszewska A, Laskowska B, Natkaniec M, i wsp.** Przewlekłe choroby zapalne – naturalna historia choroby, epidemiologia, uwarunkowania ekonomiczne. dane-i-analzy.pl Sp. z o.o. Kraków 2014.
8. **Śliwczyński A.** Epidemiologia zapalnych chorób stawów w Polsce. 32. Konferencja Ordynatorów i Kierowników Poradni Reumatologicznych (23–24 maja 2013), Warszawa: 2013. materiały zjazdowe.
9. **Scott DL, Wolfe F, Huizinga TWJ.** Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2010; 376: 1094–1108.
10. **Carmona L, Cross M, Williams B, et al.** Rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010; 24: 733–745.
11. **Jura-Półtorak A, Olczyk K.** Aktualne poglądy na etiopatogenezę reumatoidalnego zapalenia stawów. *Ann Acad Med Silles* 2011; 65: 51–57.
12. **Cross M, Smith E, Hoy D, et al.** The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 1323–1330.
13. **Dean LE, Jones GT, Macdonald AG, et al.** Global prevalence of ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)* 2014; 53: 650–657.
14. **Gabriel SE, Michaud K.** Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* 2009; 3: 229. doi: 10.1186/ar2669.
15. **Oliver JE, Silman AJ.** What epidemiology has told us about risk factors and aetiopathogenesis in rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* 2009; 11: 223. doi: 10.1186/ar2585.
16. **Ogdie A, Langan S, Love T, et al.** Prevalence and treatment patterns of psoriatic arthritis in the UK. *Rheumatology* 2013; 52: 568–575.
17. **Helmick CG, Felson DT, Lawrence RC, et al.** Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States. Part I. *Arthritis Rheum* 2008; 58: 15–25.
18. **Hanova P, Pavelka K, Dostal C, et al.** Epidemiology of rheumatoid arthritis, juvenile idiopathic arthritis and gout in two regions of the Czech Republic in a descriptive population-based survey in 2002–2003. *Clin Exp Rheum* 2006; 24: 499–507.
19. **Klimiuk PA, Kuryliszyn-Moskal A.** Choroba zwyrodnieniowa stawów. *Reumatologia* 2012; 50: 162–165.
20. **Arden N, Nevitt MC.** Osteoarthritis: epidemiology. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20: 3–25.
21. **Gryglewicz J, Kosowicz M, Olesińska M, i wsp.** Toczeń rumieniowaty układowy w Polsce. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”, Warszawa 2012.
22. **Ludvigsson JF, Rubio-Tapia A, Chowdhary V, et al.** Increased Risk of Systemic Lupus Erythematosus in 29,000 Patients with Biopsy-verified Celiac Disease. *J Rheumatol* 2012; 39: 1964–1970.
23. **Leszczyński P, Majdan M, Kucharz EJ, i wsp.** Characteristics of Polish patients with systemic lupus erythematosus obtained from the SESAME registry. Activity of the disease, degree of impairment, and availability of social care. *Reumatologia* 2013; 51: 332–341.
24. **Feldman CH, Hiraki LT, Liu J, et al.** Epidemiology and Sociodemographics of Systemic Lupus Erythematosus and Lupus Nephritis among U.S. Adults with Medicaid Coverage, 2000–2004. *Arthritis Rheum* 2013; 65: 753–763.
25. **Jędryka-Góral A.** Znaczenie czynników środowiskowych w etiologii toczenia rumieniowatego układowego. *Reumatologia* 2013; 51: 26–30.
26. **Rovenský J, Lukáč J, Tuchyňová A, et al.** Systemic lupus erythematosus in Slovakia – survey results. *Reumatologia* 2013; 51: 185–188.
27. **Główny Urząd Statystyczny.** Baza: demografia – stan i struktura ludności. [On-line] [Zacytowano: 20.04.2014.] <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx>.

3

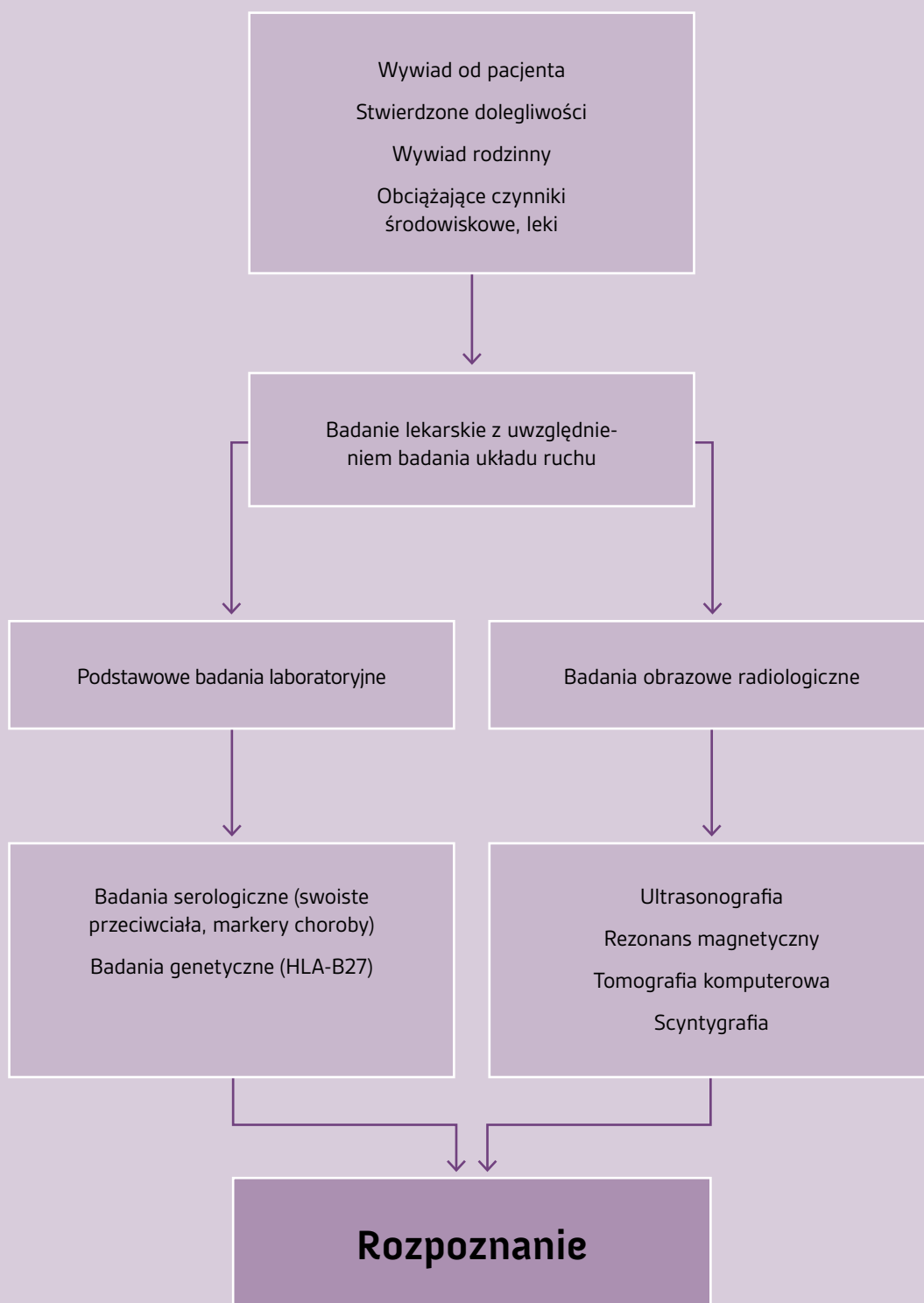
Metody diagnostyczne w chorobach reumatycznych



Ustalenie rozpoznania choroby wymaga analizy objawów, jakie stwierdza się u pacjenta, wniosków z badania pacjenta przez lekarza i z badań dodatkowych wykonanych po ocenie chorego przez lekarza. Ten schemat postępowania jest podstawą diagnostyki wszystkich chorób, w tym chorób reumatycznych. Szczególne znaczenie ma ocena pacjenta przez doświadczonego reumatologa, ponieważ wiele objawów nie jest specyficznych dla konkretnej choroby, a największe znaczenie ma ich powiązanie z informacjami uzyskanymi od pacjenta. Przeprowadzone w dalszej kolejności badania laboratoryjne i obrazowe potwierdzają lub wykluczają wstępną diagnozę. Schemat procesu diagnostycznego jest przedstawiony na rycinie 3.1.

Rycina 3.1
Schemat procesu diagnostycznego w chorobach reumatycznych

Źródło: Opracowanie własne.



3.1

Diagnostyka reumatoidalnego zapalenia stawów

W przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) występują charakterystyczne objawy, takie jak ból oraz symetryczne obrzęki drobnych stawów rąk i stóp z towarzyszącą sztywnością poranną, często wielogodzinną. W badaniach laboratoryjnych najczęściej stwierdza się przyspieszone opadanie krwinek czerwonych (OB) i zwiększone stężenie białka CRP, co świadczy o aktywności zapalnej, ponadto w aktywnych postaciach choroby może się pojawiać niedokrwistość z nadpłytkowością. Serologicznymi markerami RZS są czynnik reumatoidalny (RF) i przeciwciała przeciw cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi (anti-cyclic citrullinated peptide antibodies – ACPA). Standardowo wykonuje się badania radiologiczne porównawcze rąk i stóp (obu równocześnie). Zmiany radiologiczne (nadżerki, geody, osteoporoza przystawowa, deformacje stawów) pojawiają się w czasie trwania choroby i wiążą się z jej agresywnym przebiegiem. Na zdjęciu rentgenowskim zmiany widoczne są wówczas, gdy ubytek tkanki kostnej jest duży, wcześniej może być opisywana zmniejszona gęstość kości (osteoporoza) okolicy chorych stawów, ale jeśli ten objaw występuje jako jedyny, nie jest wystarczający do postawienia

rozpoznania. Badania ultrasonograficzne stawów (USG) oraz rezonans magnetyczny (MRI) pozwalają na wczesne „przedradiologiczne” wykrycie zmian sugerujących początkowy okres RZS, gdy proces zapalny toczy się w tkankach miękkich, w błonie maziowej oraz szpiku. Dzięki badaniom USG i MRI można stwierdzić wysięk w pochewkach ścięgien zginaczy ręki, aktywne zapalenie błony maziowej z jej przerostem, zwiększonym unaczynieniem czy obrzęk szpiku (widoczny w badaniu MRI) jako objawy wczesnego zapalenia. W późniejszych etapach choroby badania USG i MRI mają szczególne znaczenie w przypadku wątpliwości po ocenie radiologicznej czy badaniu fizykalnym. Zapalenie błony maziowej jest 2-krotnie częściej wykrywane w badaniach USG i MRI w porównaniu z badaniem fizykalnym, natomiast zapalenie ścięgien zginaczy ręki jest najsilniejszym predyktorem rozwoju RZS [1; 2]. Znalazło to potwierdzenie w zaleceniach EULAR (The European League Against Rheumatism) z 2013 roku dotyczących diagnostyki obrazowej RZS [3]. Nie ma wątpliwości, że wykonanie badań USG i MRI pozwala na wczesne ustalenie rozpoznania i szybkie rozpoczęcie leczenia RZS.

3.2

Diagnostyka spondyloartropatii

Do spondyloartropatii zaliczamy zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zespół SAPHO*, zapalenie stawów towarzyszące chorobom jelit. W wymienionych jednostkach chorobowych proces zapalny może toczyć się zarówno w tzw. stawach obwodowych, jak i stawach kręgosłupa oraz krzyżowo-biodrowych. Zajęcie stawów kręgosłupa (tzw. spondyloartropatia osiowa) oraz stawów obwodowych (postać obwodowa) może współwystępować u chorego, ale możliwe jest również ich niezależne występowanie (ryc. 3.2 i 3.3).

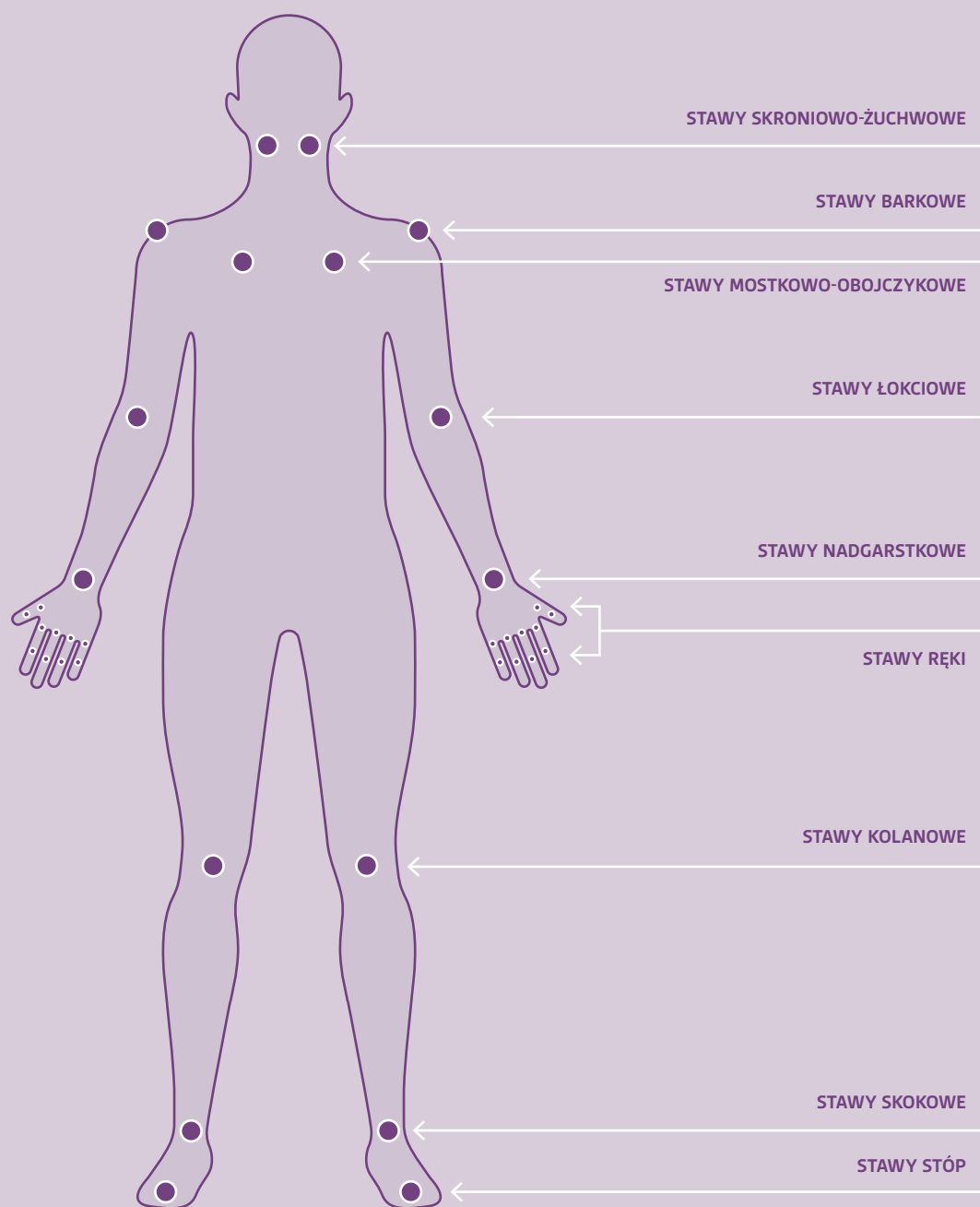
Diagnostyka spondyloartropatii jest oparta na występowaniu typowych dla tej choroby objawów, takich jak: zapalny ból kręgosłupa, niesymetryczne zapalenie stawów, zapalenie przyczepów ścięgniowych, występowanie łuszczycy lub przebiecie zakażenia: układu pokarmowego, oddechowego lub moczowo-płciowego, poprzedzającego wystąpienie zapalenia stawów, ścięgien. Bardzo istotny jest wywiad rodzinny, czyli występowanie w rodzinie chorób zaliczanych do spondyloartropatii i łuszczycy skóry oraz obecności antygenu HLA-B27 u członków rodziny – nie jest to jednak warunek konieczny do postawienia rozpoznania.

Z badań laboratoryjnych wykonywanych w diagnostyce spondyloartropatii istotne są OB, CRP, morfologia, ocena obecności antygenu HLA-B27.

W przypadku przebytej wcześniej infekcji ważna jest ocena przeciwciał dla niektórych antygenów bakteryjnych najczęściej powiązanych z rozwojem reaktywnego zapalenia stawów należącego do spondyloartropatii (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter jejuni*) [4]. Typowymi stawami zajmowanymi przez proces zapalny w przebiegu spondyloartropatii są stawy krzyżowo-biodrowe oraz stawy kręgosłupa z wytworzeniem syndesmotów**. W diagnostyce obrazowej ważne są więc badania RTG stawów krzyżowo-biodrowych oraz kręgosłupa, które – podobnie jak w przypadku RZS – wykazują zmiany po dłuższym czasie trwania choroby. Z tego powodu w aktualnych kryteriach klasyfikacyjnych spondyloartropatii uwzględniono badania MRI w celu wykrycia wczesnych zmian charakterystycznych dla zajęcia stawów krzyżowo-biodrowych przez proces zapalny w przebiegu spondyloartropatii, takich jak: obrzęk szpiku, nierówność szpar stawowych, nadżerki, zapalnie aktywna błona maziowa [5; 6]. Ultrasonografia również ma znaczenie w diagnostyce spondyloartropatii – przede wszystkim w ocenie stawów obwodowych. W wykrywaniu i diagnozowaniu reaktywnego zapalenia stawów poza wymienionymi wcześniej metodami istotne jest oznaczenie obecności przeciwciał przeciwbakteryjnych, najczęściej przeciw *Yersinia*, *Chlamydia*, *Campylobacter* czy *Salmonella* [4].

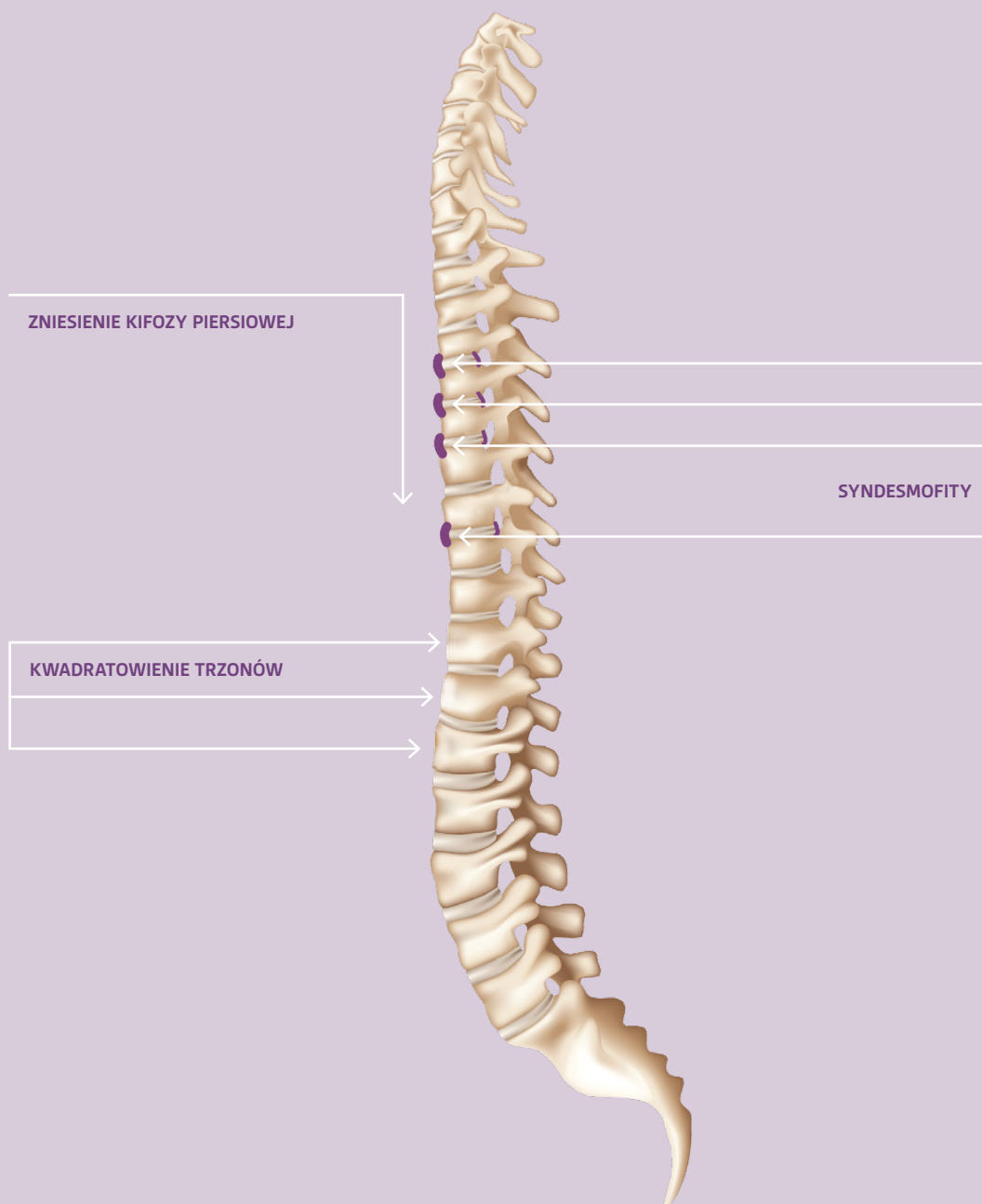
*Choroba reumatyczna, która objawia się jako zapalenie kości i stawów. Towarzyszy krostkowicy dłoni i stóp lub trądzikowi. Nazwa zespołu jest akronimem nazw głównych objawów choroby (synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis, osteitis).

** Mosty kostne łączące sąsiadujące ze sobą kręgi, są wynikiem kostnienia więzadeł podłużnych i pierścieni włókniстых krążków międzykręgowych.



Rycina 3.2
Stawy obwodowe objęte procesem chorobowym w przebiegu spondyloartropatii

Źródło: Kwiatkowska B, Głuszko P, Maślińska M, i wsp. Kiedy do reumatologa? Zalecenia dla lekarzy rodzinnych oraz internistów. Wydawnictwo Instytutu Reumatologii, Warszawa 2011.



Rycina 3.3
Zapalenie stawów krę-
gosłupa

Źródło: Opracowanie
własne.

3.3

Diagnostyka toczenia rumieniowego układowego i innych chorób zapalnych tkanki łącznej

Proces diagnostyczny toczenia rumieniowego układowego i innych chorób zapalnych tkanki łącznej opiera się na: zebraniu danych z wyników od pacjenta, wywiadzie rodzinnym, ocenie podstawowych badań laboratoryjnych oraz ocenie układu oddechowego.

Zebranie danych z wywiadu od pacjenta odnosi się do zmian skórnych i umiejscowionych na błonach śluzowych, nadwrażliwości na światło, bólów stawów, osłabienia mięśni, występowania stanów gorączkowych i podgorączkowych. U kobiet również bardzo istotny jest wywiad położniczy. Ważny jest też wywiad rodzinny w kierunku chorób autoimmunizacyjnych, nie tylko z kręgu chorób reumatycznych, ale również m.in. autoimmunologicznego zapalenia tarczycy, cukrzycy typu 1, bielactwa.

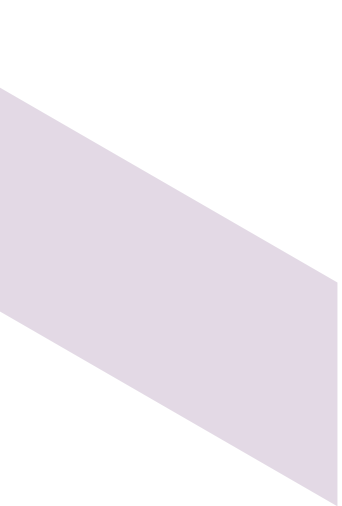
Na ocenę podstawowych badań laboratoryjnych składają się takie badania, jak: morfologia (możliwe różne typy niedokrwistości, małopłytkowość, leukopenia), badania czynności wątroby (AspAT, AlAT,

GGTP), czynności nerek (poziom kreatyniny, badanie ogólne moczu z osadem, klirens kreatyniny). Dodatkowo oznaczana jest aktywność składowych C3, C4 dopełniacza, krioglobulin, bezpośredniego odczynu antyglobulinowego Coombsa oraz występowanie markerów serologicznych, takich jak przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) i autoprzeciwciała selektywnych charakterystycznych dla danej choroby.

Ocena układu oddechowego jest dokonywana na podstawie wyników badań obrazowych (RTG, HRCT) i czynnościowych testów wydolności płuc oraz innych badań obrazowych narządów, np. USG jamy brzusznej (ewentualnie badanie CT i ocena radiologiczna stawów). W diagnostyce zajęcia mięśni konieczne jest wykonanie badania elektromiograficznego, biopsji mięśnia, a w przypadku nacieków zapalnych w śliniankach – ocena histopatologiczna materiału pobranego drogą biopsji gruczołów ślinowych mniejszych. Aby ustalić rozpoznanie, mogą być konieczne konsultacje okulistyczna i neurologiczna.

Podsumowanie

Jak przedstawiono powyżej, diagnostyka chorób reumatycznych jest złożona i wymaga przede wszystkim wiedzy i doświadczenia lekarza. Obecnie dostępne narzędzia diagnostyczne (nowe testy laboratoryjne, badania obrazowe – ultrasonografia, rezonans magnetyczny czy tomografia komputerowa) pozwalają wcześniej i pewniej rozpoznać oraz zróżnicować wiele chorób autoimmunologicznych i zapalnych zajmujących układ kostno-stawowy. Aby postawić pewne rozpoznanie, nie można zrezygnować z przeprowadzenia właściwej diagnostyki, ponieważ decyzja o podaniu leków wpływających na układ immunologiczny powinna być poparta wiarygodnymi dowodami. Przyszłość diagnostyki reumatologicznej, to sięganie po nowe techniki obrazowania oraz coraz pewniejsze markery immunologiczne tych chorób.



Bibliografia

1. **Navalho M, Resender C, Rodrigues AM, et al.** Bilateral 3.0-Tesla MRI of the hand and wrist in early and very early inflammatory arthritis: Tenosynovitis is associated with progression to rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2012; 71: A20–21.
2. **Zeidler H.** The Need to Better Classify and Diagnose Early and Very Early Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 2012; 39: 212–217.
3. **Colebatch AN, Edwards CJ, Østergaard M, et al.** EULAR Recommendations for the Use of Imaging of the Joints in the Clinical Management of Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis* 2013; 72: 804–814.
4. **Chung HY, Machado P, van der Jeijde D, et al.** HLA-B27 positive patients different from HLA-B27 negative patients in clinical presentation and imaging: results from the DESIR cohort of patients with recent onset axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 1930–1936.
5. **Machado PM, Koevoets R, Bombardier C, et al.** The value of magnetic imaging and ultrasound in undifferentiated arthritis: a systematic review. *J Rheumatol Suppl* 2011; 87: 31–37.
6. **Söderlin MK, Börjesson O, Kautiainen H, et al.** Annual incidence of inflammatory joint diseases in a population based study in southern Sweden. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 911–915.

4

Leczenie chorób reumatycznych

4.1

Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów

Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) powinno być kompleksowe i opierać się na leczeniu farmakologicznym, rehabilitacji, edukacji pacjenta i psychoterapii. Celem leczenia RZS jest zniesienie bólu, ograniczenie lub zahamowanie zapalenia, utrzymanie prawidłowego funkcjonowania układu ruchu ze spowolnieniem lub zatrzymaniem zmian strukturalnych w stawach oraz zapobieganie zmianom narządowym.

Leczenie farmakologiczne RZS powinno być podjęte jak najszybciej, najlepiej w ciągu 6–12 tygodni od wystąpienia pierwszych objawów i powinno być skuteczne, tzn. doprowadzić do remisji choroby. Czynnikiem czasu, czyli tzw. oknem terapeutycznym (maksymalnie do 12 tygodni od wystąpienia pierwszych objawów choroby), jest najsilniejszym predyktorem osiągnięcia remisji [1]. Według zaleceń Europejskiej Ligi Reumatycznej (EULAR) z 2013 roku chorzy na aktywną postać RZS powinni być monitorowani co 3 miesiące, a zmiana leczenia w przypadku jego nieskuteczności powinna nastąpić nie dłużej niż po 6 miesiącach terapii.

W leczeniu RZS najważniejsze są klasyczne leki modyfikujące przebieg choroby (kLMPCh) oraz biologiczne leki modyfikujące przebieg choroby (bLMPCh). Ich zadaniem jest hamowanie dalszego rozwoju schorzenia. Do leków wpływających na objawy choroby, ale niehamujących jej postępu, zalicza się: niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), glikokortykosteroidy (GKS) i leki przeciwbólowe.

Edukacja

Leczenie operacyjne

Rehabilitacja

Leczenie farmakologiczne

Psychoterapia

Rycina 4.1
Schemat kompleksowej opieki reumatologicznej u pacjentów ze zdiagnozowanym reumatoidalnym zapaleniem stawów

Źródło: Opracowanie własne.

Rozpoznanie RZS

BEZ PRZECIWWSKAŻAŃ
DO STOSOWANIA METOTREKSATU

Metotreksat w monoterapii lub
w kombinacji z innymi lekami
modyfikującymi

PRZECIWWSKAZANIA
DO STOSOWANIA METOTREKSATU

Inne leki modyfikujące
w monoterapii lub w skojarzeniu
2 leków

Leczenie pomostowe małymi
dawkami GKS

BRAK POPRAWY / NIEWYSTARCZAJĄCA POPRAWA

REMISJA – KONTYNUACJA LECZENIA

Lek biologiczny I rzut

W terapii skojarzonej z metotrek-
satem lub przy przeciwwskaza-
niach w monoterapii

BRAK POPRAWY / NIEWYSTARCZAJĄCA POPRAWA

II rzut

Zmiana leku biologicznego

BRAK EFEKTU LECZENIA

III rzut

Zmiana na inny lek biologiczny

1. SKUTECZNE LECZENIE –
KONTYNUACJA

2. REMISJA –
ZAWIESZENIE LEKU BIOLOGICZNEGO,
KONTYNUACJA LMPCh

Zaostrzenie

Powrót do skutecznego leku
biologicznego

Rycina 4.2
Zasady leczenia farma-
kologicznego RZS

Źródło: Opracowanie
własne na podstawie
EULAR recommenda-
tions [5].

4.1.1

Niesteroidowe leki przeciwzapalne

Leki z tej grupy powodują szybkie złagodzenie objawów choroby, czyli zmniejszają ból odczuwany przez chorego i czas trwania sztywności porannej. Lek powinien być indywidualnie dobrany dla każdego pacjenta – zależnie od ryzyka wystąpienia powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego lub przewodu pokarmowego, zgodnie z zaleceniami europejskimi z 2011 roku. Ocenę ryzyka przedstawiono na rycinie 4.3 [2].

W ocenie ryzyka powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego bierze się pod uwagę 10-letnie ryzyko poważnych chorób sercowo-naczyniowych (zawał serca, udar). Obecnie wykorzystuje się Program HeartScore®, stworzony przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (niskie ryzyko: < 10%, wysokie $\geq$ 10%).

W ocenie ryzyka powikłań ze strony przewodu pokarmowego bierze się pod uwagę:

- występowanie objawów ze strony przewodu pokarmowego przed rozpoczęciem podawania NLPZ
- wiek chorego $\geq$ 65 lat
- konieczność przewlekłego przyjmowania NLPZ
- jednoczesne przyjmowanie kwasu acetylosalicylowego, antykoagulantów, glikokortykosteroidów

Rycina 4.3
Ocena ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych i ze strony przewodu pokarmowego w czasie stosowania NLPZ w chorobach reumatycznych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [2].

Ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych

RYZIKO POWIKŁAŃ
ZE STRONY PRZEWODU
POKARMOWEGO

	NISKIE	WYSOKIE
NISKIE	klasyczne NLPZ	naproksen + IPP
	selektywne COX-2 klasyczne NLPZ + IPP	naproksen + IPP
	ibuprofen / diklofenak + IPP	unikanie jakichkolwiek NLPZ
WYSOKIE	celekoksyb + IPP	jeżeli jest to konieczne: diklofenak/ naproksen + IPP selektywne COX-2 + IPP

* IPP – inhibitory pompy protonowej

4.1.2

Glikokortykosteroidy

Według zaleceń EULAR z 2010 roku, glikokortykosteroidy (GKS) są zalecane w pierwszym rzucie leczenia razem z lekami modyfikującymi przebieg choroby (LMPCh). Podaje się je w małych dawkach (< 10 mg/dobę) oraz przez krótki czas w większych dawkach w zaostrzeniach choroby [3]. Należy jednak zauważyć, że zgodnie z doniesieniami z ostatnich lat przewlekłe stosowanie glikokortykosteroidów w RZS zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca o 68%, dlatego konieczność ich podania powinna być indywidualnie oceniona u każdego pacjenta. Ryzyko wystąpienia zawału serca po stosowaniu GKS jest uzależnione od ich dawki – zwiększa się o 13% przy podwyższeniu dawki o 5 mg – oraz czasu ich stosowaniu – zwiększa się o 10% w ciągu każdego roku [4]. Według rekomendacji EULAR z 2013 roku, dotyczących leczenia RZS zaleca się na początku choroby przyjmowanie GKS w małych dawkach, razem z LMPCh – jeżeli jest to możliwe – nie dłużej niż 6 miesięcy [5].

4.1.3

Leczenie bólu i leki przeciwbólowe

Według zaleceń międzynarodowych specjalistów w dziedzinie reumatologii z grupy 3E (Evidence, Expertise, Exchange) u chorych z zapaleniem stawów ból powinien być rutynowo mierzony za pomocą walidowanych skal, takich jak: VAS (Visual Analogue Scale) – wizualna skala analogowa, NRS (Numerical Rating Scale) – skala numeryczna, VRS (Verbal Rating Scale) – słowna skala numeryczna. W przypadku długotrwałego utrzymywania się dolegliwości bólowych u pacjentów z zapaleniem stawów zalecany jest paracetamol lub paracetamol w połączeniu z NLPZ. W leczeniu bólu u chorych na zapalne choroby reumatyczne można również zastosować trójcykliczne leki antydepresyjne i neuromodulatory wpływające na odbiór bodźców bólowych. Leki rozluźniające napięcie mięśni, tzw. miorelaksanty, oraz leki z grupy benzodiazepin nie są rekomendowane. Słabe opioidy mogą być stosowane przez krótki czas w przypadku gdy dotychczasowa terapia nie jest skuteczna. Długotrwałe stosowanie słabych opioidów może być brane pod uwagę, ale wówczas terapia wymaga systematycznego nadzoru. Silne opioidy (morfina i jej pochodne) powinny być stosowane jedynie w wyjątkowych przypadkach [6].

4.1.4

Leki modyfikujące przebieg choroby

Klasyczne leki modyfikujące przebieg choroby

Do klasycznych leków modyfikujących przebieg choroby należą: metotreksat, sulfasalazyna, leflunomid i chlorochina (najczęściej w terapii skojarzonej z innymi LMPCh) oraz w wyjątkowych sytuacjach azatiopryna, cyklosporyna A, cyklofosfamid.

Metotreksat (MTX) jest lekiem pierwszego rzutu w leczeniu RZS, który powinien być zalecony zaraz po ustaleniu rozpoznania. Za dawkę skuteczną metotreksatu uznaje się 20–30 mg raz w tygodniu. Dawka początkowa to 10–15 mg i należy ją zwiększać o 5 mg co 2–4 tygodnie, do dawki 20–30 mg. Mechanizm działania MTX polega na blokowaniu reduktazy dihydrofolianowej, co prowadzi do zmniejszenia puli dostępnego tetrahydrofolianu. Uniemożliwia to syntezę zasad azotowych, takich jak tymidyna, a także puryn i metabolizm pirymidyny. Metotreksat hamuje proliferację komórkową, nasila apoptozę komórek T, zwiększa poziom endogennej adenozyiny, zmienia ekspresję komórek adhezyjnych, co wpływa na hamowanie produkcji cytokin prozapalnych oraz odpowiedź komórkową. MTX hamuje funkcję zapalną neutrofiliów, makrofagów i monocytów oraz komórek dendrytycznych.

MTX ma udowodniony wpływ na zmniejszenie śmiertelności z powodów powikłań sercowo-naczyniowych u chorych na RZS nie tylko w wyniku działania przeciwzapalnego, ale również przeciwmiażdżycowego – ułatwia odpływ cholesterolu z komórek piankowatych blaszki miażdżycowej. MTX najsilniej hamuje postęp zmian radiologicznych w porównaniu z innymi LMPCh.

Do najczęstszych działań niepożądanych MTX należą: wzrost aktywności aminotransferaz (10–43%), objawy ze strony przewodu pokarmowego (20–65%), zapalenie jamy ustnej (10–15%), niedokrwistość (10–15%), leukopenia (12%), małopłytkowość (12%). Rzadziej obserwuje się: zaburzenia funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego (8–10%), wypadanie włosów (8%), zapalenie płuc (2,1–8%), infekcje (5%), guzki podskórne (2–6%) [7].

Największym predyktorem zmian w płucach w czasie terapii MTX jest choroba płuc występująca przed rozpoczęciem leczenia. Choroba płuc z wyjściowym zmniejszeniem pojemności dyfuzyjnej płuc < 70% zwiększa 10-krotnie ryzyko toksyczności MTX. Ryzyko zapalenia płuc po metotreksacie zwiększają ponadto: palenie tytoniu, zaawansowany wiek chorych, cukrzyca, hipoalbuminemia, poprzednio stosowane LMPCh (takie jak sulfasalazyna, sole złota i D-penicylamina). Jeżeli pojemność dyfuzyjna wynosi < 70% wartości należytnej, a w HRCT stwierdza się pogrubienie opłucnej lub zmiany śródmiąższowe, pacjenci wymagają szczegółowej obserwacji w kierunku rozwoju ostrego toksycznego uszkodzenia płuc po MTX. U 10% chorych rozwija się pometotreksatowe zapalenie płuc w pierwszych 10 tygodniach, a u 50% w ciągu pierwszych 6–8 miesięcy stosowania MTX. Objawy to: stany gorączkowe (90% chorych), suchy kaszel (80%), duszność po wysiłku. Toksyczne uszkodzenie płuc po MTX jest obserwowane u 2–7% chorych.

Hepatotoksyczność MTX nasila się u chorych na RZS w starszym wieku i jest uzależniona od czasu przyjmowania leku. Łagodne włóknienie wątroby

dotyczy około 7% chorych, ale do marskości dochodzi tylko u 0,1%. Przed rozpoczęciem leczenia MTX należy wykonać takie badania, jak: oznaczenie stężenia enzymów wątrobowych (AspAT, AlAT), stężenia kreatyniny, albumin, ocena morfologii z rozmazem, wykluczenie możliwości zakażenia wirusem B i C zapalenia wątroby (Hbs antygen, przeciwciała anty-HCV). Powinno być również wykonane badanie radiologiczne klatki piersiowej. Do rozważenia są badania w kierunku zakażenia HIV, stężenie glukozy, profil lipidów, test ciążowy. W czasie terapii MTX należy wykonywać badania kontrolne (aktywność AspAT, AlAT, morfologia z rozmazem, stężenie kreatyniny), początkowo co 1–1,5 miesiąca, a po uzyskaniu dawki docelowej co 1–3 miesiące. Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, ponieważ MTX jest teratogeny. Przeciwwskazaniami do stosowania metotreksatu są stany i choroby ujęte w tabeli 4.1.

Lek musi być odstawiony na 3 miesiące przed planowanym zajściem w ciążę – zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. MTX nie należy stosować u kobiet w ciąży i karmiących piersią [8].

Sulfasalazyna (SF) jest lekiem zalecanym w terapii RZS w przypadku niemożności stosowania MTX lub w terapii skojarzonej (MTX + SF). Sulfasalazyna jest rozkładana przez bakterie w świetle okrężnicy na dwa główne metabolity: sulfapirydynę i me-salazyne (kwas 5-aminosalicylowy). Mechanizm działania SF w RZS nie jest jeszcze do końca dobrze poznany. Z dotychczas uzyskanej wiedzy wynika, iż polega on na hamowaniu wytwarzania przeciwciał w odpowiedzi na stymulację antygenami oraz zmniejszaniu ekspresji białek adhezyjnych na leukocytach i komórkach nabłonka naczyńowego. Dawka terapeutyczna leku w RZS to 2–4 g /dobę. Działania niepożądane przedstawiono w tabeli 4.2.

Sulfasalazyny nie należy stosować u chorych z nadwrażliwością na sulfonamidy lub salicylany, z porfirią ostrą przerywaną i mieszaną, niewydolnością wątroby lub nerek, niedrożnością przewodu pokarmowego. Przed rozpoczęciem leczenia oraz co 2 tygodnie w czasie pierwszych 3 miesięcy należy kontrolować morfologię krwi obwodowej oraz czynność wątroby (AspAT, AlAT) i nerek (kreatynina). Przez kolejne 3 miesiące badania kontrolne należy przeprowadzać co 4 tygodnie, a następnie co 3 miesiące. W czasie leczenia SF należy podawać kwas foliowy lub folinowy (szczególnie w przypadku wystąpienia pancytopenii i makrocytozy krwinek czerwonych).

Tabela 4.2
Działania niepożądane
sulfasalazyny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie charakterystyk produktów leczniczych.

Tabela 4.1
Przeciwwskazania do stosowania metotreksatu

PRZECIWWSKAZANIA

Zaawansowana choroba nerek
Choroby wątroby
Leukopenia < 3000/ μ l,
Trombocytopenia < 10 000/ μ l
Nowotwór złośliwy
Ciąża lub niepewna skuteczność antykoncepcji
Alkoholizm lub narkomania
Ostre i przewlekłe infekcje
Choroby płuc wg American College of Rheumatology (ACR)
Istotne klinicznie zapalenie płuc związane z RZS lub śródmiaższowa choroba płuc o nieznannej etiologii

Źródło: Opracowanie własne na podstawie charakterystyk produktów leczniczych.

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Układ pokarmowy: nudności i dyskomfort w nadbrzuszu (9–23% pacjentów)
Zaburzenia ogólne: ból głowy, gorączka, jadłowstręt
Zaburzenia układu krwiotwórczego i układu chłonnego: leukopenia, niedokrwistość hemolityczna, makrocytoza
Zmiany w obrębie skóry i tkanki podskórnej: wysypka, pokrzywka, świąd, rumień
Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych: przemijające zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych
Zaburzenia dotyczące układu rozrodczego: przemijająca oligospermia

Leflunomid (LEF) jest prolekiem, którego aktywność zależy od działania czynnego metabolitu (A771276) powstającego w ścianie jelit i wątrobie w wyniku metabolizmu. Metabolit A771276 ma okres półtrwania około 2 tygodni. Mechanizm działania LEF polega na hamowaniu produkcji interleukiny 2 (IL-2), hamowaniu aktywności czynnika martwicy nowotworów (TNF- α), hamowaniu produkcji przeciwciał w limfocytach B oraz hamowaniu proliferacji limfocytów T i zmniejszeniu migracji do błony maziowej komórek biorących udział w procesie zapalnym. Dawka nasycająca leflunomidu to jedna tabletki 100 mg stosowana raz dziennie przez pierwsze 3 dni leczenia. Następnie stosuje się dawkę podtrzymującą od 10 do 20 mg/dobę (zależnie od nasilenia objawów chorobowych). Najpoważniejsze działania niepożądane przedstawiono w tabeli 4.3.

Należy kontrolować poziom AspAT i AlAT w surowicy krwi przed rozpoczęciem leczenia i co 2 tygodnie w czasie pierwszych 6 miesięcy terapii, następnie, jeśli stan jest stabilny, kontrolę należy wykonywać co 8 tygodni. Przypuszcza się, że aktywny metabolit leflunomidu A771276 może wywoływać ciężkie wady wrodzone. Kobiety w wieku rozrodczym mu-

szą stosować skuteczną antykoncepcję w czasie leczenia i do 2 lat po zakończeniu leczenia lub do 11 dni po zakończonej terapii w przypadku zastosowania procedury wyłukiwania leku za pomocą cholestyraminy lub węgla aktywowanego. Jeżeli wyniki oznaczenia stężenia metabolitu w dwóch pomiarach w czasie 2 tygodni są mniejsze niż 0,02 mg/l, nie ma teratogenicznego zagrożenia. Ponieważ istnieje ryzyko toksyczności dla płodu przenoszone przez mężczyzn, w czasie leczenia leflunomidem należy zagwarantować odpowiednią metodę antykoncepcji. W przypadku mężczyzn, którzy chcieliby zostać ojcami, należy rozważyć taką samą procedurę wyłukiwania leku, jaka jest zalecana u kobiet. Niezmiernie ważna jest znajomość postępowania zarówno w przypadku planowania ciąży, jak i już zaistniałej ciąży u pacjentek leczonych leflunomidem. Procedurę wyłukiwania leku zaleca się również w przypadku wystąpienia poważnych objawów niepożądanych. W tabeli 4.4 zawarto przeciwwskazania do stosowania leflunomidu.

Do innych, rzadziej obecnie stosowanych w leczeniu RZS, klasycznych leków modyfikujących przebieg choroby zalicza się: azatioprynę, cyklosporynę, leki antymalaryczne, cyklofosfamid.

Tabela 4.4
Przeciwwskazania do stosowania leflunomidu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie charakterystyk produktów leczniczych.

Tabela 4.3
Działania niepożądane
leflunomidu

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Hepatotoksyczność, w tym bardzo rzadkie przypadki ciężkiego uszkodzenia wątroby, które mogą prowadzić do zgonu

Hepatotoksyczność, w tym przypadki pancytopenii, leukopenii, eozynofilii i agranulocytozy

Infekcje, w tym rzadkie przypadki ciężkich niekontrolowanych infekcji (sepsa), które mogą prowadzić do zgonu

Wady wrodzone w przypadku przyjmowania LEF w czasie ciąży

Źródło: Opracowanie własne na podstawie charakterystyk produktów leczniczych.

PRZECIWWSKAZANIA

Nadwrażliwość na substancję czynną (szczególnie chorzy, u których wystąpiły w przeszłości: zespół Stevensa-Johnsona, martwica toksyczno-rozpływna naskórka, rumień wielopostaciowy)

Zaburzenia czynności wątroby

Ciężkie niedobory odporności, np. AIDS

Zaburzenia czynności szpiku: znaczna niedokrwistość, leukopenia, neutropenia, trombocytopenia

Zakażenia

Niewydolność nerek

Hipoproteinemia

Karmienie piersią, ciąża lub jej planowanie

Biologiczne leki modyfikujące przebieg choroby

Poszukiwanie nowych skutecznych terapii RZS i innych chorób o podłożu autoimmunologicznym, rozwój wiedzy o układzie odpornościowym oraz doskonalenie metod inżynierii genetycznej doprowadziły do opracowania leków biologicznych. Leczenie biologiczne to postępowanie medyczne polegające na zastosowaniu substancji/cząstecek, których działanie terapeutyczne polega na działaniu przeciwzapalnym oraz neutralizowaniu wybranych mediatorów zapalenia.

Wskazania do zastosowania leków i biologicznych to nieskuteczność leczenia LMPCh (szczególnie metotreksatem) oraz utrzymująca się duża aktywność choroby. Kolejnym argumentem do podania leków biologicznych są przeciwwskazania do stosowania bądź działania niepożądane LMPCh.

Pierwszymi lekami biologicznymi zastosowanymi w leczeniu RZS były inhibitory TNF- α . Obecnie w Polsce zarejestrowane i zakwalifikowane do programów terapeutycznych leczenia RZS, młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS), zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) i łuszczykowego zapalenia stawów (ŁZS) o agresywnym przebiegu są: infliksymab, etanercept, adalimumab, certolizumab pegol, golimumab. W tabeli 4.5 przedstawiono uproszczoną charakterystykę leków anty-TNF- α .

Tabela 4.5
Uproszczona charakterystyka leków anty-TNF- α

Źródło: Opracowanie własne na podstawie charakterystyk produktów leczniczych i zapisu programu terapeutycznego NFZ.

LEK	CHARAKTERYSTYKA CZĄSTECZKI	DAWKOWANIE	KONIECZNOŚĆ STOSOWANIA Z METOTREKSATEM
INFLIKSYMAB	Chimeryczne ludzko-mysie przeciwciało monoklonalne IgG1, wytwarzane z rekombinowanej linii komórkowej o wysokim powinowactwie do rozpuszczalnych postaci TNF- α oraz przezbłonowych postaci TNF- α . Hamuje funkcjonalną aktywność TNF- α	Wlew dożylny 3 mg/kg mc. w tygodniu 0, 2., 6., następnie co 8 tygodni	Tak
ETANERCEPT	Ludzkie białko receptorowe dla TNF, uzyskane dzięki technologii rekombinacji DNA; kompetycyjny inhibitor wiązania TNF z receptorami powierzchniowymi komórki, hamuje biologiczną aktywność TNF	Podskórnie 50 mg 1 w tygodniu	Monoterapia Można podawać w skojarzeniu z MTX
ADALIMUMAB	Rekombinowane ludzkie przeciwciało monoklonalne uzyskane z komórek hodowli jajnika chomika chińskiego, wiąże się swoiście z TNF i neutralizuje biologiczną funkcję TNF	Podskórnie 40 mg co 2 tygodnie	Monoterapia Można podawać w skojarzeniu z MTX
CERTOLIZUMAB PEGOL	Rekombinowane, z humanizowanym fragmentem Fab', przeciwciało przeciwko TNF- α , uzyskiwane przez ekspresję w komórkach Escherichia coli i sprzęgane z polietylenoglikolem (PEG); neutralizuje zarówno błonową, jak i rozpuszczalną formę ludzkiego TNF- α w sposób zależny od dawki; nie zawiera fragmentu krystalizującego (Fc), który normalnie występuje w kompletnych przeciwciałach, dlatego in vitro nie wiąże dopełniacza ani nie powoduje cytotoksyczności komórkowej zależnej od przeciwciał	Podskórnie 400 mg w tygodniu 0, 2., a następnie co 4 tygodnie	Monoterapia Można podawać w skojarzeniu z MTX
GOLIMUMAB	Ludzkie przeciwciało monoklonalne tworzące stabilne kompleksy o dużym powinowactwie do postaci rozpuszczalnej i przezbłonowej TNF- α , zapobiegając wiązaniu TNF- α z jego receptorami	Podskórnie 50 mg 1 raz w miesiącu	Tak

Objawy niepożądane obserwowane w czasie terapii lekami z grupy anty-TNF- α

Do najczęstszych objawów niepożądanych należą zakażenia, których ryzyko zwiększa się 2-krotnie w porównaniu z placebo [9]. Najczęstszym poważnym zakażeniem jest reaktywacja przetrwałego zakażenia gruźlicą, które częściej jest obserwowane u chorych leczonych przeciwciałami monoklonalnymi przeciw TNF- α niż przeciw receptorowi, np. etanercept, i wynika z innych mechanizmów działania [10].

U chorych leczonych anty-TNF- α nie obserwuje się większej częstości zachorowań na chłoniaki oraz guzy łite [11], natomiast częściej występują nowotwory skóry niebędące czerniakami [12]. Choroba śródmiąższowa płuc obserwowana jest u 0,5–2,8% chorych leczonych anty-TNF- α [13]. Bardzo rzadko obserwuje się choroby demielinizacyjne [14] i toczень indukowany terapią anty-TNF- α [15].

Leki biologiczne o innym mechanizmie działania

Blokowanie TNF to jedna z możliwości hamowania i wyciszenia procesu zapalnego, jednak wiadomo, że w zapaleniu biorą udział inne cytokiny prozapalne i przeciwciała, dlatego poszukiwania skutecznej terapii biologicznej nie ograniczyły się tylko to hamowania działania TNF. Obecnie dostępne są leki biologiczne o innym mechanizmie działania, takie jak np. rytuksymab (RTX). Lek wiąże się swoiście z przez błonowym antygenem CD20, który jest

nieglikozylowaną fosfoproteiną występującą na limfocytach pre-B i na dojrzałych limfocytach B. Domena Fab cząsteczki rytuksymabu wiąże się z antygenem CD20 na limfocytach B i poprzez domenę Fc uruchamia mechanizmy układu odpornościowego prowadzące do lizy komórek B. Dawkowanie: dożylnie 1000 mg w dwóch wlewach co 2 tygodnie. Lek jest stosowany w terapii skojarzonej z MTX. Średni końcowy okres półtrwania wynosi 20,8 dnia (zakres: od 8,58 do 35,9 dnia).

U chorych na RZS obserwowano obniżenie liczby limfocytów B we krwi obwodowej bezpośrednio po wykonaniu dwóch wlewow rytuksymabu w dawce 1000 mg w odstępie 14 dni. Podwyższenie liczby limfocytów B we krwi obwodowej następowało od 24. tygodnia, a dowody odnowienia ich populacji są obserwowane u większości pacjentów do 40. tygodnia, niezależnie od tego, czy rytuksymab był podawany w monoterapii, czy w skojarzeniu z metotreksatem.

Do najczęstszych objawów niepożądanych rytuksymabu należy bezpośrednia reakcja na wlew, która występuje u 29–40% chorych, w większości przypadków jest ona mało lub średnio nasiloną. Rzadko obserwuje się poważne reakcje wymagające zwolnienia szybkości wlewu lub jego przerwania. Podanie metyloprednizolonu przed wlewem oraz leków antyhistaminowych i paracetamolu w znacznym stopniu zmniejsza reakcje związane z podaniem leku. Inne poważne objawy niepożądane są obserwowane bardzo rzadko i najczęściej są to infekcje dolnych dróg oddechowych. Częstość poważnych zakażeń wiąże się z niskim poziomem

immunoglobulin G [16], jednak powtórne wlewy RTX, i tym samym obniżenie poziomu immunoglobulin, nie powodują istotnego pogorszenia odporności.

Tocilizumab to humanizowane przeciwciało monoklonalne IgG1 wytwarzane metodą inżynierii genetycznej wiążące się swoiście z receptorami IL-6 (sIL-6R i mIL-6R), zarówno rozpuszczalnymi, jak i związanymi z błonami komórkowymi, przez co hamuje przekazywanie sygnału szlakiem z udziałem sIL-6R i mIL-6R.

Dawkowanie: dożylnie, we wlewie 8 mg/kg mc. raz na 4 tygodnie. U pacjentów z masą ciała > 100 kg nie zaleca się dawki większej niż 800 mg/wlew. Tocilizumab można podawać zarówno w monoterapii, jak i w terapii skojarzonej z MTX. Okres półtrwania dla dawki 8 mg/kg mc. podawanej co 4 tygodnie wynosi od 8 do 14 dni. Objawy niepożądane to głównie zakażenia, których częstość jest mniejsza w przypadku monoterapii w porównaniu z leczeniem skojarzonym z MTX. Poważne zakażenia obserwowane są z częstością 3,9/100 pacjento-lat u chorych poddanych terapii skojarzonej z MTX. Zwiększone jest również ryzyko reaktywacji utajonego zakażenia gruźlicą. U 9,8% chorych obserwuje się zwiększenie aktywności aminotransferaz, przede wszystkim u chorych leczonych równocześnie MTX [17]. Dlatego przez pierwsze 6 miesięcy powinno się kontrolować aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT), a przy poziomie większym niż 5-krotne przewyższenie górnej granicy normy należy przerwać leczenie. Obserwuje się również wzrost stężenia lipidów,

głównie na początku leczenia, co wymaga monitorowania ich poziomu najlepiej dwa razy w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy terapii. Należy zachować szczególną ostrożność przy stosowaniu tocilizumabu u pacjentów z owrzodzeniem jelita lub u pacjentów, którzy przebyli zapalenie uchyłków jelita cienkiego.

Abatacept jest rekombinowym rozpuszczalnym białkiem fuzyjnym składającym się z zewnątrzkomórkowego fragmentu antygenu 4 związanego z ludzkim limfocytom T (CTLA-4), połączonym ze zmodyfikowanym fragmentem Fc ludzkiej immunoglobuliny IgG1. Abatacept blokuje cząsteczki CD80 i CD86 przez wiązanie receptorów CD80/86 na powierzchni komórek prezentujących antygen, co powoduje modelowanie stymulującego wpływu białka CD28 na limfocyty T. Abatacept jest produkowany w technologii rekombinacji DNA w komórkach jajnika chomika chińskiego. Dawkowanie: dożylnie 10 mg/kg mc. w tygodniu 0 (podanie wyjściowe) i po 2 tygodniach, a następnie co 4 tygodnie. Abatacept jest stosowany w leczeniu skojarzonym z MTX lub z innymi LMPCh; średni końcowy okres półtrwania wynosi około 13 dni.

Reakcję na wlew obserwuje się u 9,8% chorych. Częstość występowania poważnych zakażeń wynosi 2,87/100 pacjento-lat. Częstość występowania nowotworów złośliwych była podobna do częstości u chorych na RZS nieleczonych biologicznie, jednak ze względu na częstsze występowanie nowotworów piersi u eksperymentalnych szczurów, zaleca się wykonanie kontrolnej mammografii u kobiet przed leczeniem abataceptem.

4.2

Leczenie spondyloartropatii

Decyzja o rodzaju terapii w przypadku spondyloartropatii jest związana z ustalonym rozpoznaniem i typem zajęcia stawów (obwodowym/osiowym). W zesztyniającym zapaleniu stawów kręgosłupa (ZZSK) oraz łuszczykowym zapaleniu stawów (ŁZS) z zajęciem stawów kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych podstawą leczenia są niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), a wykazanie ich nieskuteczności oraz utrzymywanie się dużej aktywności choroby (klinicznej aktywności wykazanej kwestionariuszem BASDAI > 4, oraz laboratoryjnej OB, CRP) pozwala na zastosowanie leków biologicznych. Udowodnioną skuteczność leków biologicznych w tych wskazaniach mają inhibitory TNF- α (omówione poprzednio).

W przypadku zajęcia stawów obwodowych (np. stawów kolanowych, biodrowych, skokowych, stawów stóp, stawów rąk) stosuje się leki modyfikujące przebieg choroby, głównie są to sulfasalazyna i metotreksat. Sulfasalazyna jest często stosowana w przypadku zapalenia stawów towarzyszącego nieswoistym zapaleniom jelit. Brak poprawy w trakcie leczenia, mimo jego intensyfikacji i terapii skojarzonej (MTX + SF), jest również wskazaniem do zastosowania inhibitorów TNF. Dodatkowym argumentem do rozpoczęcia terapii biologicznej jest współwystępowanie lub nawroty zapalenia błony naczyniowej oczu.

4.3

Leczenie innych układowych chorób tkanki łącznej

W leczeniu tocznia rumieniowatego układowego oraz pozostałych układowych chorób tkanki łącznej podstawą są glikokortykosteroidy, leki immunosupresyjne, takie jak: azatiopryna, metotreksat, antymalaryczne (chlorochina i hydroksychlorochina), cyklosporyna, mykofenolan mofetylu. W przypadku ciężkiego przebiegu tych chorób z zajęciem płuc, układu nerwowego, naczyń, nerek stosuje się cyklofosfamid, najczęściej we wlewach dożylnych. W przypadkach zagrożenia życia wykonuje się plazmaferezę, a w wyjątkowych przypadkach autologiczne przeszczepy szpiku.

Poszukuje się również skutecznych terapii biologicznych – w TRU już zarejestrowano belimumab – ludzkie przeciwciało monoklonalne IgG1, blokujące białko stymulujące limfocyty B (anty-BlyS/BAFF), a w zapaleniu naczyń z przeciwciałami ANCA skuteczny okazał się rytuksymab.

Podsumowanie

W leczeniu chorób reumatycznych na przestrzeni ostatnich lat dokonał się jeden z największych przełomów w medycynie, który dał nadzieję na skuteczne leczenie tych chorób. Od leków przeciwbólowych działających jedynie objawowo, przez syntetyczne leki hamujące proces zapalny do cząsteczek biologicznych włączających się bezpośrednio w układ immunologiczny. Nadal jednak, nawet przy obecnych możliwościach terapii, kluczowym czynnikiem wpływającym na skuteczność leczenia RZS jest czas, jaki upływa od wystąpienia pierwszych objawów choroby do wdrożenia leczenia. Z tego względu w momencie rozpoznania choroby należy jak najszybciej zastosować właściwe leczenie. Leki modyfikujące przebieg choroby, szczególnie metotreksat, mają udokumentowany wpływ na hamowanie progresji zapalenia stawów i dają nadzieję na osiągnięcie remisji. Odkrycie leków biologicznych i wprowadzenie ich do terapii RZS, ŁZS, ZZSK umożliwiło skuteczne powstrzymanie procesu zapalnego w przypadkach dużej aktywności choroby i jej agresywnego przebiegu.

Bibliografia

1. **Gremese E, Salaffi F, Bosselo SA, et al.** Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. *Ann Rheum Dis* 2013; 72: 858–862.
2. **Burmester G, Lanas A, Biasucci L, et al.** The appropriate use of non-steroidal anti-inflammatory drugs In rheumatic disease: opinions of multidisciplinary European expert panel. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 818–822.
3. **Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, et al.** EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 631–637.
4. **Aviña-Zubieta JA, Abrahamowicz M, De Vera MA, et al.** Immediate and past cumulative effects of oral glucocorticoids on the risk of acute myocardial infarction in rheumatoid arthritis: a population-based study. *Rheumatology* 2013; 52: 68–75.
5. **Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, et al.** EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 492–509.
6. **Whittle SL, Colebatch AN, Buchbinder R, et al.** Multinational evidence-based recommendations for pain management by pharmacotherapy in inflammatory arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad panel of rheumatologists in the 3e Initiative. *Rheumatology* 2012; 51: 1416–1425.
7. **Salliot C, van der Heijde D.** Long term safety of Methotrexate monotherapy in Rheumatoid Arthritis patients: A Systematic Literature Research. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 1100–1104.
8. **Visser K, Katchamart W, Loza E, et al.** Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate In rheumatic disorders with a focus on rheumatoid arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists In the 3E. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 1086–1093.
9. **Bongartz T, Sutton AJ, Sweeting MJ, et al.** Anti-TNF antibody therapy in rheumatoid arthritis and the risk of serious infections and malignancies: systematic review and meta-analysis of rare harmful effects in randomized controlled trials. *JAMA* 2006; 295: 2275–2285.
10. **Dixon WG, Hyrich KL, Watson KD, et al.** Drug-specific risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF therapy: results from British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR). *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 522–528.
11. **Leombruno JP, Einarson TR, Keystone EC.** The safety of anti-tumour necrosis factor treatment in rheumatoid arthritis: meta and exposure-adjusted pooled analyses of serious adverse events. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 1136–1145.
12. **Wolfe F, Michaud K.** Biologic treatment of rheumatoid arthritis and the risk of malignancy: analyses from large US observational study. *Arthritis Rheum* 2007; 56: 2886–2895.
13. **Picchianti Diamanti A, Germano V, Bizzi E, et al.** Interstitial lung disease in rheumatoid arthritis in the era of biologics. *Pulm Med* 2011; 2011: 931–942.
14. **Lozeron P, Denier C, Lacroix C, et al.** Long-term course of demyelinating neuropathies occurring during tumor necrosis factor-alpha-blocker therapy. *Arch Neurol* 2009; 66: 490–497.
15. **Williams EL, Gadola S, Edwards CJ.** Anti-TNF-induced lupus. *Rheumatology* 2009; 48: 716–720.
16. **Covelli M, Sarzi-Puttini P, Atzeni F, et al.** Safety of rituximab in rheumatoid arthritis. *Rheumatismo* 2010; 62: 101–106.
17. **Jones G, Ding C.** Tocilizumab: a review of its safety and efficacy in rheumatoid arthritis. *Clin Med Insights Arthritis Musculoskelet Disord* 2010; 3: 81–89.

5

Następstwa chorób reumatycznych



5.1

Zdrowotne następstwa chorób reumatycznych

Choroby reumatyczne nie są chorobami śmiertelnymi, ale w ich następstwie dochodzi do skrócenia czasu życia. Dotyczy to wszystkich zapalnych chorób reumatycznych, a szczególnie reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) i toczenia rumieniowego układowego (TRU). Choroby reumatyczne, w których przede wszystkim dochodzi do rozwoju procesu zapalnego stawów z ich postępującym uszkodzeniem, są przyczyną rozwoju niepełnosprawności chorego, uniemożliwiają mu pracę, codzienne funkcjonowanie, również w warunkach domowych, oraz rzutują na wszystkie aspekty życia społecznego.

5.1.1

Zdrowotne następstwa reumatoidalnego zapalenia stawów

Zachorowanie na RZS jest przyczyną 2 razy większego ryzyka śmierci w porównaniu z ryzykiem u chorych w tej samej grupie wiekowej bez tej choroby. Badania populacyjne wykazały, że po 20 latach trwania RZS 19% chorych jest całkowicie niesprawna, a 35% chorych umiera [1; 2]. Większość chorych na RZS traci pracę w pierwszych 10 latach trwania choroby. Jest to związane m.in. z różnego rodzaju powikłaniami, które zostaną przedstawione w dalszej części rozdziału.

Zmiany destrukcyjne stawów – u chorych na RZS z dużą aktywnością zapalenia może stopniowo dochodzić do nieodwracalnych uszkodzeń i deformacji stawów. Często następuje ich usztywnienie w нефизjologicznych (nieprawidłowych) pozycjach, co uniemożliwia ich właściwe funkcjonowanie, szczególnie dotyczy to kończyn górnych lub obciążania kończyn dolnych. Ręka reumatoidalna stanowi w reumatologii, reumoortopedii i rehabilitacji odrębny temat opracowań. W przebiegu RZS dochodzi do zaniku mięśni ręki, podwichnięć w drobnych stawach, ulnaryzacji (odgięcie w stronę łokciową) dłoni, przez co chory traci możliwość wykonywania precyzyjnych ruchów palców, np. ujęcie kartki, przekręcanie gałki. Występuje osłabienie chwytu i przedmioty mogą wypadać z ręki – wynika to z uszkodzenia zarówno stawów palców, jak i nadgarstka. Dodatkowo odczuwana sztywność stawów pogłębia istniejącą dysfunkcję.

Reumatoidalne zapalenie stawów może zajmować każdy staw, w tym stawy skroniowo-żuchwowe, co utrudnia choremu otwarcie ust i gryzienie. Stawy stóp, tak samo jak rąk, ulegają deformacjom. Czasami dochodzi do ekstremalnych sytuacji – np. chory ma rany na podszewach stóp z powodu niewłaściwego nacisku na stawy śródstopia bądź uszkodzenie dotyczy stawów skokowych (górnych i dolnych) z ich całkowitym zwicznieniem. Zajęcie dużych stawów, takich jak kolanowe, biodrowe, do którego częściej dochodzi w przebiegu RZS u mężczyzn, może w krótkim czasie doprowadzić do tak dużego ich zniszczenia, że jedynie wymiana na sztuczny staw może poprawić stan kończyny i opanować ból. Takie powikłania przede wszystkim eliminują chorego z pracy zawodowej i w skrajnych przypadkach mogą całkowicie uzależnić chorego od pomocy innych osób we wszystkich czynnościach.

Osobnego omówienia wymaga zajęcie stawów kręgosłupa szyjnego (szczególnie pierwszego stawu, tzw. szczytowo-obrotowego) u chorych na RZS. Według danych literaturowych zmiany w odcinku szyjnym kręgosłupa dotyczą od 43 do 86% chorych. Zmiany w odcinku szyjnym kręgosłupa są zmianami wczesnymi i pojawiają się u 83% chorych w pierwszych 2 latach trwania choroby [3]. Do najczęstszych i zarazem najniebezpieczniejszych zmian w odcinku szyjnym kręgosłupa należy pod-



wichnięcie szczytowo-obrotowe, którego najcięższym powikłaniem jest nagły zgon (17% chorych z tymi zmianami). Innymi ciężkimi powikłaniami są porażenia dwu- i cztero kończynowe [4]. U chorych na RZS może również dojść do wgłobienia zęba obrotnika (C2) do otworu wielkiego czaszki oraz ucisku na ważne dla życia struktury rdzenia przedłużonego. Zmiany w kręgosłupie szyjnym mogą długo przebiegać bezobjawowo i od wnikliwości, wiedzy oraz doświadczenia reumatologa może zależeć ich wczesne rozpoznanie, a także możliwość zabezpieczenia pacjenta przed groźnymi następstwami.

Ryzyko zgonu u chorych na RZS jest uzależnione od aktywności choroby i jest 2-krotnie większe u chorych z DAS28 > 5,1 niż u chorych z DAS < 3,2* [5].

Niepełnosprawność spowodowana zajęciem narządu ruchu w przebiegu RZS wg badania przeprowadzonego wśród 169 pacjentów hospitalizowanych w Instytucie Reumatologii w latach 2001–2003 związana była z aktywnością procesu zapalnego (CRP), wiekiem (poniżej 55. roku życia) jak również obserwowano statystycznie istotną zależność między niepełnosprawnością, ogólnym stanem zdrowia, aktywnością choroby w ostatnich 6 miesiącach i w dniu oceny oraz czasem trwania sztywności porannej. Wyniki badania z 2007 roku grupie 440 pacjentów hospitalizowanych z powodu RZS wykazały, że zwiększone ryzyko niepełnospraw-

ności występuje u pacjentów ze schorzeniami współistniejącymi, takimi jak: amyloidozą, zespół Sjögrena, osteoporoza, nadciśnienie tętnicze oraz choroba wieńcowa.

Powikłania sercowo-naczyniowe

Do znacznie krótszego życia pacjentów chorych na RZS przyczyniają się zmiany narządowe pozastawowe oraz szybciej postępująca miażdżycy naczyń. Do najczęstszych przyczyn zgonów u chorych na RZS należą powikłania sercowo-naczyniowe. Choroby sercowo-naczyniowe stanowią 35% przyczyn zgonów chorych na RZS [6]. Ryzyko zawału serca u kobiet chorych na RZS jest porównywalne do ryzyka u mężczyzn, natomiast jest 2-krotnie częstsze w porównaniu z ogólną populacją kobiet. Do czynników ryzyka zawału serca należą: obecność czynnika reumatoidalnego, obecność guzków reumatoidalnych, zmiany nadżerkowe w stawach rąk i stóp widoczne w badaniach radiologicznych [7]. Aż 60% ostrych zawałów serca zdarza się w ciągu pierwszych 4 lat trwania choroby [8].

W reumatoidalnym zapaleniu stawów w porównaniu z populacją ogólną występuje 3-krotnie większe ryzyko zakrzepicy żyłnej kończyn dolnych, a 2-krotnie większe zatorowości płuc. Od 11 do 30% chorych umiera w ciągu 30 dni od ustalenia rozpoznania tych powikłań [9].

* DAS28 powyżej wartości 5,1 oznacza wysoką aktywność choroby, poniżej 3,2 niską aktywność, a poniżej 2,6 remisję.

Powikłania płucne

U chorych na RZS w porównaniu z populacją ogólną ryzyko wystąpienia choroby śródmiąższowej płuc zwiększa się 8-krotnie, co powoduje 8-krotnie większe ryzyko zgonu z tego powodu [10]. W badaniu płuc chorych na RZS metodą tomografii komputerowej (HRCT) stwierdza się zmiany śródmiąższowe w płucach u ponad 25% chorych [11]. W miąższu płuc chorych na RZS mogą pojawić się guzki reumatoidalne – zawsze jednak obraz guza czy guzków wymaga różnicowania zarówno z procesem gruźliczym, jak i nowotworowym.

Ryzyko nowotworów

Badania porównawcze w populacji chorych na RZS w stosunku do ogólnej populacji chorych wykazały prawie 2,5-krotnie większe ryzyko zachorowania na chłoniaki nieziarnicze. Ryzyko to jest największe w pierwszych 5 latach choroby i występuje 70 razy częściej u chorych z aktywną postacią RZS i obecnym czynnikiem reumatoidalnym [12].

Powikłania infekcyjne

W RZS znacznie częściej stwierdza się infekcje dróg oddechowych i moczowych w porównaniu z osobami, u których ta choroba nie występuje. Zgony wynikające z tych zakażeń dotyczą 36%

chorych. Dla porównania w grupie bez RZS zgony z tego powodu stanowią 26% [13].

Powikłania ze strony nerek

U 9% chorych na RZS zaburzenia funkcjonowania nerek stwierdza się na początku choroby. Zaburzenia w postaci zmniejszenia przesączania nerkowego występuje aż u 25% chorych na RZS – częściej u chorych, u których stwierdza się wysokie wartości OB. Zaburzenia czynności nerek zwiększają ryzyko śmierci w RZS i ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych [14]. Przewlekły proces zapalny wpływa nie tylko na stopniowe uszkodzenie stawów, ograniczenie zdolności poruszania się, ale również na rozwój zmian miażdżycowych naczyń, w tym nerkowych, rozwój nadciśnienia tętniczego i wtórnej niewydolności nerek.

Kolejnym powikłaniem RZS dotyczącym nerek jest wtórna amyloidoza, którą stwierdza się u 7,5% chorych na RZS i która może doprowadzić do schyłkowej niewydolności nerek [15]. Białka amyloidowe mogą odkładać się też w innych narządach i powodować ich stopniową niewydolność. Jest to niezwykle groźne powikłanie przewlekłych chorób zapalnych. Do chwili obecnej nie ma skutecznego sposobu leczenia amyloidozy, poza próbą opanowania zapalenia, czyli leczenia choroby podstawowej, w tym przypadku RZS.

Wpływ leków na śmiertelność i występowanie powikłań

Stosowanie glikokortykosteroidów (GKS) zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych u chorych na RZS o 68% i ryzyko zgonu [5], ponadto zwiększa ryzyko wystąpienia osteoporozy posteroïdowej, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zaćmy i jaskry. Pacjenci z RZS i innymi chorobami zapalnymi układu ruchu z powodu przewlekłego bólu przyjmują stale i w coraz większych dawkach niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Niekorzystny wpływ NLPZ na układ sercowo-naczyniowy oraz pogorszenie czynności nerek został dobrze udokumentowany. Często NPLZ są przez kilka miesięcy jedynymi lekami przyjmowanymi przez pacjenta, u którego z powodu opóźnień diagnostycznych nie ustalono rozpoznania RZS lub innych chorób reumatycznych. W takim przypadku GKS nie ograniczają postępu choroby, a pacjent dodatkowo jest narażony na powikłania związane z ich stosowaniem.

Wszystkie leki stosowane w terapii RZS, zwłaszcza leki biologiczne z grupy anty-TNF- α , 5–8-krotnie zwiększają ryzyko rozwoju gruźlicy [16]. Istotne jest to, że u 62% chorych występuje gruźlica pozapłucna, która jest znacznie trudniejsza do rozpoznania i często może być zbyt późno wykryta i leczona [17].

Inne czynniki wpływające na zwiększoną śmiertelność chorych

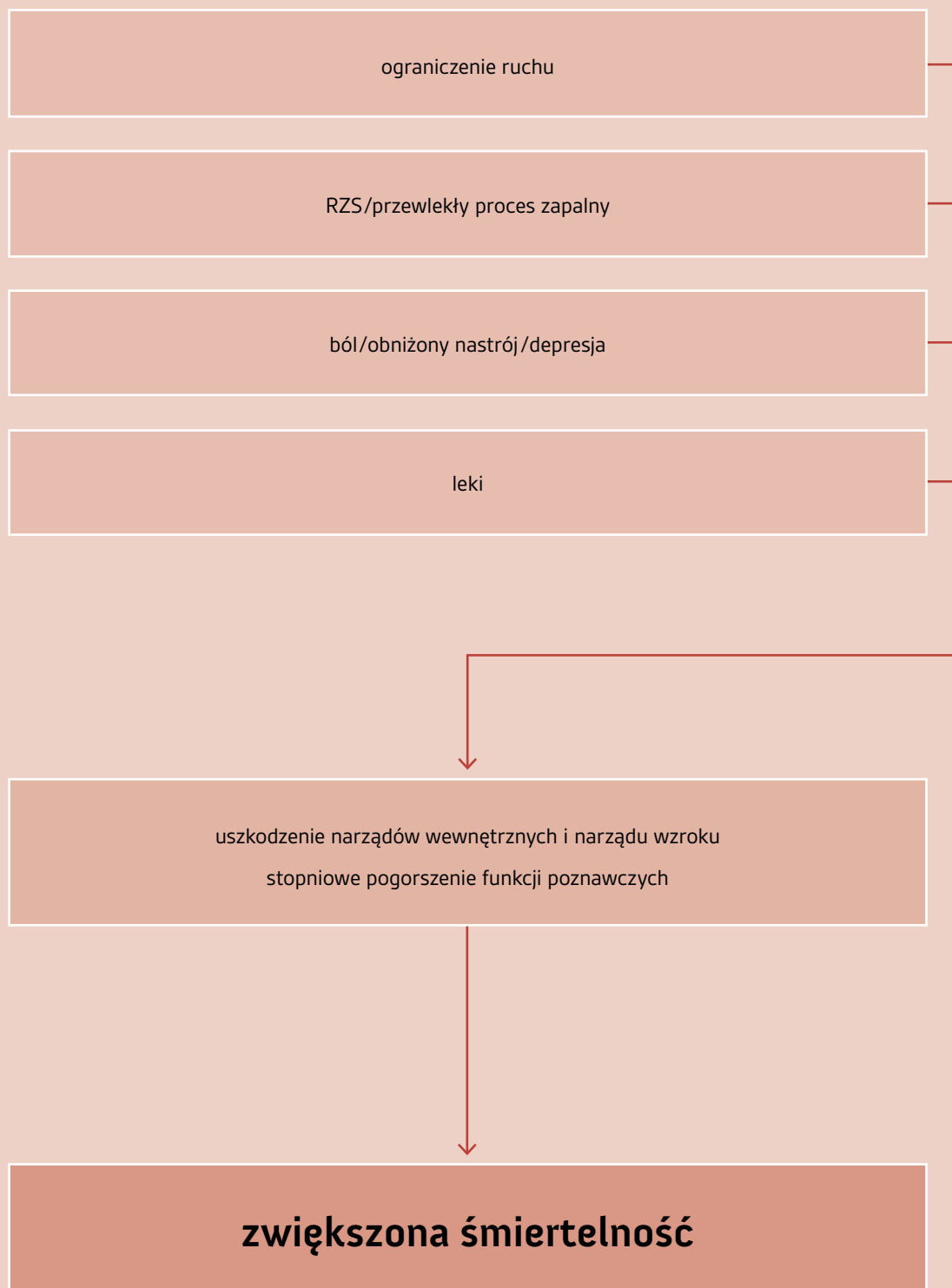
Występowanie przeciwciał ACPA (swoistych dla RZS) u kobiet chorych na RZS w okresie pomenopauzalnym 2-krotnie zwiększa ryzyko śmierci w porównaniu z kobietami bez tych przeciwciał, bez względu na wiek, obecność czynnika reumatoidalnego, obecność przeciwciał przeciwjądrowych (ANA) oraz stosowane leczenie modyfikującego przebieg choroby [18]. Do innych istotnych czynników zwiększających śmiertelność w przypadku chorych na RZS należą:

- palenie papierosów
- choroba wieńcowa przed rozpoznaniem RZS
- cukrzyca
- mała aktywność fizyczna chorego
- mała sprawność funkcjonalna chorego
- pogłębiająca się depresja u chorych

Czynniki wpływające na zwiększoną śmiertelność chorych na RZS są przedstawione na rycinie 5.1.

Rycina 5.1
Czynniki wpływające
na zwiększoną śmiertelność chorych na RZS

Źródło: Opracowanie własne.



5.1.2

Zdrowotne następstwa toczenia rumieniowego układowego

Wpływ toczenia rumieniowego układowego na przebieg ciąży

Szczyt zachorowań na TRU przypada na stosunkowo młody wiek: 20–40 lat, co skutkuje wysokim ryzykiem patologii ciąży u młodych kobiet. Aż 30,7% kobiet ma problemy z przebiegiem ciąży (poronienia, przedwczesne porody, przerwanie ciąży) [19]. Niemniej jednak dane epidemiologiczne wskazują, że wyniki ciąż u kobiet z TRU wyraźnie się poprawiły. Mimo że odsetek powodzeń ciąży w ostatnich latach wykazuje tendencję wzrostową (o ponad 85%), ciąża u pacjentek z TRU nadal stanowi stan znacznego ryzyka [20]. U kobiet powyżej 50. roku życia choroba przebiega łagodniej w porównaniu z osobami w wieku przedmenopauzalnym [21].

Wpływ toczenia rumieniowego układowego na niepełnosprawność pacjentów

W Polsce w latach 2011–2012 przeprowadzono wieloośrodkowe badania w ramach projektu SESAME (Systemic Lupus Erythematosus in CEE settings), dotyczącego charakterystyki TRU w trzech krajach Europy Środkowej: Rumunii, Polsce i na Węgrzech. Grupę badawczą stanowiło 269 pacjentów z sześciu ośrodków w Polsce. W tej grupie 28,6% chorych na TRU było zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin, a około 1/3 z nich otrzymywała rentę inwalidzką (mediana wieku w grupie rencistów: 43 lata). Najczęściej stwierdzanymi objawami TRU były bóle stawów i zmiany skórne, a najrza-

dziej zaburzenia nerwów czaszkowych, drgawki, uszkodzenia naczyń mózgowych, psychozy. Różne stopnie niepełnosprawności stwierdzono u 37,5% osób, z czego 20,8% pacjentów miało mały stopień niepełnosprawności, 13% – umiarkowany, 3,7% – ciężki. Wsparcia pracownika socjalnego wymagało 4,1% pacjentów. Zaobserwowano istotny związek między aktywnością choroby a częstością występowania niepełnosprawności oraz między wysokim stopniem niepełnosprawności a wyższą częstością otrzymywania renty inwalidzkiej [19].

Inne powikłania toczenia rumieniowego układowego

Ryzyko zgonu u chorych na TRU zwiększa się 5-krotnie w porównaniu z populacją ludzi zdrowych, z czego u 16% chorych stwierdza się zgon z powodu aktywnej postaci TRU, u 32% z powodu współistniejącego zakażenia, u około 15% z powodu zmian naczyniowych, u 8% nagła śmierć następuje z przyczyn niejasnych, a u 5% z powodu zmian narządowych, w tym przeważnie zęczenia nerek [22]. Powikłania sercowo-naczyniowe w tej chorobie obserwuje się znacznie częściej niż u chorych na RZS i dotyczą one ludzi młodych (w wieku około 45 lat). Najczęstszą przyczyną zgonów w grupie chorych na TRU stanowią infekcje oraz ciężkie zmiany narządowe (zjęczenie ośrodkowego układu nerwowego, przewlekłe zapalenie, nerek, zjęczenie serca i płuc) [23]. W przypadku dzieci ryzyko zgonu z powodu TRU wynosi 3,6 (95% CI 1,78–4,90) na 100 000 mieszkańców [24].

5.1.3

Zdrowotne następstwa spondyloartropatii

Podobnie jak w u chorych na RZS, u chorych na spondyloartropatie (SpA) ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych jest zwiększone od 1 do 5 razy w porównaniu ze zdrową populacją. Przekłada się to na zwiększone ryzyko zgonu [25]. Istotny jest fakt, że tak duże ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych dotyczy chorych w średnim wieku około 30 lat.

U około 10% chorych na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) stwierdza się istotne klinicznie zmiany w obrębie układu sercowo-naczyniowego, natomiast zmiany subkliniczne, które podlegają przyspieszonej progresji, obserwuje się nawet u 80% pacjentów [26]. Ostre zapalenie błony naczyniowej przedniego odcinka oka (acute anterior uveitis, AAU) występuje u 20–30% pacjentów z ZZSK [27]. Następstwem ZZSK jest postępujące sztywnienie. Dotyczy ono m.in. stawów kręgosłupa, co w konsekwencji istotnie upośledza ruchomość kręgosłupa oraz ogólne funkcje ruchowe. Ma to bezpośredni wpływ na jakość życia chorego [28].

W przypadku łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS) często nie stwierdza się korelacji między nasileniem zmian zapalnych w stawach a rozległością zmian skórnych [30]. Następstwem ŁZS może być: niesymetryczne zapalenie stawów, wielostawowe zapalenie stawów, zajęcie paznokci na skutek międzypalcikowego zapalenia stawów, okaleczenia [29].

5.2

Psychologiczne następstwa chorób reumatycznych

Nagła zmiana sytuacji życiowej, która jest następstwem tzw. rzutu choroby, wywołuje negatywne doświadczenia psychiczne i egzystencjonalne dla osoby z chorobą reumatyczną [30]. Choroby te stanowią obciążenie emocjonalne nie tylko dla osoby chorej, ale również dla jej otoczenia i rodziny. Do sytuacji stresogennych zaliczyć można: objawy przewlekłej choroby tkanki łącznej, nieprzewidywalność przebiegu choroby i jej postęp, obciążenie emocjonalne oraz trudności w codziennym życiu. Dotyczy to zarówno pacjentów z chorobą reumatyczną o podłożu zapalnym, jak i z chorobą zwyrodnieniową stawów [31]. Specyfika schorzeń reumatycznych znacznie wpływa na postawy pacjentów. Wynika to m.in. z: wydłużonego czasu oczekiwania na poprawę stanu zdrowia; potrzeby zdyscyplinowanego trybu życia (np. właściwa dieta, ruch, gimnastyka); wzmożonego lęku oraz niechęci do aktywności fizycznej, która jest źródłem silniejszych doznań bólowych; konieczności walki o zdrowie nawet przez wymuszony ruch czy ćwiczenia; wiedzy na temat stanu zdrowia (np. poranna sztywność stawów jako objaw, z którym pacjent musi sobie sam radzić); akceptacji zachowań rezygnacyjnych; współdziałania z lekarzem i terapeutą [30].

Do dysfunkcji, które wynikają z przeciążenia układu nerwowego, zaliczyć można depresję oraz nerwicę. Te najczęściej rozpoznawane zaburzenia są spowodowane nieradzeniem sobie z sytuacją trudną (coping) [32; 33; 34]. Depresja występuje



u 17–41,5% chorych na RZS, natomiast objawy depresji oraz depresji połączonej z lękiem u 53,2–70,8% chorych, w zależności od stosowanych metod diagnostycznych i analizowanej populacji [35; 36]. Badania przeprowadzone w Instytucie Reumatologii w Warszawie wykazały występowanie objawów depresji u 75,83% chorych na RZS i 50% chorych na ChZS [37]. Tak częste występowanie objawów depresji może być spowodowane dominującym bólem przewlekłym. W przypadku RZS dodatkowym czynnikiem wywołującym depresję może być stan zapalny, który powoduje tzw. zachowanie chorobowe, dające objawy ogólne, podobne do objawów depresji. Predysponują one do rozwoju tej choroby. Na podstawie analizy badań przeprowadzonych w Instytucie Reumatologii wykazano, że sama obecność choroby wielokrotnie zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się objawów depresji. Ryzyko wystąpienia objawów depresji zwiększa się prawie 9-krotnie u chorych na RZS, a w przypadku ChZS – 3-krotnie, w porównaniu ze zdrową populacją.

Osoby chore na RZS i ChZS znacznie częściej ogólnie gorzej radzą sobie ze stresem w porównaniu z osobami zdrowymi [38; 39; 40; 41]. Objawy depresji są 6-krotnie częstsze u chorych na RZS, którzy nie pracowali zawodowo w porównaniu z osobami aktywnymi zawodowo [35]. Fakt ten podkreśla duże znaczenie utrzymania pracy zarobkowej u chorych na RZS jako czynnika zmniejszającego możliwość wystąpienia depresji, co znajduje potwierdzenie w dostępnych publikacjach z innych krajów [42; 43]. Znajduje to również swoje odzwierciedlenie w zależności między występowaniem objawów depresji a sytuacją materialną

chorych. U chorych na RZS w gorszej sytuacji materialnej objawy depresji występują znacznie częściej [44]. Wykazano również zależność między częstością występowania objawów depresji a czasem trwania choroby. Sytuacja taka może być konsekwencją dłuższej działającego stresu, jakim jest choroba i wynikających z niej konsekwencji dla chorego.

Objawy depresji występują znacznie częściej u chorych na RZS, u których współistnieją takie choroby, jak: nadciśnienie tętnicze, niedoczynność lub nadczynność tarczycy, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca. Występowanie depresji u chorych na RZS pogarsza rokowanie oraz przebieg choroby. Współwystępowanie depresji u chorych na RZS 2-krotnie zwiększa ryzyko zgonu [45]. W innych chorobach reumatycznych depresja występuje 2-krotnie częściej niż w populacji ogólnej, rzutuje na przebieg tych chorób, co pogarsza rokowanie i zwiększa śmiertelność w tej grupie chorych [46].

Następstwa psychologiczne chorób reumatycznych dotyczą również dzieci. Zaburzenia emocjonalne u dzieci przebiegają inaczej niż u dorosłych pacjentów, wobec czego diagnostyka tych zaburzeń ma inny charakter. Ciężko jest ocenić wpływ choroby reumatycznej na stan emocjonalny dziecka czy trudności związane z innymi obszarami życia, ponieważ rodzice mają negatywny stosunek do konsultacji psychologicznej dziecka. W ich ocenie pomoc psychoterapeuty czy psychologa stanowi interwencję negującą ich metody wychowawcze. Ponadto rodzice obawiają się, że lekarz zbagatelizuje objawy somatyczne dziecka [31].

5.3

Społeczne następstwa chorób reumatycznych

Istotnym zagadnieniem, na które należy zwrócić uwagę, analizując kwestie związane z rentami pobieranymi przez pacjentów z chorobami reumatycznymi, jest problem ubóstwa. W wielu przypadkach pacjenci z RZS, ZZSK czy ŁZS muszą zrezygnować z pracy i zacząć utrzymywać się z renty inwalidzkiej. Taka sytuacja stwarza zagrożenie zubożenia tych chorych. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym w 2012 roku w grupie rencistów wynosił 12,1% [47].

5.3.1

Renty

Kwestia rent z tytułu niezdolności do pracy z powodu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00–M99) została przedstawiona również w rozdziale dotyczącym kosztów bezpośrednich i pośrednich chorób reumatycznych. Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) nie udostępnia informacji o liczbie rencistów w podziale na jednostki chorobowe, co uniemożliwia przeprowadzenie pogłębionych analiz. Szczegółowe dane w podziale na jednostki klasyfikacji ICD10 dostępne są wyłącznie dla orzeczeń pierwszorazowych.

W 2012 roku ZUS wydał łącznie 5440 orzeczeń pierwszorazowych do celów rentowych z powodu chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej, z czego 87,2% przypadków dotyczyło częściowej niezdolności do pracy, 12,2% całkowitej niezdolności do pracy, a 0,6% niezdolności do samodzielnej egzystencji (tab. 5.1). W 2012 roku wydano również 37 900 ponownych orzeczeń, z czego 83,9% przypadków dotyczyło częściowej niezdolności do pracy, 13,4% całkowitej niezdolności do pracy, a 2,7% niezdolności do samodzielnej egzystencji [48].

Według danych ZUS z 2012 roku odsetek orzeczeń pierwszorazowych wydanych do celów rentowych przez komisje lekarskie, w których ustalono stopień niezdolności do pracy z powodu chorób układu kostno-stawowego, wyniósł 14,8% ogółu orzeczeń pierwszorazowych w grupie kobiet i 10,6% w grupie mężczyzn.

KOD ICD10	JEDNOSTKA CHOROBY	2012 ROK			2013 ROK		
		RAZEM	MĘŻCZYŹNI	KOBIETY	RAZEM	MĘŻCZYŹNI	KOBIETY
M00 – M99	Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej	5440	3102	2332	5914	3424	2488
M05	Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów	344	118	226	380	116	264
M06	Inne reumatoidalne zapalenia stawów	113	42	71	139	49	90
M10	Dna moczanowa	25	24	1	23	23	0
M32	Toczeń rumieniowaty układowy	76	9	67	69	15	54
M45	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	84	69	15	73	63	10

Tabela 5.1
Orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników ZUS wydane w latach 2012 i 2013 w podziale na płeć*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

* W przypadku płci ZUS wyróżnia jeszcze kategorię „nieustalona płeć”, która nie została uwzględniona w prezentowanych tabelach. W 2013 roku były 2 orzeczenia pierwszorazowe tak sklasyfikowane w grupie M00–M99, a w 2012 roku – 6.

5.3.2

Niepełnosprawność

Wyniki analizy ZUS dotyczące orzeczeń pierwszorazowych wydanych dla celów rentowych w 2012 roku wykazały, że najczęściej niezdolność do pracy powodowały choroby związane z ogólnym stanem zdrowia. Były to choroby układu krążenia – 22,3% ogółu orzeczeń, nowotwory – 21,7% oraz choroby układu kostno-stawowego, które były przyczyną częściowej niezdolności do pracy 19,5% osób otrzymujących rentę po raz pierwszy. W 2012 roku odsetek orzeczeń pierwszorazowych rentowych wydanych przez lekarzy orzeczników, w których ustalono stopień niezdolności do pracy z powodu chorób układu kostno-stawowego w przypadku mężczyzn wyniósł 10,8%, w grupie kobiet 15,3% [48].

Choroby reumatyczne w istotny sposób wpływają na codzienne funkcjonowanie chorych w społeczeństwie. Życie chorych reumatycznych jest postrzegane inaczej, jeżeli porówna się kompleksową ocenę danej dziedziny życia i poszczególne działania, które są elementami tej dziedziny. Do najczęściej zgłaszanych problemów życia codziennego chorych reumatycznych należą: ubieranie się, wstawanie z łóżka, odkręcanie kranu, odkręcanie butelki, wsiadanie do autobusu i brak siedzącego miejsca, niemożność chodzenia po schodach i otwierania ciężkich drzwi, niemożność długiego stania [49]. Problemy z wykonywaniem najprostszych czynności dnia codziennego mają istotny wpływ na utratę samodzielności, utrudnione relacje w społeczeństwie, a nawet na zagrożenie ubóstwem. W Europie prawie połowa osób z chorobami układu kostno-stawowego, która obecnie jest bez pracy, była głównym „żywicielem rodziny”. Niemal 60% z nich ma orzeczenie niepełnosprawności, a prawie 80% osób jest na emeryturze, która jest głównym źródłem dochodu w ich gospodarstwie domowym [50].

Z badania przeprowadzonego w latach 2009–2010 w Polsce, które objęło 1000 respondentów chorych na RZS spośród pacjentów 50 losowo wybranych poradni reumatologicznych w kraju, wynika, że 53% chorych na RZS ma orzeczenie niepełnosprawności. Wśród nich 35% (19% ogółu respondentów) posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, natomiast 64% (33% ogółu) ma wydane orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności [51]. Aż 41% respondentów zadeklarowało, że ma potrzebę dostosowania warunków domowych do swoich ograniczeń związanych z chorobą, a tylko 5% (z 1000) respondentów zadeklarowało, że ma tego rodzaju udogodnienia. Najczęstsze adaptacje środowiska domowego dotyczą odpowiedniego wyposażenia łazienki (6%) oraz zakupu zmywarki (5%) [51].



Choroby reumatyczne mogą wywoływać ból oraz zmęczenie ograniczające wydajność pracy, czego wielu pracowników nie chce ujawniać. Choroby zapalne stawów mogą również wpływać na bezpieczeństwo wykonywanej pracy, np. gdy schorzenie lub wywołany przez nie ból wpływa na koncentrację czy sprawność ruchową pracownika. Autorzy raportu „Fit for work” wskazują, że 30% polskich pracowników cierpiących na reumatoidalne zapalenie stawów niechętnie ujawnia swój stan współpracownikom oraz przełożonym z obawy przed dyskryminacją, a 22% zatrudnionych nie informuje pracodawców o swoich problemach zdrowotnych [52].

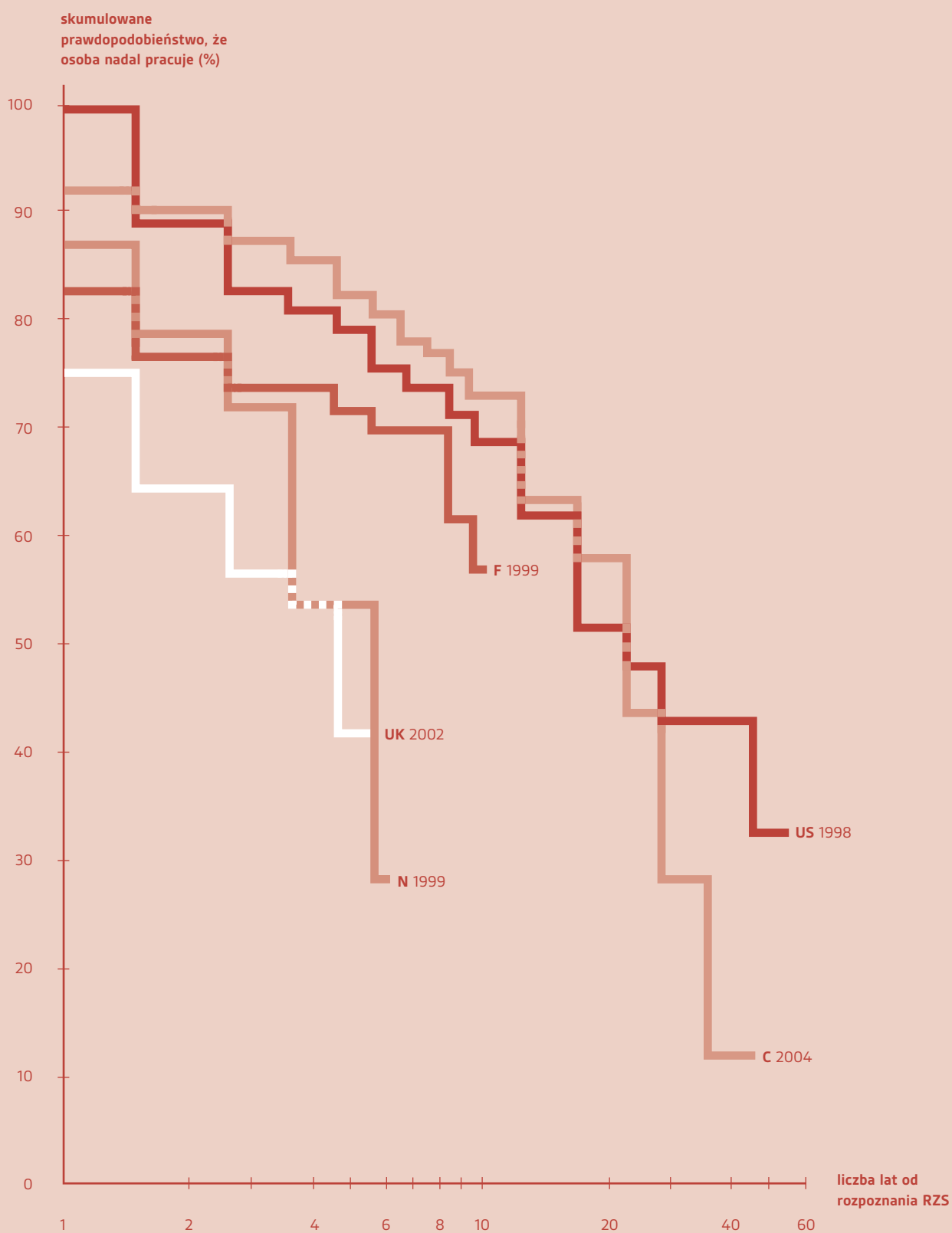
Choroby reumatyczne mogą utrudniać wykonywanie codziennych czynności, co zmusza wielu chorych do rezygnacji z pracy. Szacuje się, że w Europie 40% osób z RZS musiało zrezygnować z pracy z powodu choroby. Należy mieć na uwadze to, że większość osób zachorowała na RZS w wieku produkcyjnym (nie na emeryturze) [53]. W Europie odsetek absencji chorobowej w pracy z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego (musculoskeletal disorders, MSD) stanowi mniej więcej połowę wszystkich absencji związanych z chorobą [53]. W przypadku chorych na ZZSK odsetek osób bez pracy jest 3-krotnie większy niż w populacji ogólnej [53]. Jak wskazują dane Banku Światowego, niepełnosprawność jest główną przyczyną braku aktywności zawodowej wśród Polaków w wieku 45–59 lat i Polek w przedziale wiekowym 45–54 lata [54].

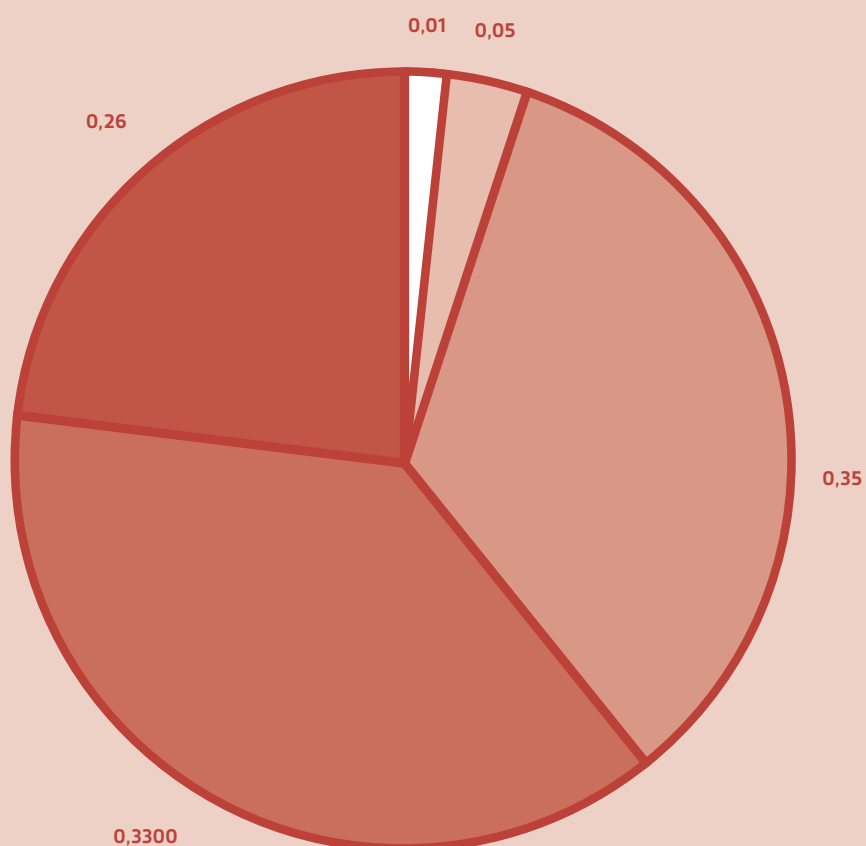
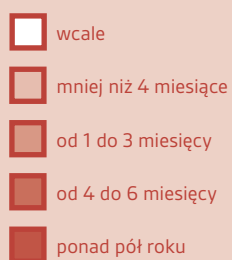
Wyniki polskiego badania wskazują, że przed pojawieniem się objawów choroby zatrudnionych było nawet 61,9% chorych na RZS. Krótco po ustaleniu rozpoznania wielu z nich musiało zrezygnować z pracy. Przynajmniej połowa ankietowanych pacjentów z RZS musiała zacząć utrzymywać się z renty inwalidzkiej oraz była zagrożona ubóstwem [55]. Specjaliści sugerują, że pięć lat po wystąpieniu pierwszych objawów choroby zaledwie połowa chorych na RZS nadal pracuje. Po dziesięciu latach od początku choroby odsetek osób nadal aktywnych zawodowo zmniejsza się do 20% [52]. Całkowite zaprzestanie pracy w ciągu 10 lat od wystąpienia pierwszych objawów RZS dotyczy od 32% do 50% chorych. Co najmniej 12,1% przypadków absencji chorobowej jest związanych z chorobami reumatycznymi. Szacuje się, że w Wielkiej Brytanii niemal 1/4 chorych na RZS rezygnuje z pracy w ciągu pięciu lat od rozpoznania choroby. Liczba ta może się zwiększyć do 40%, jeżeli nie uwzględni się oddzielnie chorób współistniejących, takich jak: depresja, choroby układu krążenia oraz układu oddechowego [56].

Na rycinie 5.2 przedstawiono analizę przeżycia przeprowadzoną dla danych opisujących osiągnięcie niezdolności do pracy z powodu RZS w 5 wybranych krajach. W zależności od badania 50-procentowe prawdopodobieństwo stania się osobą niezdolną do pracy występowało w czasie od 4,5 roku do 22 lat, licząc od chwili wystąpienia pierwszych objawów (mediana wyniosła 13 lat). Największy przyrost prawdopodobieństwa wystąpienia niezdolności do pracy zachodzi w pierwszym roku od chwili postawienia diagnozy [57].

Rycina 5.2
Analiza przeżycia wykonana dla niezdolności do pracy w przypadku RZS na podstawie badań prowadzonych w: Kanadzie (C), Finlandii (F), Holandii (N), Wielkiej Brytanii (UK) oraz Stanach Zjednoczonych (US)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [57].





Rycina 5.3
Czas oczekiwania na re-
habilitację w miesiącach

Źródło: Opracowanie wła-
sne na podstawie [58].

5.3.3

Rehabilitacja

Rehabilitacja stanowi istotny czynnik, który poprawia jakość życia oraz przedłuża aktywność fizyczną, społeczną i zawodową osób z chorobami stawów i tkanki łącznej. Według raportu „JA! Pacjent” w Polsce liczba rehabilitantów jest niewystarczająca dla zaspokojenia potrzeb osób chorych na choroby reumatyczne. Autorzy raportu podają, że w placówkach ochrony zdrowia wskaźnik liczby fizjoterapeutów przypadających na 10 000 ludności nie przekracza w żadnym województwie 6. Jedynie w 2 z 16 województw wynosi powyżej 5, natomiast aż w 7 województwach wskaźnik ten nie przekracza 3 [58]. Kwestia ta ma kluczowe znaczenie dla systemu opieki reumatologicznej, biorąc pod uwagę liczbę wydanych rocznie orzeczeń uprawniających do świadczenia rehabilitacyjnego. W 2012 roku choroby układu kostno-stawowego były przyczyną 23,4% orzeczeń o świadczeniu rehabilitacyjnym wydanym dla mężczyzn, a u kobiet odpowiednio 25,5%. Z powodu chorób układu kostno-stawowego w latach 2011–2012 w grupie mężczyzn wydano 19 810 orzeczeń pierwszorazowych ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego, w grupie kobiet było to odpowiednio 10 480 [49]. Niewątpliwie niewystarczająca liczba fizjoterapeutów przekłada się na czas oczekiwania na podjęcie rehabilitacji. Autorzy raportu „JA! Pacjent” wskazują, że ponad połowa pacjentów czeka średnio pół roku lub więcej na rehabilitację, a zdarzają się przypadki, kiedy pacjenci czekają dwa lub nawet trzy lata na możliwość skorzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych [58]. Z badań przeprowadzonych przez stowarzyszenia pacjentów wynika, że istnieje bardzo ograniczony dostęp do informacji zdrowotnej. Na rycinie 5.3 pokazano, ile miesięcy pacjenci z chorobami reumatycznymi muszą w Polsce czekać na rehabilitację.

5.3.4

Jakość życia

Choroby reumatyczne – zarówno o podłożu zapalnym, jak i niezapalnym, istotnie wpływają na obniżenie jakości życia, dotyczy to zwłaszcza funkcjonowania w społeczeństwie oraz samopoczucia [59; 60; 61]. Wyniki metaanalizy z 2014 roku potwierdzają wzrost wskaźnika HAQ* wraz z czasem trwania choroby (Health Assessment Questionnaire) oraz DAS28 (Disease Activity Score) wśród pacjentów z RZS [62]. Przeprowadzone badania pokazały, iż aktywność RZS w istotny sposób wpływa na poziom bólu odczuwanego przez chorego. Zaobserwowano wzrost oceny bólu w algorytmie DAS28 o 12,5 punktu ($\pm 1,2$) wraz z postępem choroby [63].

Wyniki badania przeprowadzonego w Szczecinie wskazują, że jakość życia u chorych na RZS zależy od okresu zaawansowania radiologicznego, czynnościowego, czasu trwania choroby oraz jej aktywności. W badaniu tym do oceny jakości życia pacjentów z RZS wykorzystano kwestionariusze: Medical Outcomes Study 36 – SF - 36, Health Assessment Questionnaire – HAQ oraz Arthritis Impact Measurement Scale – AIMS. Czas trwania choroby oraz wiek chorego nie korelowały istotnie z aktywnością RZS. Chorzy z dłuższym czasem trwania choroby i większą aktywnością procesu zapalnego gorzej oceniali swoją jakość życia. Wykazano, że stopień zaawansowania radiologicznego oraz czynnościowego istotnie wpływał na ocenę jakości życia chorych w badanej grupie. Nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie jakości życia przez kobiety i mężczyzn [64].

* HAQ (Health Assessment Questionnaire) to kwestionariusz służący do oceny stanu zdrowia pacjentów chorych na RZS. Pierwszy raz został użyty w 1980 roku. Pełna wersja HAQ analizuje pięć wymiarów zdrowia pacjentów z RZS: niepełnosprawność, dni wolne od bólu i dyskomfortu, działania niepożądane, leczenie i koszty leczenia, opóźnienie czasu zgonu [69].

Wyniki innych badań wskazują, że u kobiet jakość życia częściej ulega obniżeniu na skutek RZS [63; 65]. Wyniki badań australijskich wskazują, że u kobiet z RZS współczynnik HAQ wynosi 1,4*, natomiast w grupie mężczyzn z RZS – 0,9 [65]. Wyniki hiszpańskich badań nie wykazały zależności między poziomem wykształcenia chorego a jakością życia [63]. Kobiety chore na RZS znacznie częściej potrzebują pomocy ze strony rodziny lub znajomych (kobiety: 65%, mężczyźni: 25%). Zależność od najbliższego otoczenia dotyczy takich sytuacji, jak: obowiązki domowe (70%), zakupy (41%), przenoszenie ciężkich przedmiotów (20%), transport (15%), otwieranie słoików (15%), higiena osobista (11%) [65]. Należy zauważyć, że również w przypadku choroby zwyrodnieniowej stawów mamy do czynienia z bólem oraz ograniczoną sprawnością chorego, które utrudniają codzienne funkcjonowanie [66].

Pacjenci z RZS często są zależni finansowo od najbliższych (rodziny, przyjaciół). Osoby młode częściej mówią o wpływie choroby (RZS) na ich funkcjonowanie w społeczeństwie niż osoby powyżej 65. roku życia. Według osób młodych RZS

negatywnie wpływa na udział w życiu społecznym oraz uprawianie sportu na świeżym powietrzu [66]. Wyniki badań norweskich wskazują, że jakość życia zależna od stanu zdrowia (Health-Related Quality of Life, HRQOL**) jest istotnie niższa w grupie chorych na RZS niż w populacji ogólnej. Dotyczy to wszystkich grup wiekowych – zarówno kobiet, jak i mężczyzn (tak w aspekcie zdrowotnym, jak i w obszarze funkcjonowania społecznego, kondycji fizycznej, zdrowia psychicznego, stanu emocjonalnego) [67].

Badanie zrealizowane w Polsce wykazało, że zaledwie 38% osób z RZS jest ogólnie zadowolonych z życia, choroba ma natomiast największy wpływ na kwestie zawodowe oraz sytuację finansową [55]. Polsko-niemieckie badanie wykazało, że 95% polskich pacjentów z RZS czuje się wykluczonych z życia społecznego [68]. W przypadku niemieckich pacjentów o podobnych odczuciach wspomniało 62% badanych. Autorzy raportu „Fit for Work” wskazują, że choroby reumatyczne ograniczają możliwości kształcenia się oraz zmniejszają szanse awansu nawet wśród osób aktywnych zawodowo [2].

* Minimalna wartość wskaźnika wynosi 0, a maksymalna – 3. Wyższy wskaźnik oznacza większą niepełnosprawność.

** HRQOL (Health-Related Quality of Life) – jakość życia zależna od stanu zdrowia. Definiowana jest jako jakość życia z wykluczeniem tych aspektów, które nie są zdeterminowane interwencjami zdrowotnymi. Pojęcie wieloczynnikowe, z perspektywy pacjenta reprezentujące końcowy rezultat całokształtu wpływów fizjologicznych, psychologicznych i socjalnych działań terapeutycznych. Jakość życia może być rozważana na różnych płaszczyznach: ogólnej oceny „dobrostanu” pacjenta, oceny określonych komponentów, oceny subkomponentów (ból, sen, czynności domowe, aktywność seksualna itp.) [70].

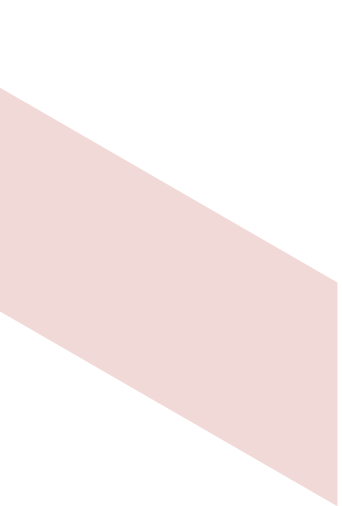
Podsumowanie

Choroby reumatyczne, przede wszystkim o podłożu zapalnym, nie powinny być postrzegane wyłącznie przez pryzmat samych następstw zdrowotnych. Rozwój choroby wiąże się nie tylko ze zwiększonym ryzykiem różnego rodzaju zmian narządowych, ale przede wszystkim z postępującą niepełnosprawnością oraz narastającymi problemami o podłożu psychologicznym. To wszystko przekłada się na obniżenie jakości życia, do czego dochodzą trudności natury ekonomicznej (zmniejszone przychody oraz zwiększone koszty związane z chorobą). Wczesne ustalenie rozpoznania i wdrożenie skutecznego leczenia stanowi warunek konieczny dla utrzymania przez chorego aktywności zarówno w sferze zawodowej, jak i społecznej, co ma kluczowe znaczenie dla zmniejszenia negatywnych następstw choroby. Utrzymanie chorego na rynku pracy jest również korzystne z punktu widzenia systemu ubezpieczeń społecznych oraz zdrowotnych.

Bibliografia

1. **Scott DL, Symmons DP, Coulton BL, et al.** Long-term outcome of treating rheumatoid arthritis: results after 20 years. *Lancet* 1987; 239: 1108–1111.
2. **Humphreys JH, Warner A, Chipping J, et al.** Mortality trends in patients with early rheumatoid arthritis over 20 years: Results from the Norfolk Arthritis Register. *Arthritis Care Res* 2014. doi: 10.1002/acr.22296.
3. **VN, Cassar-Pullicino.** The Spine in Rheumatological Disorders. *Imaging* 1999; 11: 4–118.
4. **Resnick D, Kyriakos M, Greenway GD.** Rheumatoid arthritis. In: *Diagnosis of Bone and Joint Disorders*. WB Saunders, Philadelphia 2002; 891–974.
5. **Listing J, Kekow J, Manger B, et al.** Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNF α inhibitors and rituximab. *Ann Rheum Dis* 2013 doi: 1136/annrheumdis-2013-204021.
6. **Kelly C, Hamilton J.** What kills patients with rheumatoid arthritis? *Rheumatology* 2007; 46: 183–184.
7. **Solomon DH, Karlson EW, Rimm KB, et al.** Cardiovascular Morbidity and Mortality in Women Diagnosed With Rheumatoid Arthritis. *Circulation*. 2003; 107: 1303–1307.
8. **Holmqvist ME, Wedrén S, Jacobsson LT, et al.** Rapid increase in myocardial infarction risk following diagnosis of rheumatoid arthritis amongst patients diagnosed between 1995 and 2006. *J Intern Med* 2010; 268: 578–585.
9. **Chung WS, Peng CL, Lin CL, et al.** Rheumatoid arthritis increases the risk of deep vein thrombosis and pulmonary thromboembolism: a nationwide cohort study. *Ann Rheum Dis*. 2013, Doi: 10.1136/annrheumdis-2013–203380.
10. **Bongartz T, Nannini C, Medina-Velasquez YF, et al.** Incidence and mortality of interstitial lung disease In rheumatoid arthritis: a population-based study. *Arthritis Rheum*. 2010; 62: 1583–1591.
11. **Dawson JK, Fewins HE, Desmond J, et al.** Fibrosing alveolitis in patients with rheumatoid arthritis as assessed by high resolution computed tomography, chest radiography, and pulmonary function tests. *Thorax* 2001; 58: 622–627.
12. **Symmons DPM.** Lymphoma and rheumatoid arthritis – again. *Rheumatology*. 2007; 46: 1–2.
13. **Koivuniemi R, Leirisalo-Repo M, Suomalainen R, et al.** Infectious causes of death In patients with rheumatoid arthritis: an autopsy study. *Scan J Rheumatol* 2006; 35: 273–276.
14. **Tonya L. Hickson J, Crowson CS, et al.** Development of Reduced Kidney Function in Rheumatoid Arthritis. *Am J Kidney Dis*. 2014; 63: 206–213.
15. **Benucci M, Maniscalchi F, Manfredi M.** Secondary amyloidosis complicated rheumatoid arthritis, prevalence study in Italian population. *Recenti Prog Med* 2007; 98: 16–19.
16. **Askling J, Foreb CM, Brandt L, et al.** Risk and case characteristics of tuberculosis in rheumatoid arthritis associated with tumor necrosis factor antagonists in Sweden. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 1986–1992.
17. **Dixon WG, Hyrich KL, Watson KD, et al.** Drug-specific risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR). *Ann Rheum Dis*. 2010; 69: 522–528.
18. **Kuller LH, Mackey RH, Walitt BT, et al.** Determinants of mortality among postmenopausal women in the women's health initiative who report rheumatoid arthritis *Arthritis Rheumatol* 2014; 66: 497–507
19. **Leszczyński P, Majdan M, Kucharz EJ, et al.** Characteristics of Polish patients with systemic lupus erythematosus obtained from the SESAME registry. Activity of the disease, degree of impairment, and availability of social care. *Reumatologia* 2013; 51: 332–341.
20. **Sciascia S, Khamashta M.** Lupus and pregnancy in the 21st century. *Reumatologia* 2014; 51: 1–3.
21. **Klonowska-Szymczyk A, Robak E.** Współczesne poglądy na etiopatogenezę układowego toczenia rumieniowatego. *Postepy Hig Med Dosw* 2011; 65: 683–703.
22. **Abu-Shakra M, Urowitz MB, Gladman DD, et al.** Mortality studies in systemic lupus erythematosus. Results from a single center. I. Causes of death. *Rheumatol* 1995; 22: 1259–1264.
23. **Gryglewicz J, Kosowicz M, Majdan M.** Toczeń rumieniowaty układowy w Polsce. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”, Warszawa 2012.
24. **Hashkes PJ, Wright BM, Lauer MS.** Mortality Outcomes in Pediatric Rheumatology in the US. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 599–608.
25. **Huang YP, Wang Yh, Pan SL.** Increased risk of ischemic heart disease in young patients with newly diagnosed ankylosing spondylitis – a population-based longitudinal follow-up study. *PLoS One*. 2013; 8 (5) e64155.

- 26. Ozdowska P, Dąbrowski R, Głuszko P.** Czynniki ryzyka powikłań w układzie sercowo-naczyniowym w przebiegu zapalnych, seronegatywnych spondyloartropatii. *Kardiologia* 2013; 71: 417–420.
- 27. Gouveia EB, Elmann D, Saad de Ávila Morales M.** Ankylosing spondylitis and uveitis: overview. *Rev Bras Reumatol* 2012; 52: 742–756.
- 28. Dean LE, Jones GT, Macdonald AG, et al.** Global prevalence of ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)* 2014; 53: 650–657.
- 29. Stanisławska-Biernat E, Świerkot J, Tlustochowicz W.** Spondyloartropatie. *Reumatologia* 2012; 50: 93–102.
- 30. Popielski K.** Psychologiczne aspekty doświadczania schorzeń reumatycznych. *Reumatologia* 2005; 43: 160–165.
- 31. Dobrucka-Janeczek I, Jędryka-Góral A.** Problemy psychologiczne w chorobach reumatycznych. *Borgis – Postępy Nauk Medycznych* 2012; 2: 152–155.
- 32. Lazarus RS, Folkman S.** Stress, appraisal and coping. Springer, New York 1984.
- 33. Terelak J.** Psychologia stresu. Branta, Warszawa 2001.
- 34. Selye H.** Stres okiełznany. PIW, Warszawa 1978.
- 35. Dickens C, Jackson J, Tomenson B, et al.** Association of Depression and Rheumatoid Arthritis. *Psychosomatics* 2003; 44: 209–215.
- 36. Isik A, Koca SS, Ozturk A, et al.** Anxiety and depression with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2007; 26: 872–878.
- 37. Kwiatkowska B.** Występowanie objawów depresji w powiązaniu z przebiegiem i obrazem klinicznym reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia* 2011; 49 (supl 1): 1–84.
- 38. Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R.** Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 1999; 46: 155–164.
- 39. Hampson SE, Glasgow RE, Zeiss AM.** Coping with osteoarthritis by older adults. *J Psychosom Res* 1996; 9: 133–141.
- 40. Spielman AJ, Glovinsky PB.** The varied nature of insomnia. [red.] Hauri PJ. Case Studies In insomnia. Plenum Medical Book Co; New York 1991: 1–5.
- 41. Gawlik O, Nowak JZ.** Zaburzenia rytmów biologicznych w depresji – poszukiwanie nowych strategii leczenia. *Post Psychiatr Neurol* 2006; 15: 171–178.
- 42. Stansfeld S, Candy B.** Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32: 443–462.
- 43. Reisine S.** Depression and Employment Among People with Arthritis. *J Rheumatol* 2006; 33: 1718–1720.
- 44. Margaretten M, Barton J, Julian L, et al.** Socioeconomic Determinants of Disability and Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res* 2011; 63: 240–246.
- 45. Bruce TO.** Comorbid depression in rheumatoid arthritis: Pathophysiology and clinical implications. *Curr psych rep* 2008; 10: 258–264.
- 46. Geen R, Newman S, Bossema ER, et al.** Psychological interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2012; 26: 305–319.
- 47. Bieńkuńska A, Łysoń P.** Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, Departament badań społecznych i warunków życia, Urząd Statystyczny w Łodzi, 2013.
- 48. Łabęcka M, Kania A.** Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2012 roku. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2013.
- 49. Grygielska J.** Ocena wybranych dziedzin życia w chorobach reumatycznych – analiza porównawcza badań ankietowych. *Reumatologia* 2008; 46: 230–234.
- 50.** Fit for Work Europe Patient Survey report. October 2012.
- 51. Grygielska J.** The impact of rheumatoid arthritis on the economic situation of Polish households. *Reumatologia* 2013; 51: 348–354.
- 52. Zheltoukhova K, Bevan S, Reich A.** Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce. Fit for Work Europe, 2011.
- 53.** Musculoskeletal Disorders and the European Workforce: The Facts. Fit for Work Europe, 2012.
- 54. Bank Światowy.** Europe 2020 Poland. Fueling Growth and Competitiveness in Poland Through Employment, Skills, and Innovation. Overview. World Bank Human Development and Private and Financial Sector Development Departments, Washington 2011.
- 55. Tasiemski T, Angiaszwili-Biedna N, Wilski M.** Assessment of objective and subjective quality of life in people with rheumatoid arthritis – Preliminary study. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja* 2009; 4: 346–359.



56. Bevan S, Passmore E, Mahdon M. Fit For Work? Musculoskeletal Disorders and Labour Market Participation.

57. Raciborski F, Władysław M, Bebrysz M, et al. Utrata produktywności w następstwie chorób reumatycznych – absencja i prezenteizm. *Reumatologia* 2013; 51: 355–362.

58. Kotarba-Kańczugowska M, Kucharski K, Linder-Kopiecka I, et al. JA PACJENT! Perspektywa Organizacji Pacjentów na Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce. Raport Organizacji Pacjentów, Warszawa 2014.

59. Carr AJ. Beyond disability: measuring the social and personal consequences of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 1999; 7: 230–238.

60. da Mota LMH, dos Santos Neto LL, Burlingame RW, et al. Disability and quality-of-life are not influenced by the prevalence of autoantibodies in early rheumatoid arthritis patients – results of the Brasília Cohort. *Rev Bras Reumatol* 2012; 52: 819–829.

61. Boyd TA, Bonner A, Thorne C, et al. The Relationship Between Function and Disease Activity as Measured by the HAQ and DAS28 Varies Over Time and by Rheumatoid Factor Status in Early Inflammatory Arthritis (EIA). Results from the CATCH Cohort. *The Open Rheumatology Journal*. 2013; 7: 58–63.

62. Bujkiewicz S, Thompson JR, Sutton AJ. Use of Bayesian Multivariate Meta-Analysis to Estimate the HAQ for Mapping Onto the EQ-5D Questionnaire in Rheumatoid Arthritis. *Value Health* 2014; 7: 109–115.

63. Luna KS, Ortiz AM, Patino E, et al. Influence of the Structure of Mood in the Assessment of Rheumatoid Arthritis Through the Visual Analog Scale for Pain, HAQ and DAS28. *Reumatol Clin* 2012; 8: 328–333.

64. Prajs K. Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów w odniesieniu do sprawności fizycznej i stanu psychicznego. *Ann Acad Med Stet* 2007; 53: 72–82.

65. Lapsley HM, March LM, Tribe KL, et al. Living with rheumatoid arthritis: expenditures, health status, and social impact on patients. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 818–821.

66. Brooks PM. Impact of osteoarthritis on individuals and society: how much disability? *Social Rheumatol*. 2002; 14: 573–577.

67. Uhlig T, Loge JH, Kristiansen IS, et al. Quantification of reduced health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis compared to the general population. *J Rheumatol* 2007; 34: 1241–1247.

68. Bugajska J, Brzosko M, Jędryka-Góral A, et al. Psychological stress in rheumatoid arthritis patients: a comparative Polish–German study. *Autoimmun Rev* 2010; 9: 211–215.

69. Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: Dimensions and Practical Applications. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1 (20): doi:10.1186/1477-7525-1-20.

70. Bochenek T, Ryś A, Topór-Mądry R. Słownik polsko-angielski terminów farmakoepidemiologicznych i farmakoeconomicznych. Szkoła Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1997.

6

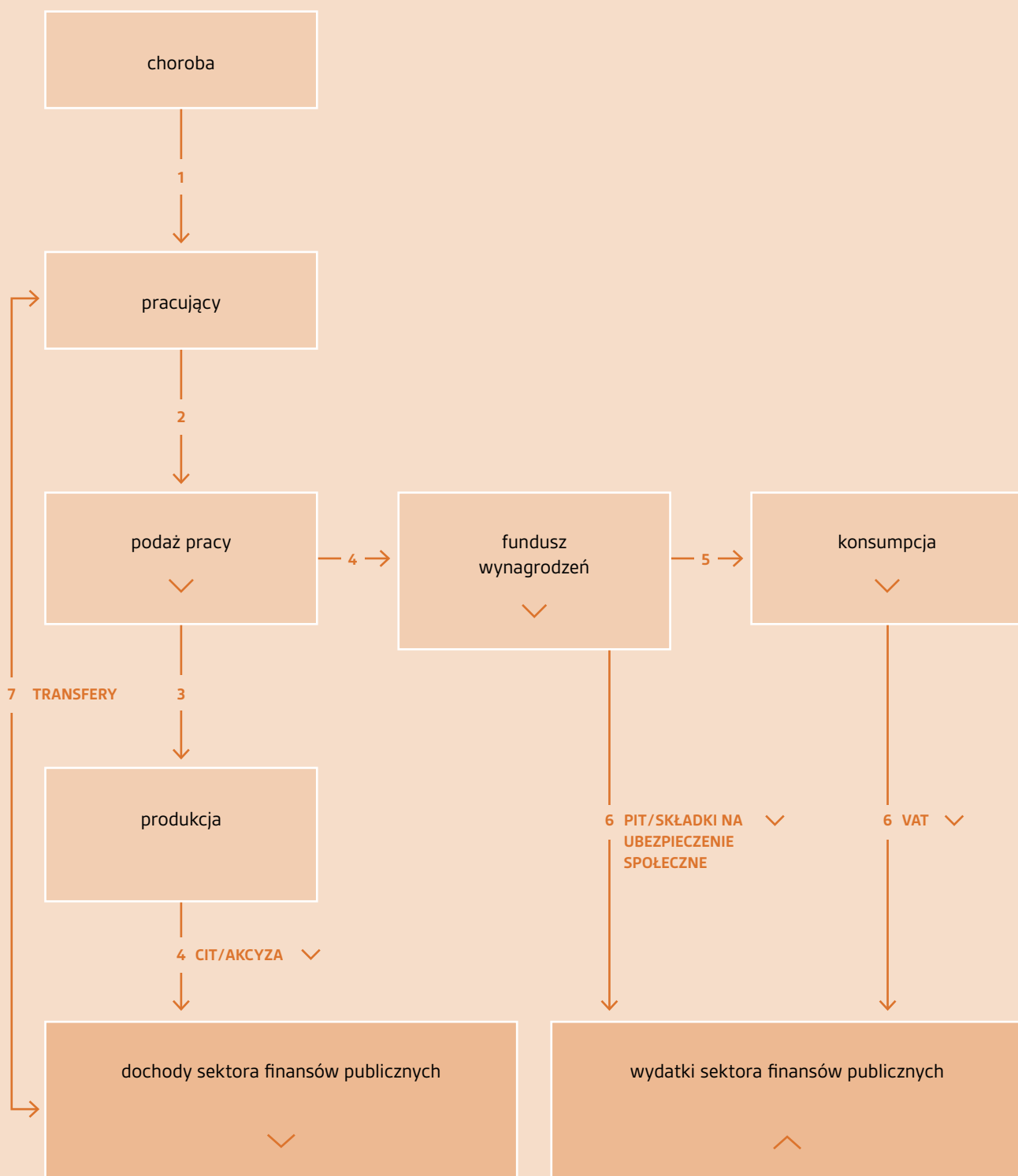
Koszty bezpośrednie i pośrednie chorób reumatycznych



Choroby reumatyczne, szczególnie o podłożu zapalnym, wiążą się z wieloma różnego rodzaju następstwami w sferze zdrowotnej, psychologicznej oraz społecznej. Dopełnieniem obrazu jest przedstawienie strat, jakie ponosi z tego tytułu państwo (ryc. 6.1). Analizy tego rodzaju opierają się w większości na szacowaniu kosztów bezpośrednich oraz pośrednich. Takie podejście zastosowano również w tym raporcie.

Rycina 6.1
Skutki ekonomiczne choroby i ich wpływ na sytuację sektora finansów

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [1].



6.1

Koszty bezpośrednie chorób reumatycznych

Koszty bezpośrednie w ochronie zdrowia obejmują wszystkie koszty związane ze zużyciem zasobów potrzebnych do zapewnienia opieki medycznej oraz wspomagających proces jej świadczenia. Obejmują one wydatki poniesione na opiekę szpitalną i ambulatoryjną, wraz z kosztami pracy personelu medycznego, koszty profesjonalnej opieki domowej świadczonej m.in. przez lekarzy i pielęgniarki, koszty leków, koszty wykonywanych procedur medycznych, jak również nakłady poniesione na szkolenie personelu czy badania kliniczne. Koszty bezpośrednie dzielą się na koszty bezpośrednie medyczne oraz koszty bezpośrednie niemedyczne [1]. Poniżej przedstawione zostały dane dotyczące kosztów bezpośredniej opieki reumatologicznej ponoszonych ze środków publicznych. Mimo że większość opracowań opiera się na danych Narodowego Funduszu Zdrowia, w części przypadków nie jest możliwe ich bezpośrednie porównanie. Wynika to z różnej metodologii liczenia kosztów i sposobu agregacji dostępnych danych.

Z raportu Uczelni Łazarskiego na temat stanu opieki reumatologicznej w Polsce wynika, że suma kontraktów podpisanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2010 roku na leczenie szpitalne, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz programy lekowe w obszarze reumatologii wyniosła łącznie ok. 383 mln złotych. Z tej kwoty 71 mln zł dotyczy-

ło ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, 199 mln leczenia szpitalnego, a pozostałe 113 mln zł były zapisane w trzech programach terapeutycznych (RZS, MIZS, ZZSK) [2]. Zespół dane-i-analazy.pl w raporcie „Przewlekłe choroby zapalne – wpływ na jakość życia i skutki ekonomiczne chorowania” oszacował koszty bezpośrednie wybranych chorób reumatycznych. Koszt leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów (M05, M06) na podstawie danych NFZ w 2010 roku wyniósł ponad 206,5 mln zł. Dla porównania w przypadku młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (M08) było to ponad 18,7 mln zł, łuszczykowego zapalenia stawów (L40.5) 13,8 mln zł, a zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (M45) 9,2 mln zł.

Autorzy opracowania przeprowadzili również analizę kosztów generowanych przez pacjentów reumatologicznych w innych obszarach systemu ochrony zdrowia. Oszacowali wszystkie koszty świadczeń medycznych udzielonych pacjentom przez daną jednostkę chorobową (uwzględniono wszystkie usługi medyczne, które otrzymał pacjent, niezależnie od ich charakteru). Koszt świadczeń udzielonych pacjentom z RZS w 2010 roku wyniósł aż 1,2 mld zł. W tej sumie wydatki związane bezpośrednio z opieką reumatologiczną stanowiły zaledwie 16,8% (206,5 mln zł). Dla porównania ogólne koszty wygenerowane w budżecie NFZ przez pacjentów

6.2

Koszty pośrednie chorób reumatycznych

z MIZS wyniosły 67,2 mln zł, w przypadku ŁZS 45,7 mln zł, a ZZSK 156,5 mln zł [3]. Do danych tych należy podchodzić jednak z pewną ostrożnością. Konieczne są dalsze prace badawcze dotyczące metody zliczania kosztów generowanych przez pacjentów z chorobami reumatycznymi.

Dane dotyczące kosztów ponoszonych w 2012 roku przez NFZ na opiekę reumatologiczną przedstawione zostały w raporcie „Ja! Pacjent”, który był opracowany przez organizacje zrzeszające pacjentów. Z opublikowanych informacji wynika, że roczne wydatki NFZ na wszystkie świadczenia szpitalne w reumatologii wyniosły 273,8 mln zł (z czego 136,1 mln zł było przeznaczonych na programy lekowe). W przypadku kosztów związanych z ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS) podane zostały wyłącznie koszty dla wybranych jednostek chorobowych (ICD10: M05, M06, M07, M08, M32, M45). Dla RZS (M05 i M06) koszty te wyniosły łącznie 16 mln zł, dla ŁZS (M07) 1,7 mln, MIZS (M08) 0,3 mln i ZZSK (M45) 1,8 mln zł. W przypadku tych jednostek chorobowych policzono również koszty rehabilitacji oraz leczenia uzdrowiskowego. Dla RZS wyniosły one odpowiednio 13,3 mln zł oraz 14,8 mln zł, dla ŁZS – 0,9 mln i 1,1 mln, MIZS – 0,3 mln i 0,3 mln oraz ZZSK – 3,7 mln i 2,6 mln. Autorzy raportu oszacowali łączne koszty poniesione przez NFZ na opiekę reumatologiczną na 405,8 mln zł [4].

Koszty pośrednie choroby są związane z utratą produkcji powstałej w wyniku choroby, niepełnosprawności lub przedwczesnej śmierci chorego. Koszt pośredni charakteryzuje chorobę, a nie technologię medyczną, natomiast technologia może przyczyniać się do zmniejszenia kosztu pośredniego choroby [5]. W kategorii kosztów pośrednich jedną z kluczowych pozycji stanowią koszty związane z przedwczesnym opuszczaniem rynku pracy na skutek choroby (renta, wcześniejsza emerytura) oraz zwolnieniami lekarskimi (absencja chorobowa). Niekiedy uwzględnia się również kwestie bezrobocia, którego przyczyną jest choroba, oraz nieformalnej nieobecności w pracy, czyli sytuacji, kiedy pracownik opuszcza część dnia pracy w celu odbycia wizyty lekarskiej. Nową tendencją w pracach dotyczących kosztów pośrednich jest uwzględnianie kosztów związanych z prezentyzmem, czyli nieefektywną obecnością w pracy spowodowaną chorobą [5; 6].

Wydatki z tytułu niezdolności do pracy – dane ZUS

Zakład Ubezpieczeń Społecznych podaje, iż łączne wydatki z tytułu niezdolności do pracy w 2012 roku ponoszone z budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców wyniosły 30,4 mld zł,

czyli równowartość 1,9% PKB. Największa część tych środków (49,5%) przeznaczona była na renty z tytułu niezdolności do pracy. Wydatki związane z absencją chorobową stanowiły 40,3%, renty socjalne 6%, świadczenia rehabilitacyjne 3,7%, a rehabilitacja lecznicza 0,5% [7].

Raporty dotyczące wydatków związanych z niezdolnością do pracy publikowane przez ZUS prezentują jedynie dane dotyczące grup chorób, a nie konkretnych jednostek chorobowych. Z tego względu poniższe informacje dotyczyć będą całej grupy chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (M00–M99), bez rozróżnienia chorób o podłożu zapalnym oraz niezapalnym. W dalszej części raportu przedstawione zostaną dane szacunkowe dotyczące wybranych jednostek chorobowych oparte na metodach estymacji kosztów pośrednich.

Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (m.in. renty, zasiłki chorobowe) z powodu chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej w 2012 roku wyniosły 3,9 mld zł, co stanowiło 12,9% ogółu wydatków w tym roku; aż 60,6% wydatków w tej grupie chorób to świadczenia przyznane mężczyznom [7].

Renty z tytułu niezdolności do pracy z powodu chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej wyniosły w 2012 roku blisko 2 mld zł, z czego 65,2% kwoty przeznaczone było na renty przyznane mężczyznom. Choroby te stanowiły trzecią pod względem łącznych kosztów (13%) przyczynę niezdolności do pracy. Na pierwszym miejscu były choroby układu krążenia (24,4%), a na drugim – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (19,4%) [7].

Wydatki z tytułu absencji chorobowej finansowanej z FUS i funduszy zakładów pracy w 2012 roku z powodu chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej wyniosły 1,6 mld zł, z czego 57,9% było związanych z absencją wśród mężczyzn. Choroby te odpowiadały za 12,7% ogółu wydatków związanych z absencją i zajmowały pod tym względem trzecie miejsce po ciąży, porodzie i połogu (26%) oraz urazach i zatruciach (13,1%).

Absencja chorobowa (absenteizm) – zwiększenie kosztów pośrednich

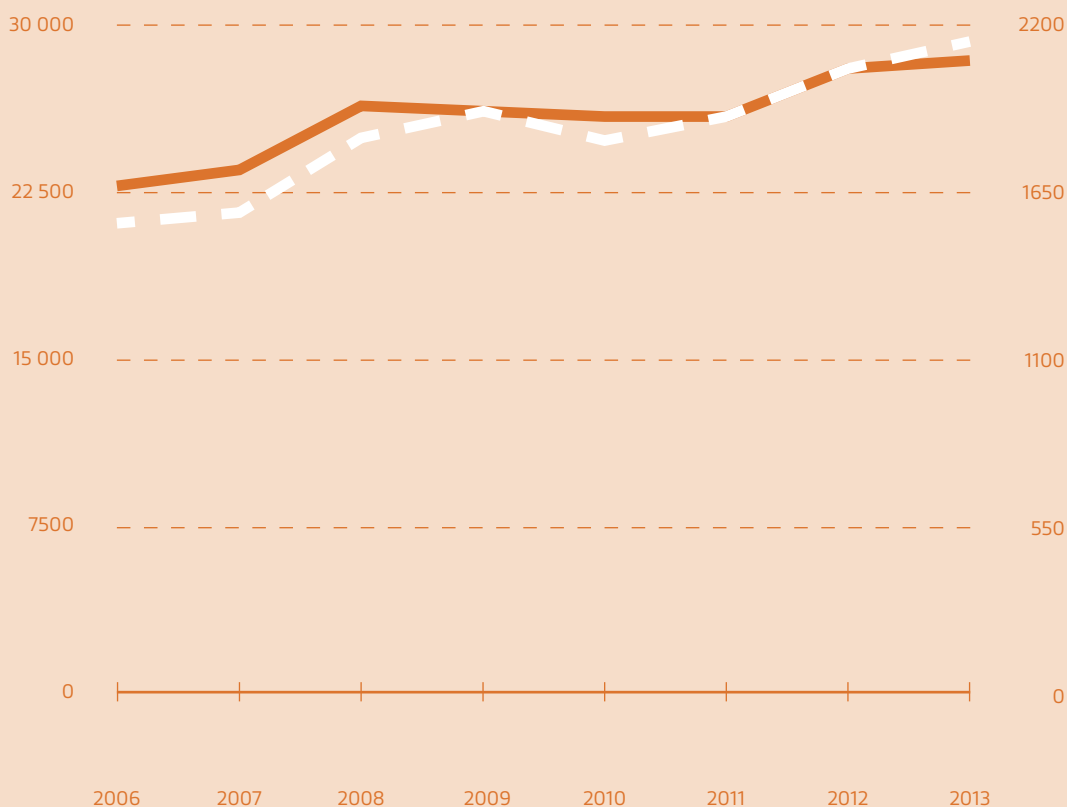
W kontekście kosztów pośrednich chorób najczęściej wymieniana się absencją chorobową. Wynika to z faktu, iż dane na ten temat zbierane są przez instytucje publiczne (m.in. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego); są one dostępne w postaci różnego rodzaju zestawień. Należy jednak pamiętać, że dotyczą one jedynie części populacji – głównie osób w wieku produkcyjnym (98% zarejestrowanej przez ZUS w 2012 roku absencji chorobowej z tytułu choroby własnej było generowane przez osoby w wieku 20–64 lat), które są zatrudnione lub pracują na własny rachunek.

W 2013 roku z powodu chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (M00–M99) zarejestrowano w ZUS 2,1 mln zwolnień lekarskich, które przełożyły się na ponad 29,2 mln dni absencji chorobowej. Jest to o ponad 8 mln dni więcej niż w 2006 roku (ryc. 6.2). W 2013 roku choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej odpowiadały za 13,7% ogółu absencji w Polsce oraz 12,2% zwolnień lekarskich i stanowiły czwartą* najczęstszą przyczynę absencji chorobowej [8].

* W 2012 roku choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej stanowiły trzecią pod względem częstości przyczynę absencji chorobowej [10].

liczba dni
absencji
chorobowej

liczba
zwolnień
lekarskich



■ łączna liczba dni
absencji chorobowej

■ liczba zwolnień
lekarskich

Rycina 6.2
Łączna liczba dni absencji oraz liczba zwolnień lekarskich z powodu choroby własnej wśród osób ubezpieczonych w ZUS (choroby układu kostnowęzowego, mięśniowego i tkanki łącznej) w latach 2006–2013

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

		2012		2013	
KOD ICD10	GRUPA	LICZBA DNI ABSENCJI CHOROBOWEJ	LICZBA ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH	LICZBA DNI ABSENCJI CHOROBOWEJ	LICZBA ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH
M00–M99	Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej	28 140 308	2 053 192	29 251 830	2 115 118
M05–M14	Zapalne artropatie wielostawowe	1 460 633	121 627	1 452 847	121 238
M15–M19	Choroby zwyrodnieniowe stawów	3 770 920	236 947	3 905 275	240 718
M20–M25	Inne choroby stawów	2 951 206	142 008	3 179 669	153 200
M30–M36	Układowe choroby tkanki łącznej	181 356	11 637	192 705	12 546
M45–M49	Choroby kręgosłupa	5 532 779	437 393	5 531 298	431 951

Tabela 6.1
Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej oraz liczba zaświadczeń lekarskich w latach 2012–2013 z powodu wybranych grup chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

		2012		2013	
KOD ICD10	GRUPA	LICZBA DNI ABSENCJI CHOROBOWEJ	LICZBA ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH	LICZBA DNI ABSENCJI CHOROBOWEJ	LICZBA ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH
M05	Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów	356 257	104 925	356 281	21 123
M06	Inne reumatoidalne zapalenia stawów	204 073	14 294	356 281	13 733
M08	Młodzieńcze zapalenie stawów	6062	465	6259	535
M10	Dna moczanowa	279 892	30 346	280 130	30 602
M32	Toczeń rumieniowaty układowy	56 767	3518	56 164	3567
M45	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	104 925	6927	107 982	7137

Tabela 6.2
Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej oraz liczba zaświadczeń lekarskich w latach 2012–2013 z powodu wybranych jednostek chorobowych*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

* W zestawieniu nie przedstawiono danych na temat łuszczycowego zapalenia stawów. Dane ZUS prezentują tylko główną kategorię wg ICD10 i nie obejmują podkategorii (np. L40.5).

Z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów (M05, M06) w 2013 roku wystawiono prawie 35 000 zwolnień lekarskich z tytułu choroby własnej na łączną sumę 535 400 dni. Dla porównania zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (M45) było przyczyną 108 000 dni absencji chorobowej, a toczeń rumieniowaty układowy (M32) 56 200 dni. Ponieważ większość chorych na MIZS (M08) nie ukończyła jeszcze 18. roku życia, dane dotyczące absencji chorobowej z tytułu choroby własnej nie są w tym przypadku miarodajne. Do podanych wyżej wartości należy jeszcze dodać dni absencji chorobowej z tytułu opieki nad dzieckiem (szczególnie w przypadku MIZS) oraz innym członkiem rodziny osób ubezpieczonych, co nie zostało uwzględnione. Dane te są dostępne jedynie bez podziału na jednostki chorobowe lub grupy rozpoznania, co uniemożliwia ich wykorzystanie do prezentacji kosztów związanych z wybranymi chorobami układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej.

Informacja na temat dni absencji chorobowej jest niezwykle istotna w kontekście kosztów pośrednich choroby, ale nie pokazuje wpływu danej jednostki chorobowej na gospodarkę oraz produkt krajowy brutto (PKB). W przypadku osób ubezpieczonych w ZUS zgodnie z art. 92 Kodeksu Pracy koszty absencji chorobowej przez pierwsze 33 dni niezdolności do pracy w ciągu roku kalendarzowego ponosi pracodawca (w przypadku

osób, które ukończyły 50. rok życia jest to 14 dni). Dopiero po tym okresie następuje wypłata zasiłku chorobowego.

Przeliczanie absencji chorobowej na ekwiwalent pieniężny jest działaniem obarczonym istotnymi ograniczeniami wynikającymi z przyjętych założeń. Jednak takie rozwiązanie jest powszechnie stosowane w analizach dotyczących kosztów pośrednich. W przypadku RZS łączna liczba dni absencji chorobowej wyniosła 535 400, co przekłada się na 1513,5 lat (zakładając, że w roku są 365 dni^{*}). Zgodnie z metodologią zaprezentowaną w raporcie Ernst & Young (EY) na temat liczenia kosztów pośrednich [1], jako miarę produktywności przyjęto produkt krajowy brutto, który przeliczono na jednego pracującego. Wskaźnik ten wyniósł w 2013 roku 115 421 złotych^{**} [1; 9]. Na podstawie przyjętych założeń całkowita strata produkcji w wyniku RZS wyniosła 174,7 mln zł. Wartość tę należy pomniejszyć przy użyciu współczynnika korygującego na poziomie 0,65, co odpowiada relacji krańcowej do średniej wydajności pracy przyjmowanej przez Komisję Europejską [1; 5]. Ostateczny koszt pośredni absencji chorobowej w następstwie RZS w 2013 roku oszacowano na 113,5 mln zł. Na podstawie tej metodyki wyliczono koszt pośredni absencji chorobowej w toczeniu rumieniowatym układowym, który wyniósł 11,7 mln zł, a w przypadku ZZSK – 21,6 mln zł.

^{*} W raporcie EY zaproponowano posługiwanie się latami roboczymi, wychodząc z założenia, że w roku kalendarzowym są 250 dni pracujące. Należy jednak zauważyć, iż dane ZUS dotyczące absencji nie uwzględniają wyłącznie dni roboczych. Są to dni kalendarzowe. Według ZUS liczba dni absencji chorobowej jest ustalana na podstawie zaświadczenia lekarskiego jako różnica z pół na zaświadczeniu „niezdolność do pracy do” i „niezdolność do pracy od”. Bezpieczniejszym rozwiązaniem jest zatem dzielenie łącznej liczby dni absencji chorobowej przez 365 w celu uzyskania tej wartości mierzonej w latach.

^{**} W obliczeniach wykorzystano dane GUS dotyczące PKB w 2013 roku oraz dane dotyczące pracujących w gospodarce narodowej na koniec 2012 roku. Dane dotyczące pracujących na koniec 2013 roku nie są jeszcze dostępne.

Prezenteizm – nieefektywna obecność w pracy

Prezenteizm to w uproszczeniu nieefektywna obecność w pracy, która wiąże się z chorobą lub przyjsciem do pracy mimo choroby. Jest to sytuacja, w której pracownik przychodzi do pracy, ale z powodu choroby lub złego stanu zdrowia nie jest w pełni produktywny [6]. Wykorzystanie prezenteizmu do szacowania kosztów pośrednich choroby wywołuje kontrowersje wynikające z braku obiektywnych metody jego pomiaru [5]. Standardowo badania na ten temat oparte są na narzędziach kwestionariuszowych. Respondentom zadawane są pytania dotyczące pracy zawodowej oraz wpływu choroby na pracę [6].

Obecnie można posłużyć się wieloma narzędziami służącymi do pomiaru prezenteizmu, które różnią się istotnie między sobą. Jednym z takich narzędzi jest kwestionariusz Work Productivity and Activity Impairment (WPAI), który został wykorzystany przez Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC) w polskim badaniu Move to Work – Wydajni w pracy (M2W), stanowiącym kontynuację projektu Zdolni do pracy (Fit for Work, F4W) [5]. W badaniu tym określono m.in. koszty nieefektywnej obecności w pracy związane z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Wykorzystano do

tego celu szacowanie metodą kapitału ludzkiego. W analizowanej grupie 814 osób chorych na RZS (kobiety w wieku 18–60 lat, a mężczyźni w wieku 18–65 lat) 57% stanowiły osoby aktywne zawodowo, a 42% badanych pracowało w ostatnim tygodniu poprzedzającym badanie. Koszty pośrednie z tytułu prezenteizmu oszacowano zarówno na podstawie wartości PKB, jak i średniego godzinowego wynagrodzenia brutto. Przy użyciu pierwszej metody oceny koszty te wyniosły blisko 16 500 zł rocznie na osobę pracującą, a przy użyciu drugiej metody – 10 900 zł. Należy zauważyć, iż w obu przypadkach koszty pośrednie z tytułu prezenteizmu były wyższe od kosztów z tytułu absencji chorobowej (absenteizmu), które wyniosły odpowiednio 12 900 zł oraz 8600 zł [5].

Opierając się na danych dotyczących epidemiologii poszczególnych jednostek chorobowych, autorzy raportu przedstawili ocenę szacunkową dotyczącą kosztów pośrednich, w tym prezenteizmu, w skali całego kraju. W przypadku RZS koszt nieefektywnej obecności w pracy, liczony na podstawie wartości PKB, wyniósł 860 mln zł. W przypadku wykorzystania do obliczeń stawki godzinowej brutto było to 570 mln zł. Dla porównania koszt absencji chorobowej oszacowano na 680 mln zł* przy użyciu pierwszej metody i 450 mln przy użyciu drugiej metody [5].

* Koszty absencji chorobowej w przypadku RZS liczone na podstawie wyników badania M2W różnią się w sposób istotny od zaprezentowanych wcześniej wartości oszacowanych na podstawie danych ZUS. Rozbieżność wyników w tym zakresie jest spowodowana faktem, iż w pierwszym przypadku szacunki bazują na deklaracjach chorych dotyczących absencji chorobowej, a w drugim – na danych zapisanych na formularzach zwolnień lekarskich. Obie metody są równie uprawnione, ale należy pamiętać, że każda z nich obarczona jest pewnym błędem.

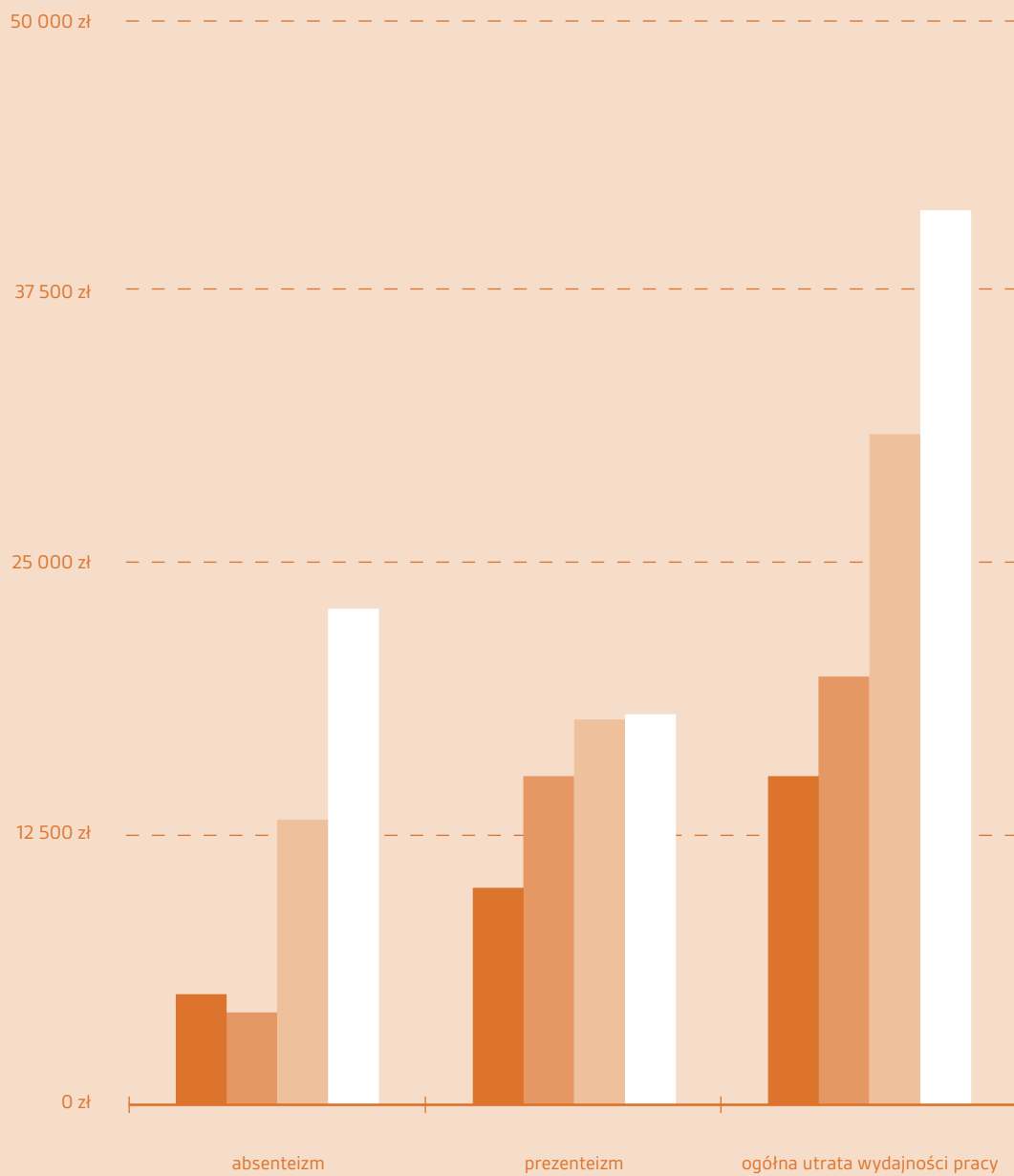
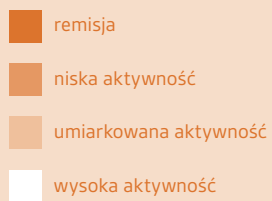
6.3

Wpływ zaawansowania choroby na koszty pośrednie

W badaniu M2W oceniono również wpływ aktywności choroby na koszty pośrednie będące jej następstwem (ryc. 6.3). Roczne koszty prezentyzmu, liczone w przeliczeniu na osobę na podstawie wartości PKB, w przypadku remisji w RZS wyniosły 9800 zł. Umiarkowana lub wysoka aktywność choroby oznaczała wzrost kosztów nieefektywnej obecności w pracy do poziomu 17 600–18 000 zł. Analogicznie liczone koszty absencji chorobowej w przypadku osoby w stanie remisji choroby wyniosły 5100 zł, a w przypadku wysokiej aktywności choroby 22 700 zł [5].

Rycina 6.3
Koszty pośrednie w RZS
w przeliczeniu na osobę
w podziale względem ak-
tywności choroby (koszt
jednostkowy na podsta-
wie wartości PKB/osobę
pracującą)

Źródło: Opracowanie wła-
sne na podstawie [5].



Podsumowanie

Przedstawione w rozdziale koszty związane z chorobami układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej nie są kompletne. Nie podjęto np. próby oszacowania kosztów pośrednich związanych ze zgonami chorych. Wynika to m.in. z faktu, że dane na temat śmiertelności w wyniku chorób reumatycznych są poważnie niedoszacowane, a co za tym idzie mało wiarygodne. Nie uwzględniono również kosztów wynikających z absencji chorobowej związanej z opieką nad osobą niepełnosprawną, a także innych wydatków gospodarstwa domowego związanych z chorobą.

Niezależnie od ograniczeń prezentowanych danych należy zwrócić uwagę na kilka faktów. Po pierwsze, w przypadku chorób zapalnych stawów i tkanki łącznej

koszty pośrednie choroby znacznie przewyższają koszty bezpośrednie ponoszone przez płatnika wydawane na świadczenia reumatologiczne. Po drugie, koszty te zwiększają się wraz z poziomem aktywności choroby, co zostało przedstawione na przykładzie RZS. Szybkie uzyskanie remisji oznacza nie tylko istotną poprawę jakości życia chorego, ale również znaczne zmniejszenie kosztów pośrednich. Jak zostało to przedstawione we wcześniejszych rozdziałach, szansa na uzyskanie u chorego remisji jest ściśle uzależniona od czasu, jaki upłynie od chwili wystąpienia pierwszych objawów do ustalenia rozpoznania i rozpoczęcia skutecznego leczenia. Stanowi to kolejny argument za wprowadzeniem rozwiązań ułatwiających dostęp chorych do wczesnej diagnostyki, szczególnie w zakresie zapalnych chorób stawów.

Bibliografia

1. **Raport EY.** Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia. Raport opracowany przez EY na zlecenie Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA. Warszawa 2013.
2. **Drapała A, Grabowska-Woźniak E, Gryglewicz J. i wsp.** Stan opieki reumatologicznej w Polsce – streszczenie raportu projektu badawczego. Oficyna Wydawnicza Uczelni Łazarzkiego, Warszawa 2011.
3. **Łaszewska A, Laskowska B, Natkaniec M. i wsp.** Przewlekłe choroby zapalne – naturalna historia choroby, epidemiologia, uwarunkowania ekonomiczne. dane-i-analizy.pl Sp. z o.o. Kraków 2014.
4. **Kotarba-Kańczugowska M, Kucharski K, Linder-Kopiecka I. i wsp.** JA PACJENT! Perspektywa Organizacji Pacjentek na Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” oraz Stowarzyszenie Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających, Warszawa 2014.
5. **Bebrysz M, Fedyna M, Rutkowski J. i wsp.** Przewlekłe choroby zapalne mediowane immunologicznie – ocena kosztów pośrednich w Polsce. Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health, Kraków 2014.
6. **Raciborski F, Władysiuk M, Bebrysz M. i wsp.** Utrata produktywności w następstwie chorób reumatycznych – absencja i prezenteizm. Reumatologia 2013; 51: 355–362.
7. **Karczewicz E, Kania A.** Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2012 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2014.
8. **Zakład Ubezpieczeń Społecznych.** Portal Statystyczny ZUS. [On-line] [Zacytowano: 07.06.2014.] <http://www.psz.zus.pl/Default.aspx>.
9. **Główny Urząd Statystyczny.** Polska – wskaźniki makroekonomiczne (PKD 2007). [On-line]. [Zacytowano: 14.06.2014.] <http://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/>.
10. **Karczewicz E, Sikora A.** Absencja chorobowa w 2012 roku. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2013.
11. **Łabęcka M, Kania A.** Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2012 roku. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2013.

7

Pacjent reumatologiczny w systemie publicznej opieki zdrowotnej

7.1.

Droga pacjenta do reumatologa

Rozpoznanie choroby reumatycznej to złożony proces, który obecnie zależy zarówno od pacjenta, jak i od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz reumatologa. Czas, jaki upływa od pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania i rozpoczęcia właściwego leczenia, jest w Polsce długi – średnio wynosi 35 tygodni (około 8–9 miesięcy!). To znacznie więcej, niż wskazują europejskie rekomendacje, co ma kluczowe znaczenie dla dalszych losów chorego w polskim systemie opieki zdrowotnej. Dostępne analizy wskazują, że największy wpływ na to ma czas pomiędzy przejściem pacjenta od lekarza POZ do reumatologa (ryc. 7.1) [1].

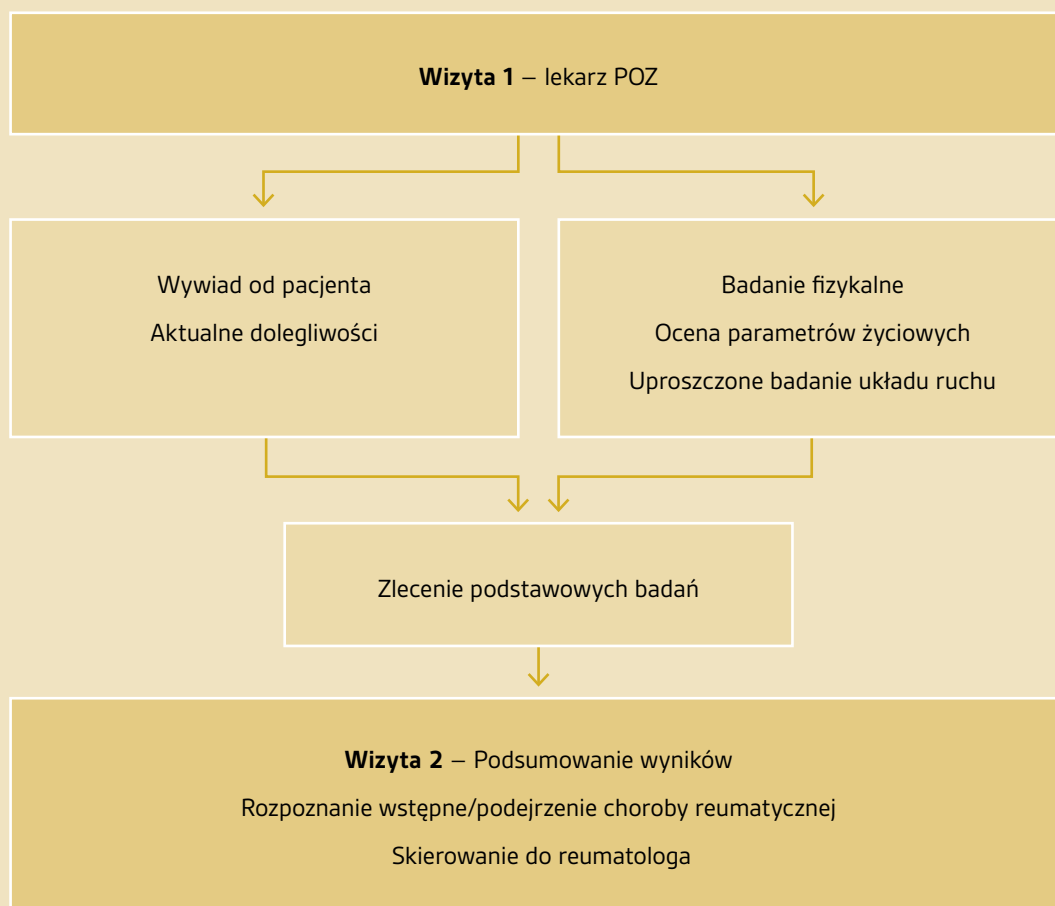
Właściwa ocena pacjentów i szybkie kierowanie osób z podejrzeniem choroby reumatycznej do specjalisty są niezwykle ważne w kontekście absencji chorobowej, powikłań przewlekłego leczenia, przede wszystkim lekami przeciwbólowymi, po-

stępującej niepełnosprawności chorych i świadczeń rentowych. Zbyt późno podjęta właściwa interwencja medyczna oznacza długi czas rozwoju procesu zapalnego i nadmiernej aktywności układu immunologicznego oraz może być przyczyną mniejszej skuteczności podjętego później leczenia. To z kolei przekłada się na pogorszenie jakości życia chorego i wyższe koszty po stronie płatnika (stosowanie droższych terapii, mniejsza szansa na uzyskanie remisji, czyli wygaszenia aktywności choroby). Wydłużenie czasu do rozpoznania choroby reumatycznej wynika również z faktu, że pacjent najpierw jest kierowany do innych specjalistów, takich jak ortopedzi, neurologi, lekarze rehabilitacji, a dopiero na końcu trafia do reumatologa.

Postępowanie od pierwszej wizyty chorego u lekarza POZ do postawienia diagnozy w gabinecie reumatologa przedstawia algorytm (ryc. 7.2).

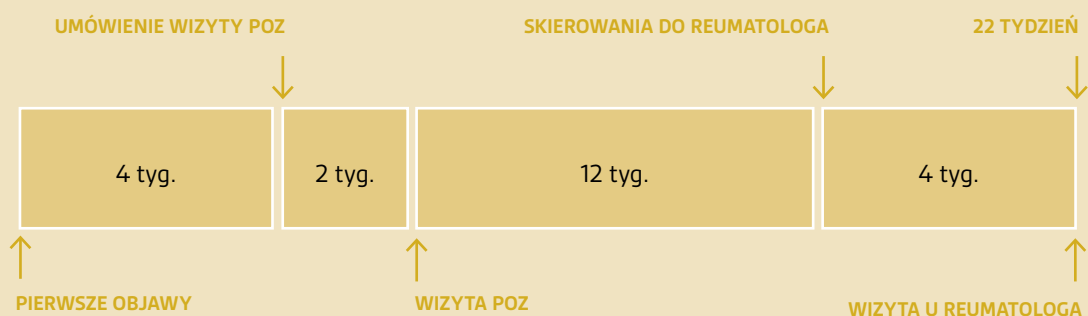
Rycina 7.1
Proces diagnostyki od wystąpienia objawów choroby do pierwszej wizyty u lekarza reumatologa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [1].



Rycina 7.2
Algorytm postępowania od pierwszej wizyty u lekarza POZ do skierowania do lekarza reumatologa

Źródło: Opracowanie własne.



średnie opóźnienie 35 tyg. (14–74 tyg.)

poziom opóźnienia (tygodnie)

(IQR – odstęp międzykwartyłowy)

7.2

Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w toku diagnostyki choroby reumatycznej

Podstawą podejrzenia choroby i ustalenia wstępnego rozpoznania zawsze jest wywiad lekarski zebrany od pacjenta. Dotyczy on: obecnie odczuwanych dolegliwości, stosowanego dotychczas leczenia, obciążenia innymi chorobami, medycznej historii rodzinnej. Kolejną integralną częścią wizyty jest badanie lekarskie – ocena podstawowych parametrów życiowych. Lekarz powinien również wstępnie ocenić zakres bolących obszarów (stawów). Następnie lekarz POZ w zakresie swojej wiedzy i kompetencji zleca wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych oceniających stan ogólny pacjenta i występowanie stanu zapalnego (tab. 7.1). Lekarz POZ może dodatkowo zlecić badania rozszerzone (tab. 7.2).

Na podstawie własnej oceny lekarz POZ może również zlecić wykonanie badań obrazowych (np. badania radiologicznego klatki piersiowej, badania ultrasonograficznego jamy brzusznej), jeśli konieczne jest wykluczenie innych przyczyn internistycznych zaistniałych objawów. Po ustaleniu wstępnego rozpoznania i podejrzeniu choroby reumatycznej pacjent zostaje skierowany do reumatologa. Nierzadko w toku badań pacjent z uwagi na bóle stawów ma zalecone niesteroidowe leki przeciwzapalne lub przeciwbólowe, takie jak paracetamol czy tramadol.

Często problem dla lekarza POZ stanowi pacjent, który ma silne bóle stawów, czasem z ograniczeniem ich ruchomości, a nawet uszkodzeniem wynikającym nie z choroby zapalnej stawów, ale ze zmian zwyrodnieniowych. Pacjent z chorobą zwyrodnieniową stawów (ChZS) nie wymaga leczenia w poradni reumatologicznej, lecz powinien pozostać pod opieką lekarza POZ. W takim przypadku konieczne mogą być konsultacje u ortopedy, czasami leczenie operacyjne i rehabilitacja. W obecnej sytuacji wielu pacjentów z chorobą zwyrodnieniową jest kierowanych do poradni reumatologicznych. Wydłuża to czas oczekiwania na wizytę, a w efekcie końcowym pacjent z ChZS po skonsultowaniu przez reumatologa jest ponownie odsyłany do lekarza POZ lub pozostaje pod opieką poradni reumatologicznej. Lekarze POZ mogą wypisywać refundowane leki zaproponowane przez specjalistę – po pisemnym potwierdzeniu przez niego zalecanej terapii. Aby uzyskać takie zaświadczenie, pacjenci dodatkowo zapisują się do poradni reumatologicznej. Biorąc zaś pod uwagę realną częstość wizyt w poradni specjalistycznej (maksymalnie 2–3 razy w roku), pacjenci nie zawsze kontynuują zaplanowaną terapię.

Tabela 7.1
Wykaz badań podstawowych zlecanych przez lekarza POZ

PODSTAWOWE BADANIA LABORATORYJNE

Morfologia krwi z płytkami
OB (odczyn opadania krwinek czerwonych)
CRP (białko C-reaktywne)
Kreatynina
Glukoza
Aminotransferaza asparaginianowa (AspAT)
Aminotransferaza alaninowa (AIAT)
Sód
Potas
Mocz – badanie ogólne

Źródło: Opracowanie własne wg zakresu opieki sprawowanej przez lekarza POZ przedstawionego przez NFZ.

Tabela 7.2
Wykaz badań dodatkowych zlecanych przez lekarza POZ

DODATKOWE BADANIA LABORATORYJNE

Proteinogram
TSH
Czynnik reumatoidalny
Przeciwciała HCV
Antygen HBs

Źródło: Opracowanie własne wg zakresu opieki sprawowanej przez lekarza POZ przedstawionego przez NFZ.

7.3

Rola reumatologa w diagnozowaniu i leczeniu pacjenta z podejrzeniem choroby reumatycznej

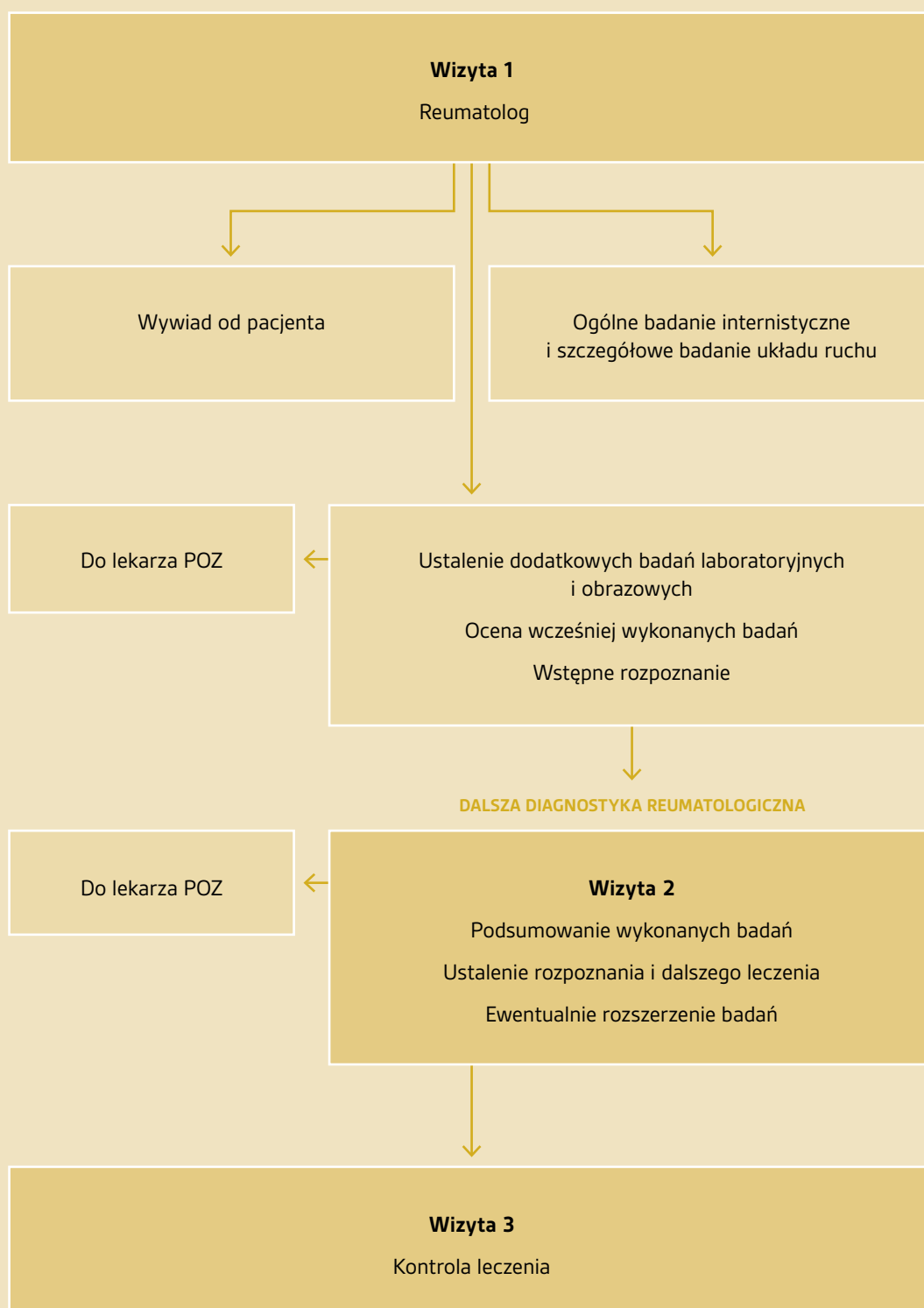
W ramach wizyty pierwszorazowej reumatolog przeprowadza z pacjentem wywiad ukierunkowany na dolegliwości i objawy związane z chorobami reumatycznymi – dotyczy to nie tylko dolegliwości z zakresu układu ruchu, ale również zmian skórnych, wydolności fizycznej oraz wszystkich niepokojących objawów z ze strony innych układów i narządów (ryc. 7.3).

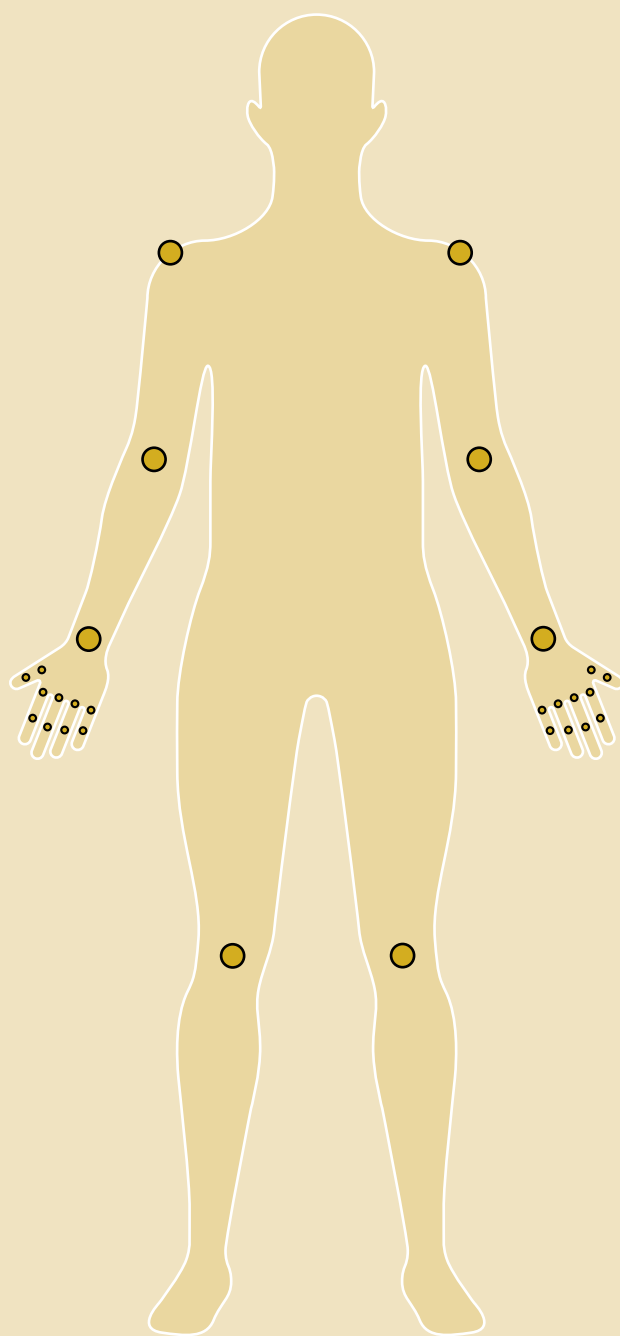
U kobiet bardzo istotny jest tzw. wywiad położniczy. Dotyczy on utraty ciąży oraz epizodów zakrzepowo-zatorowych zarówno w naczyniach żylnych, jak i tętniczych. Lekarz uwzględnia wcześniejsze czynniki środowiskowe zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia choroby reumatycznej/autoimmunizacyjnej, takie jak infekcje wirusowe czy bakteryjne. Konieczne jest ustalenie, czy w rodzinie pacjenta nie występowały choroby reuma-

tyczne, a także łuszczyca skóry, inne choroby z autoagresji (np. choroba Hashimoto, cukrzyca typu 1), co zwiększa prawdopodobieństwo ich wystąpienia u badanego pacjenta. Poza podstawowym badaniem internistycznym ważna jest szczegółowa ocena układu ruchu – liczby obrzękniętych stawów, ich ucieplenia, zakresu ruchu w stawach (dotyczy to wszystkich stawów, w tym stawów kręgosłupa). Obowiązkowo należy wykonać badanie DAS28 stawów wchodzących do tzw. oceny DAS28 (ryc. 7.4). Liczba stawów bolesnych i obrzękniętych, prędkość OB lub stężenie CRP oraz ocena aktywności choroby pacjenta na wizualnej skali analogowej (VAS – visual analogue scale; zakres od 0 do 100 mm) pozwalają na obliczenie przy użyciu kalkulatora wskaźnika DAS28 (<http://www.das28.pl/>). Użytkany wynik odzwierciedla aktualną aktywność choroby (ryc. 7.5).

Rycina 7.3
Algorytm postępowania od pierwszej wizyty u lekarza reumatologa do kontroli leczenia

Źródło: Opracowanie własne.





Rycina 7.4
Schemat stawów uwzględnionych w ocenie DAS28
(wg zaleceń EULAR)

Źródło: Kwiatkowska B, Głuszko P, Maślińska M. i wsp. Kiedy do reumatologa? Zalecenia dla lekarzy rodzinnych oraz internistów. Wydawnictwo Instytutu Reumatologii, Warszawa 2011.

Wyróżniamy 4 podstawowe poziomy wskaźnika DAS28:

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

Chorujesz na RZS*?

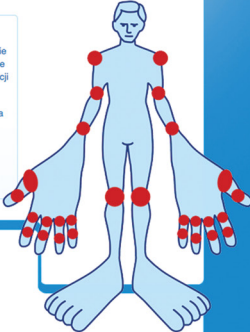
(*reumatoidalne zapalenie stawów)

Sprawdź aktywność swojej choroby za pomocą wskaźnika DAS28

Wskaźnik DAS28 jest zalecany przez Europejską Ligę ds. Zwalczenia Reumatyzmu (EULAR) do oceny aktywności RZS (reumatoidalne zapalenie stawów). DAS28 pozwala ocenić czy zastosowane u Ciebie leczenie jest skuteczne. Poproś swojego lekarza o policzenie wartości DAS28 w trakcie wizyty kontrolnej. Możesz teraz sam obliczyć wskaźnik, korzystając z informacji poniżej.

Jeśli obliczony przez Ciebie wynik wskaże, że aktywność choroby jest wysoka, powinieneś **jak najszybciej porozmawiać o tym z lekarzem**, ponieważ szybka reakcja i zmiana sposobu leczenia może zatrzymać postęp choroby (zmiany w kościach i stawach) i wiązać się z tym niepełnosprawność.

Konsultacja z lekarzem jest konieczna, nie podejmuj samodzielnych decyzji o zmianie leczenia!



Co jest potrzebne do obliczenia wskaźnika DAS28?

liczba bolesnych stawów

liczba obrzękniętych stawów

Uwzględnia się stawy nadgarstków, łokcie, barkowe i kolanowe - w sumie 28 stawów. **Zapoznaj się z instrukcją jak ocenić bolesne i obrzęknięte stawy.**

Obiektywna ocena bólu i obrzęku stawu nie jest możliwa do wykonania przez samego pacjenta. Powinna być przeprowadzona przy pomocy drugiej osoby.

Ocena bolesności stawu
Do stawów bolesnych zalicz tylko takie, w których ból odczuwasz podczas dotykania okolicy szpary stawowej, czyli miejsca znajdującego się pomiędzy powierzchniami kości tworzących staw. Nie bierz pod uwagę stawu, w którym ból odczuwasz podczas ruchu lub w spoczynku. Ból musi być związany z uciskiem. Osoba, która bada staw powinna naciskać na niego z siłą powodującą zblednięcie płytki jej paznokcia.

Ocena obrzęku stawu
O obrzęku stawu może świadczyć szybko narastające pogrubienie jego obwodu. Zwykle towarzyszy temu ból, który możesz odczuwać w spoczynku oraz przy wykonywaniu ruchu. W ocenie obrzęku pomoże Ci porównanie obwodów takich samych stawów obu kończyn.

wynik w skali VAS (0-100)
Jest to wizualna skala analogowa pozwalająca ocenić Twoje samopoczucie (aktywność choroby) w momencie badania. Przesuń suwak na skalę w miejsce odzwierciedlające Twoją aktywność choroby.

wartość OB (mm/h)

wartość CRP (mg/dl; mg/dl)

Rutynowo jest oznaczana na większości wizyt kontrolnych w Twojej poradni. Sięgnij po wynik z ostatniej wizyty i wpisz tylko jedną z wartości (OB lub CRP).

Rycina 7.5
Przykład kalkulatora
DAS28 dostępnego za
pośrednictwem strony
internetowej

Źródło: <http://www.das28.pl/>.

Tabela 7.3
Wykaz pakietu badań
laboratoryjnych dodatk-
kowych zleczanych przez
lekarza reumatologa

Źródło: Opracowanie
własne.

Ocena DAS28 jest ważna zarówno na początku badania pacjenta, jak i później – do monitorowania przebiegu choroby oraz określania wskazań do intensyfikacji leczenia. Istotnym elementem badania jest również ocena objawów skórnych. Stwierdzenie zmian: łuszczycowych, rumieniowych, plamiczych, a także uszkodzeń skóry związanych z zajęciem przez proces zapalny układu naczyniowego może ukierunkować dalszą diagnostykę. U chorego mogą również wystąpić zmiany charakterystyczne dla twardziny układowej. Reumatolog ocenia wyniki badań dodatkowych, które przynosi ze sobą pacjent. W przypadku podejrzenia choroby reumatycznej, aby potwierdzić rozpoznanie, reumatolog ustala dodatkowe badania laboratoryjne (tab. 7.3) oraz obrazowe (badanie ultrasonograficzne stawów i badanie radiologiczne stawów).

Lekarz reumatolog ustala wstępne rozpoznanie choroby zapalnej stawów lub gdy wywiad, badanie pacjenta i dotychczas wykonane badania laboratoryjne nie sugerują żadnej choroby reumatycznej, kieruje pacjenta ponownie pod opiekę lekarza rodzinnego z listem informacyjnym (opinią reumatologiczną) i ewentualnie dodatkowymi zaleceniami.

Na kolejnej wizycie (drugiej) u reumatologa następuje podsumowanie dotychczasowych wyników badań (łącznie z wynikami badań obrazowych) zleconych przez lekarza POZ oraz reumatologa. Jeśli zebrane dane pozwalają na postawienie rozpoznania, lekarz rozpoczyna leczenie i ustala termin kolejnej wizyty kontrolnej. Lekarz specjalista powinien również przekazać informację dla lekarza POZ o rozpoznaniu i stosowanym leczeniu. Następną wizytę, której celem jest ocena bezpieczeństwa i skuteczności zaproponowanego leczenia, powinna odbyć się nie później niż po 3 miesiącach (12 tygodniach). W Polsce pacjent ma szansę dostać się do poradni reumatologicznej w czasie od 25 do powyżej 90 dni [2]. W pierwszym roku leczenia wizyty powinny odbywać się optymalnie co 3 miesiące, a kolejne co 6 miesięcy.

BADANIA LABORATORYJNE – REUMATOLOG

Morfologia*

OB*

CRP*

RF*

Proteinogram*

TSH*

Kwas moczowy*

Przeciwciała ACPA

Przeciwciała przeciwjądrowe

Antygen HLA-B27

* Jeśli pacjent nie miał tych badań wykonanych wcześniej

Podsumowanie

W skutecznym leczeniu chorych reumatycznych niezwykle istotna jest dobra współpraca lekarza POZ i reumatologa. W systemie publicznej opieki zdrowotnej chory z dolegliwościami ze strony układu kostno-mięśniowego najczęściej szuka pierwszej pomocy u lekarza POZ lub ortopedy. Od ich decyzji zależy, czy i ewentualnie kiedy otrzyma skierowanie do reumatologa. Ważne, by w przypadku pacjentów z chorobą zapalną stawów starać się ograniczyć ten czas do absolutnego minimum. Przeszkodą jest długi okres oczekiwania na wizytę u specjalisty, co zmniejsza szansę na uzyskanie całkowitej remisji (wyciszenia objawów choroby) w czasie późniejszego leczenia. Problem ten i proponowane zmiany w zakresie organizacji wczesnej diagnostyki chorób reumatycznych zostaną przedstawione w dalszej części raportu.



Bibliografia

1. **Raza K, Stack R, Kumar K, et al.** Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. *Ann Rheum Dis* 2011; doi:10.1136/ard.2011.151902.
2. **Kotarba-Kańczugowska M, Kucharski K, Linder-Kopiecka I. i wsp.** JA PACJENT! Perspektywa Organizacji Pacjenckich na Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” oraz Stowarzyszenie Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających, Warszawa 2014.

8

Dostęp do systemu opieki reumatologicznej w Polsce

8.1

Organizacja sytemu opieki reumatologicznej w Polsce

Świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentów z chorobami reumatycznymi udzielane są w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) w poradniach reumatologicznych oraz w szpitalach w ramach hospitalizacji na oddziałach reumatologicznych oraz chorób wewnętrznych. Zdecydowana większość oddziałów reumatologicznych udziela także świadczeń związanych z realizacją 4 programów lekowych dla pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS), młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów (MIZS), łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS) oraz zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa (ZZSK).

Na podstawie danych NFZ przedstawionych w rejestrze umów liczba poradni reumatologicznych, które mają zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w 2014 roku wyniosła 709 i była zdecydowanie mniejsza (o 128) w porównaniu z 837 poradniami funkcjonującymi w 2010 roku. Oznacza to zmniejszenie o ponad 16% liczby wszystkich poradni.

W Polsce zmienia się liczba poradni funkcjonujących w poszczególnych województwach. W jednych rozpoczynają działalność nowe poradnie reumatologiczne, w innych niektóre placówki są zamykane (tab. 8.1). W niektórych powiatach brakuje poradni reumatologicznych – tak jest np. w województwie podlaskim i lubuskim.

Tabela 8.1
Liczba poradni reumatologicznych w Polsce w 2010 i 2014 roku z podziałem na województwa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z rejestru umów NFZ.

WOJEWÓDZTWO	LICZBA PORADNI REUMATOLOGI- CZNYCH W 2010 ROKU	LICZBA PORADNI REUMATOLOGI- CZNYCH W 2014 ROKU
DOLNOŚLĄSKIE	72	60
KUJAWSKO-POMORSKIE	46	47
LUBELSKIE	55	47
LUBUSKIE	19	17
ŁÓDZKIE	34	27
MAŁOPOLSKIE	84	60
MAZOWIECKIE	93	83
PODKARPACKIE	42	51
PODLASKIE	17	15
POMORSKIE	50	33
ŚLĄSKIE	243	110
ŚWIĘTOKRZYSKIE	44	37
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	26	19
WIELKOPOLSKIE	76	62
ZACHODNIOPOMORSKIE	27	25

WOJEWÓDZTWO	LICZBA ODDZIAŁÓW REUMATOLOGICZNYCH W 2010 ROKU	LICZBA ODDZIAŁÓW REUMATOLOGICZNYCH W 2014 ROKU
DOLNOŚLĄSKIE	10	9
KUJAWSKO-POMORSKIE	4	5
LUBELSKIE	7	7
LUBUSKIE	2	2
ŁÓDZKIE	5	5
MAŁOPOLSKIE	7	6
MAZOWIECKIE	9	9
PODKARPACKIE	5	6
PODLASKIE	3	4
POMORSKIE	3	4
ŚLĄSKIE	11	9
ŚWIĘTOKRZYSKIE	3	4
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	1	3
WIELKOPOLSKIE	6	8
ZACHODNIOPOMORSKIE	4	4

Główne przyczyny zmniejszenia się liczby poradni reumatologicznej należy wiązać z:

- niedoborem lekarzy reumatologów*
- niską wyceną punktową poradni reumatologicznej wpływającą na niską rentowność
- przechodzeniem części lekarzy reumatologów do sektora prywatnego realizującego świadczenia komercyjne (zarówno porady lekarskie, jak i badania kliniczne)
- rezygnacją przez świadczeniodawców z realizacji części świadczeń z zakresu poradni reumatologicznej na rzecz innych poradni (tzw. przesunięcia w ramach 20% środków przeznaczonych na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną); zjawisko to jest charakterystyczne dla dużych poradni specjalistycznych, przede wszystkim wieloprofilowych
- wysokimi kosztami badań dodatkowych w ramach poradni reumatologicznej w porównaniu z innymi poradniami (np. okulistyczną, laryngologiczną)

Należy zwrócić też uwagę na to, że przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego często wiążą się z rezygnacją ze świadczenia usług nierentowych. Dotyczy to m.in. poradni reumatologicznych.

Liczba szpitali posiadających umowę w zakresie hospitalizacji na oddziale reumatologicznym lub reumatologii dziecięcej z Narodowym Funduszem Zdrowia w 2014 roku wyniosła 92, była wyższa o 5 w porównaniu z 87 placówkami w 2010 roku. Oznacza to, że nastąpił wzrost o ponad 5% liczby szpitali posiadających oddział reumatologiczny.

Na podstawie danych z rejestru umów NFZ widać, że liczba oddziałów reumatologicznych także się zmienia (tab. 8.2).

W finansowaniu i realizacji świadczeń w leczeniu szpitalnym w zakresie reumatologii występuje wiele zjawisk, które mają wpływ na brak efektywnego i racjonalnego wykorzystania środków przeznaczanych przez NFZ. Szczególnie dotyczy to kwestii:

- hospitalizacji pacjentów niemających wskazań do leczenia szpitalnego w zakresie schorzeń reumatologicznych
- zbyt długiego czasu hospitalizacji
- zawierania umów przez NFZ ze szpitalami, które nie mają dostępu do pełnej diagnostyki i nowoczesnych terapii (brak zawartych umów z NFZ na programy terapeutyczne)
- braku zapewnienia kompleksowego leczenia, głównie polegającego na współpracy i kontynuacji leczenia pomiędzy poradniami ambulatoryjnymi a oddziałami szpitalnymi

* W dalszej części rozdziału przedstawione są dane informujące o relatywnie dużej liczbie reumatologów w Polsce w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Należy zwrócić uwagę, że przedstawiony powyżej wniosek dotyczy jedynie przyczyn zmniejszenia się liczby poradni reumatologicznych w Polsce, a nie odnosi się do kwestii optymalnej liczby reumatologów w kraju.

Tabela 8.2
Liczba oddziałów reumatologicznych w Polsce w 2010 i 2014 roku z podziałem na województwa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z rejestru umów NFZ.

8.2

Liczba reumatologów

Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) w Polsce jest 1808 lekarzy reumatologów, z czego 1633 wykonuje swój zawód (stan na 30.06.2014 r). Oznacza, to że na 100 000 mieszkańców statystycznie przypada nieco ponad czterech reumatologów (4,2). Dla porównania liczba obecnie praktykujących kardiologów* wynosi 3269 (8,5 na 100 000 mieszkańców), alergologów 1211 (3,2), onkologów** 692 (1,8) [1]. Według brytyjskich rekomendacji Royal College of Physicians z 2013 roku, przedstawionych w dokumencie "Consultant physicians working with patients: The duties, responsibilities and practice of physicians in medicine", 1 reumatolog zatrudniony na pełen etat (wskaźnik WTE: whole time equivalent) powinien przypadać na populację około 86 000 mieszkańców. Dane Naczelnej Izby Lekarskiej nie informują, jaką część etatu dany reumatolog wykonuje, pracując w zawodzie***, dlatego nie jest możliwe określenie analogicznego współczynnika dla Polski. Opierając się na dostępnych danych, można stwierdzić jedynie, iż 1 reumatolog przypada na około 23 500 mieszkańców. Teoretycznie stawia to Polskę wśród krajów o największej liczbie reumatologów w przeliczeniu na liczbę mieszkańców (tab. 8.3).

* Nie uwzględniono kardiologów dziecięcych oraz kardiologów chirurgów.

** Nie uwzględniono onkologów dziecięcych i hematologów.

*** Należy przypuszczać, że część reumatologów pracuje na więcej niż jednym etacie, a część (głównie osoby w wieku emerytalnym) na niepełnym etacie. By uzyskać możliwość bezpośredniego porównania z danymi z Wielkiej Brytanii, należy wyliczyć wskaźnik WTE (whole time equivalent).

Należy jednak zauważyć, iż takie porównanie ma istotne ograniczenia wynikające z różnic w sposobie organizacji opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach. Mowa m.in. o podziale kompetencji między lekarzem rodzinnym (general practitioner) a lekarzem specjalistą. Dodatkowo część reumatologów jest zatrudniona poza publicznym systemem opieki zdrowotnej. Nie każdy reumatolog pracuje też w poradni, co przekłada się na dostępność tych specjalistów z punktu widzenia pacjentów.

Dane dotyczące liczby praktykujących reumatologów w Polsce nie oddają w pełni obecnej sytuacji. Istotny problem stanowi średnia wieku reumatologów – prawie 1/3 osób ukończyła już 60. rok życia [3; 4]. Co więcej, wśród reumatologów przeważają kobiety (ok. 70%) [4]. Oznacza to, że znaczna część lekarzy tej specjalności jest już w wieku emerytalnym, co może w istotny sposób wpływać np. na formę zatrudnienia, czas pracy, a co za tym idzie dostępność dla pacjentów.

Z obliczeń konsultanta krajowego, prof. Witolda Tłustochowicza, opartych na danych z NIL z 2009 roku, wynika, że jeśli uwzględni się wyłącznie lekarzy reumatologów w wieku poniżej 60. roku życia, to współczynnik liczby reumatologów w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców wyniesie 2,6 [5], czyli istotnie mniej niż wcześniej podano. Nadal jednak jest to istotnie więcej, niż wynika z rekomendacji brytyjskich (1,16 na 100 000), które również są przywoływane w Polsce jako punkt odniesienia. W raporcie „JA, PACJENT! Perspektywa Organizacji Pacjentów na Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce” na podstawie danych NIL z 31.05.2013 roku podano, iż aż 41% reumatologów przekroczyło wiek 60 lat. Autorzy raportu przewidują, że w Polsce w perspektywie 5 lat liczba reumatologów dostępnych dla pacjentów obniży się o połowę [6].

KRAJ	LICZBA REUMATOLOGÓW W PRZELICZENIU NA POPULACJĘ
ANGLIA	1 / 100 000
SZKOCJA	1 / 113 000
WALIA	1 / 106 000
IRLANDIA PÓŁNOCNA	1 / 115 000
SZWECJA	1 / 45 000
NIEMCY	1 / 142 000
FRANCJA	1 / 25 000
HOLANDIA	1 / 80 000
IRLANDIA	1 / 227 000
HISZPANIA	1 / 140 000
AUSTRALIA	1 / 88 000
USA	1 / 50 000
KANADA	1 / 74 000

Tabela 8.3
Liczba reumatologów
w przeliczeniu na liczbę
mieszkańców w wybra-
nych krajach

Źródło: Raport National Audit Office "Services for people with rheumatoid arthritis – international comparisons" [2].

8.3

Wycena świadczeń

W aktualnej reumatologicznej opiece ambulatoryjnej istnieje możliwość rozliczenia pacjenta w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP): W01, W11, W12, W13, W14, W15, W17, W21, W22, W23, W24, W25, W31. Wycena punktowa poszczególnych grup została zaprezentowana w tabeli 8.4.

Przy założeniu, że wartość 1 pkt wynosi 10,30 PLN (wartość 1 pkt jest w województwie mazowieckim, w innych województwach może być nieco wyższa lub niższa), za najczęstszy typ porad możliwych do realizacji aktualnie w ramach specjalistycznej opieki ambulatoryjnej można uzyskać:

- Wizyta W21 – 3,5 pkt (10,30 PLN): 36,05 PLN (tylko konsultacja reumatologiczna – wizyta bez żadnych badań dodatkowych)
- Wizyta W14 – 17 pkt (10,30 PLN): 175,10 PLN (w ramach tej wizyty muszą być wykonane 2 badania z tzw. listy W3, czyli np. USG kończyn górnych lub dolnych, oznaczenie przeciwciał przeciwko *Borrelia* lub przeciwciał ds-DNA)
- Wizyta W24 – 21 pkt (10,30 PLN): 216,10 PLN (w ramach tej wizyty muszą być wykonane 3 procedury z listy W1 i 3 procedury z listy W3, czyli np. określenie OB, CRP, morfologia – W1 + badanie USG kończyn górnych lub dolnych, oznaczenie obecności przeciwciał ACPA oraz przeciwciał dla WZW typu C)

Narzucany zatem zestaw badań możliwych do wykonania i do rozliczenia w ramach danej wizyty nie zawsze jest dostosowany do potrzeb diagnostycznych danego pacjenta. Obecnie, zarówno w przypadku RZS, jak i spondyloartropatii, możliwe jest rozliczenie reumatologicznego leczenia szpitalnego w ramach grupy JGP H87D, za co przysługuje 68 pkt. Oficjalna nazwa to „punkty rozliczeniowe”. Przy założeniu, że wartość 1 punktu wynosi 52 PLN, przekłada się to na kwotę 3536 PLN. Należy jednak zauważyć, że w tym przypadku hospitalizacja musi trwać minimum 4 dni.

Tabela 8.4
Wycena punktowa wyszczególnianych grup reumatologicznej opieki ambulatoryjnej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ nr 29/2011/DSOZ z 14.06.2011.

LP.	KOD GRUPY	LICZBA PUNKTÓW	WYCENA W PLN	ZAKRES
1.	W01	4,0	41,20	Świadczenie pohospitalizacyjne
2.	W11	3,5	36,05	Świadczenie specjalistyczne 1. typu
3.	W12	7,0	72,10	Świadczenie specjalistyczne 2. typu
4.	W13	13,0	133,90	Świadczenie specjalistyczne 3. typu
5.	W14	17,0	175,10	Świadczenie specjalistyczne 4. typu
6.	W15	5,0	51,50	Świadczenie specjalistyczne 5. typu
7.	W17	10,0	103,00	Świadczenie specjalistyczne 7. typu
8.	W21	6,0	61,80	Świadczenie kompleksowe 1. typu
9.	W22	14,5	149,35	Świadczenie kompleksowe 2. typu
10.	W23	18,0	185,40	Świadczenie kompleksowe 3. typu
11.	W24	21,0	216,30	Świadczenie kompleksowe 4. typu
12.	W25	26,0	267,80	Świadczenie kompleksowe 5. typu
13.	W31	7,5	77,25	Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy

8.4

Dostępność opieki reumatologicznej

Niewątpliwie kwestia organizacji opieki reumatologicznej w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem liczby świadczeniodawców, liczby reumatologów oraz wyceny świadczeń, jest bardzo ważna. Jednak z punktu widzenia chorego kluczowe znaczenie ma to, jak te parametry systemu przekładają się na czas oczekiwania na wizytę w poradni lub na hospitalizację. Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił nową usługę internetową pod nazwą „Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne”. Serwis ten jest dostępny pod adresem <https://kolejki.nfz.gov.pl> (ryc. 8.1). Celem usługi jest udostępnienie informacji na temat czasu oczekiwania oraz liczby osób czekających na świadczenia z danej dziedziny (np. reumatologii) w poszczególnych placówkach, które mają zawarty kontrakt z NFZ.

Z danych publikowanych przez NFZ (stan na 31.05.2014) wynika, że średni czas oczekiwania

na reumatologiczną poradę ambulatoryjną dla przypadków stabilnych wynosi w Polsce 28 dni (mediana)*. Uwagę zwraca duża rozpiętość danych. Spośród 727 widocznych w systemie podmiotów 141 zadeklarowało, że przyjęcia odbywają się na bieżąco. Jednak blisko 9% jednostek podaje czas oczekiwania przekraczający 90 dni, czyli 3 miesiące. Są też placówki, w których chory musi czekać ponad 400 dni na przyjęcie przez reumatologa. Szczegółowe dane dla poszczególnych województw są przedstawione w tabeli 8.5.

Według danych NFZ przypadki pilne są w 80% placówek przyjmowane na bieżąco. Jednak i tu zdarzają się odstępstwa. W ok. 10% placówek czas oczekiwania dla przypadków pilnych wynosi 10 dni lub więcej. W województwie dolnośląskim i opolskim są poradnie, w których deklarowany czas oczekiwania na wizytę dla przypadków pilnych wynosi 80 dni lub dłużej (tab. 8.6).

Rycina 8.1
Ogólnopolski Informator
o Czasie Oczekiwania na
Świadczenia Medyczne

* Średnia wyniosła 38,5 dnia.

Źródło: <https://kolejki.nfz.gov.pl/> [dostęp: 14.07.2014].



OGÓLNOPOLSKI INFORMATOR
O CZASIE OCZEKIWANIA NA ŚWIADCZENIA MEDYCZNE

Szpital

Przychodnia

Inne

?

przypadek stabilny

jakiego świadczenia szukasz?

PORADNIA REUMATOLOGICZNA

X

przypadek pilny

województwo

mazowieckie

mięscowóć

Warszawa

X

więcej opcji

Sprawdź czas oczekiwania

Liczba osób oczekujących

Liczba osób skreślonych

Średni czas oczekiwania (dni)

Miesiąc i rok aktualizacji danych

"MEDICERS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ PORADNIA REUMATOLOGICZNA	WARSZAWA TUZYCKA 31 022 744 31 50
11	12
13	8/2014
SYNEXUS POLSKA SP. Z O.O. PORADNIA REUMATOLOGICZNA	WARSZAWA BIĄŁOBRZESKA 40A 22 825-51-86
30	29
17	8/2014
SZPITAL KLINICZNY DZIECIĄTKA JEZUS PORADNIA REUMATOLOGICZNA	WARSZAWA ŚRÓDMIEŚCIE EMILII PLATER 21 (22) 657 39 07
46	18
20	7/2014
CENTRUM LECZNICZO-REHABILITACYJNE I MEDYCYNY PRACY ATTIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ PORADNIA REUMATOLOGICZNA	WARSZAWA ŚLISKA 5 22-620-70-95
11	8
21	6/2014
URSZULA STOPIŃSKA-GLUSZAK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LECZNICZA MEDYCZNA "ALVIT" PORADNIA REUMATOLOGICZNA	WARSZAWA ŻOLIBÓRZ ŚLÓWACKIEGO 5/13 22 833-01-51
13	8
33	6/2014
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDINA" PORADNIA REUMATOLOGICZNA	WARSZAWA ŚRÓDMIEŚCIE KRZYWE KOŁO 8/10 (22) 831-07-21
39	20
35	7/2014
CENTRUM LECZNICZO-REHABILITACYJNE I MEDYCYNY PRACY ATTIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ PORADNIA REUMATOLOGICZNA	WARSZAWA WOLA GÓRCZEWSKA 89 22-321-12-11
22	6
35	6/2014

1

2

3

ABC pacjenta | zgłoś uwagę | pobierz dane | kontakt


ODDZIAŁ NFZ	LICZBA ŚWIADCZE- NIODAWCÓW	LICZBA OSÓB OCZEKUJĄ- CYCH	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA	MEDIANA ŚREDNIEGO CZASU OCZE- KIWANIA	MAKSYMALNY ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA
DOLNOŚLĄSKI	60	5608	39,7	27,0	155
KUJAWSKO- -POMORSKI	46	2417	40,7	34,0	144
LUBELSKI	48	2969	26,4	15,5	188
LUBUSKI	16	411	24,3	11,5	103
ŁÓDZKI	27	906	23,7	6,0	111
MAŁOPOLSKI	63	4237	52,1	41,0	196
MAZOWIECKI	92	5596	41,8	34,0	349
OPOLSKI	16	617	32,1	26,5	110
PODKARPACKI	56	1998	32,4	14,5	441
PODLASKI	14	2218	36,6	30,0	93
POMORSKI	34	4503	43,8	28,0	183
ŚLĄSKI	110	5992	46,4	41,0	146
ŚWIĘTOKRZYSKI	36	488	21,0	11,0	105
WARMIŃSKO- MAZURSKI		1376	61,5	25,5	412
WIELKOPOLSKI	66	2119	29,7	23,5	127
ZACHODNIO- -POMORSKI	25	1703	1703	28,0	315

Tabela 8.5
Czas oczekiwania na świadczenia medyczne w reumatologii (poradnie reumatologiczne: AOS, SOK) – przypadek stabilny. Stan na 31.05.2014

Źródło: Opracowanie własne na podstawie <http://kolejki.nfz.gov.pl/>.

ODDZIAŁ NFZ	LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW	LICZBA OSÓB OCZEKUJĄCYCH	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA	MEDIANA ŚREDNIEGO CZASU OCZEKIWANIA	MAKSYMALNY ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA
DOLNOŚLĄSKI	60	9	2,6	0	80
KUJAWSKO-POMORSKI	46	21	3,9	0	17
LUBELSKI	48	1	2,2	0	33
LUBUSKI	16	5	4,0	0	22
ŁÓDZKI	27	5	0,6	0	9
MAŁOPOLSKI	63	7	2,3	0	21
MAZOWIECKI	92	9	2,3	0	67
OPOLSKI	16	1	6,6	0	87
PODKARPACKI	56	0	0,3	0	9
PODLASKI	14	28	6,9	0	46
POMORSKI	34	5	2,4	0	27
ŚLĄSKI	110	26	3,9	0	55
ŚWIĘTOKRZYSKI	36	1	1,1	0	39
WARMIŃSKO-MAZURSKI	18	6	4,5	0	37
WIELKOPOLSKI	66	16	2,8	0	40
ZACHODNIO-POMORSKI	25	2	1,4	0	24

Tabela 8.6
Czas oczekiwania na świadczenia medyczne w reumatologii (poradnie reumatologiczne: AOS, SOK) – przypadek pilny. Stan na 31.05.2014

Źródło: Opracowanie własne na podstawie <http://kolejki.nfz.gov.pl/>.



Średni czas oczekiwania na hospitalizację reumatologiczną w Polsce dla przypadków stabilnych mierzony medianą wynosi 71 dni, natomiast mierzony średnią arytmetyczną – 182 dni. Duże rozbieżności między tymi parametrami są spowodowane występowaniem przypadków skrajnych. Spośród 80 świadczeniodawców, 4 zgłosiło średni czas oczekiwania przekraczający 1300 dni, czyli ponad 3,5 roku! W blisko 10% placówek oferujących hospitalizację reumatologiczną chorzy muszą czekać ponad rok na przyjęcie do szpitala. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 8.7.

Dla przypadków pilnych mediana czasu oczekiwania na hospitalizację reumatologiczną wyniosła 13,5 dnia, a średnia arytmetyczna – 29,8 dnia. W 10% placówek czas oczekiwania przekracza 90 dni. Z danych NFZ wynika, że w skrajnym przy-

padku chory na przyjęcie na oddział musi czekać aż 168 dni, czyli około 5,5 miesiąca (tab. 8.8).

Dane NFZ na temat średniego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne stanowią niezwykle cenne źródło informacji o dostępności do opieki reumatologicznej, ponieważ dotyczą całej Polski i uwzględniają wszystkich publicznych świadczeniodawców. Należy jednak zauważyć, że wiarygodność tych danych może być ograniczona, gdyż opiera się na deklaracji poszczególnych podmiotów leczniczych. Jak wynika z badania przeprowadzonego na potrzeby raportu „JA, PACJENT! Perspektywa Organizacji Pacjentskich na Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce” rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie w reumatologii może być prawie 2-krotnie dłuższy niż deklarowany przez NFZ [6]. Kwestia ta wymaga dalszych analiz.

Tabela 8.7
Czas oczekiwania na świadczenia medyczne w reumatologii (hospitalizacja: oddział reumatologiczny) – przypadek stabilny. Stan na 31.05.2014

Źródło: Opracowanie własne na podstawie <http://kolejki.nfz.gov.pl/>.

ODDZIAŁ NFZ	LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW	LICZBA OSÓB OCZEKUJĄCYCH	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA	MEDIANA ŚREDNIEGO CZASU OCZEKIWANIA	MAKSYMALNY ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA
DOLNOŚLĄSKI	7	2396	177,7	151,0	431
KUJAWSKO-POMORSKI	4	640	91,3	73,5	168
LUBELSKI	6	486	52,7	49,5	112
LUBUSKI	1	37	32,0	32,0	32
ŁÓDZKI	4	764	56,8	52,5	92
MAŁOPOLSKI	4	569	175,8	205,0	244
MAZOWIECKI	10	1555	108,0	47,0	254
OPOLSKI	2	684	300,5	300,5	481
PODKARPACKI	7	532	91,1	71,0	206
PODLASKI	2	15	6,5	6,5	13
POMORSKI	4	321	93,5	64,0	246
ŚLĄSKI	11	6451	657,7	415,0	1344
ŚWIĘTOKRZYSKI	4	309	39,0	42,5	71
WARMIŃSKO-MAZURSKI	2	89	31,5	31,5	40
WIELKOPOLSKI	8	1973	138,4	118,5	350
ZACHODNIO-POMORSKI	4	337	102,5	43,5	284

ODDZIAŁ NFZ	LICZBA ŚWIADCZE- NIODAWCÓW	LICZBA OSÓB OCZEKUJĄ- CYCH	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA	MEDIANA ŚREDNIEGO CZASU OCZE- KIWANIA	MAKSYMALNY ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA
DOLNOŚLĄSKI	7	149	42,4	19,0	126
KUJAWSKO- -POMORSKI	4	38	22,0	21,5	32
LUBELSKI	6	2	7,0	5,5	23
LUBUSKI	1	43	16,0	16,0	16
ŁÓDZKI	4	8	3,0	2,0	8
MAŁOPOLSKI	4	132	14,0	7,5	41
MAZOWIECKI	10	793	45,5	9,0	168
OPOLSKI	2	2	19,0	19,0	29
PODKARPACKI	7	144	20,0	6,0	66
PODLASKI	2	0	0,0	42,5	0
POMORSKI	4	60	45,0	42,5	95
ŚLĄSKI	11	698	64,8	40,0	135
ŚWIĘTOKRZYSKI	4	39	10,0	10,5	19
WARMIŃSKO- MAZURSKI	2	2	8,5	8,5	17
WIELKOPOLSKI	8	116	16,0	16,0	50
ZACHODNIO- -POMORSKI	4	232	41,5	40,0	78

Tabela 8.8
Czas oczekiwania na
świadczenia medyczne
w reumatologii (hospi-
talizacja: oddział reu-
matologiczny) – przy-
padek pilny. Stan na
31.05.2014

Źródło: Opracowanie wła-
sne na podstawie [http://
kolejki.nfz.gov.pl/](http://kolejki.nfz.gov.pl/).

Podsumowanie

Przedstawione w rozdziale informacje nie są jednoznaczne. Z jednej strony obserwujemy relatywnie dużą liczbę reumatologów, z drugiej strony dochodzi do zamykania poradni reumatologicznych. Deklarowany przez NFZ czas oczekiwania na poradę specjalistyczną jest bardzo zróżnicowany. Są miejsca w Polsce, gdzie pacjenci przyjmowani są na bieżąco, ale zdarzają się też takie sytuacje, gdy na poradę muszą czekać ponad rok. Co więcej, dane przedstawione przez NFZ mogą być w dużej mierze zaniżone. Jest to szczególnie istotne w kontekście dyskusji na temat wczesnej diagnostyki i okna terapeutycznego. Trzeba pamiętać, że część chorych zwleka z wizytą u lekarza POZ, a ten nie zawsze kieruje pacjenta bezpośrednio do reumatologa [7]. Dlatego skrócenie do absolutnego minimum czasu oczekiwania na poradę specjalistyczną w przypadku osób z chorobą zapalną stawów ma fundamentalne znaczenie jeśli chodzi o skuteczność dalszego leczenia i perspektyw chorego.

Bibliografia

1. [Online] [Zacytowano: 08 07 2014.] <http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>.
2. [Online] http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2009/07/0809823_international_comparisons.pdf.
3. [Online] <http://www.ereumatologia.pl/Prof-Witold-Tlusztchowicz-powolajmy-siec-szybkiej-diagnostyki-w-zapaleniu-stawow,9851.html>.
4. **Drapała A, Grabowska-Woźniak E, Gryglewicz J. i wsp.** Stan opieki reumatologicznej w Polsce – streszczenie raportu projektu badawczego. Oficyna Wydawnicza Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2011.
5. [Online] http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0015/7701/64_reumatologia_13072011.pdf.
6. **Kotarba-Kańczugowska M, Kucharski K, Linder-Kopiecka I. i wsp.** JA, PACJENT! Perspektywa Organizacji Pacjenckich na Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” oraz Stowarzyszenie Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających, Warszawa 2014.
7. **Raza K, Stack R, Kumar K, et al.** Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 1822–1825.

9

Znaczenie wczesnej diagnostyki chorób reumatycznych (okno terapeutyczne)

9.1

Wczesne zapalenie stawów

Obrzęk nawet jednego stawu, który nie jest wynikiem urazu, może być początkiem przewlekłej zapalnej choroby reumatycznej. Mowa tu m.in. o reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS) oraz spondyloartropatiach (SpA). Choroby te wywołują poważne następstwa – zarówno zdrowotne, psychologiczne, jak i społeczne, co zostało przedstawione w jednym z wcześniejszych rozdziałów. Pierwszym krokiem w przeciwdziałaniu tym negatywnym następstwom jest wczesne rozpoznanie choroby. W tym celu konieczne jest wprowadzenie takich zasad postępowania, które nawet w przypadku obrzęku jednego stawu skierują chorego na właściwą „ścieżkę diagnostyczną” – bez konieczności czekania na rozwój choroby i wystąpienie kolejnych objawów. Dzięki temu możliwe będzie wczesne rozpoznanie problemu zdrowotnego i wdrożenie optymalnego, celowanego i przede wszystkim skutecznego leczenia.

Według zaleceń EULAR z 2007 roku każdy pacjent z utrzymującym się obrzękiem przynajmniej jednego stawu powinien być skierowany do reumatologa i zbadany przez niego w ciągu 6 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów choroby [1], a do 12. tygodnia powinno być rozpoczęte skuteczne leczenie. Według dostępnych danych dla polskiej populacji z 2010 roku, średni czas od wystąpienia pierwszych objawów choroby do wizyty u reumatologa wynosi aż 35 tygodni! [2].

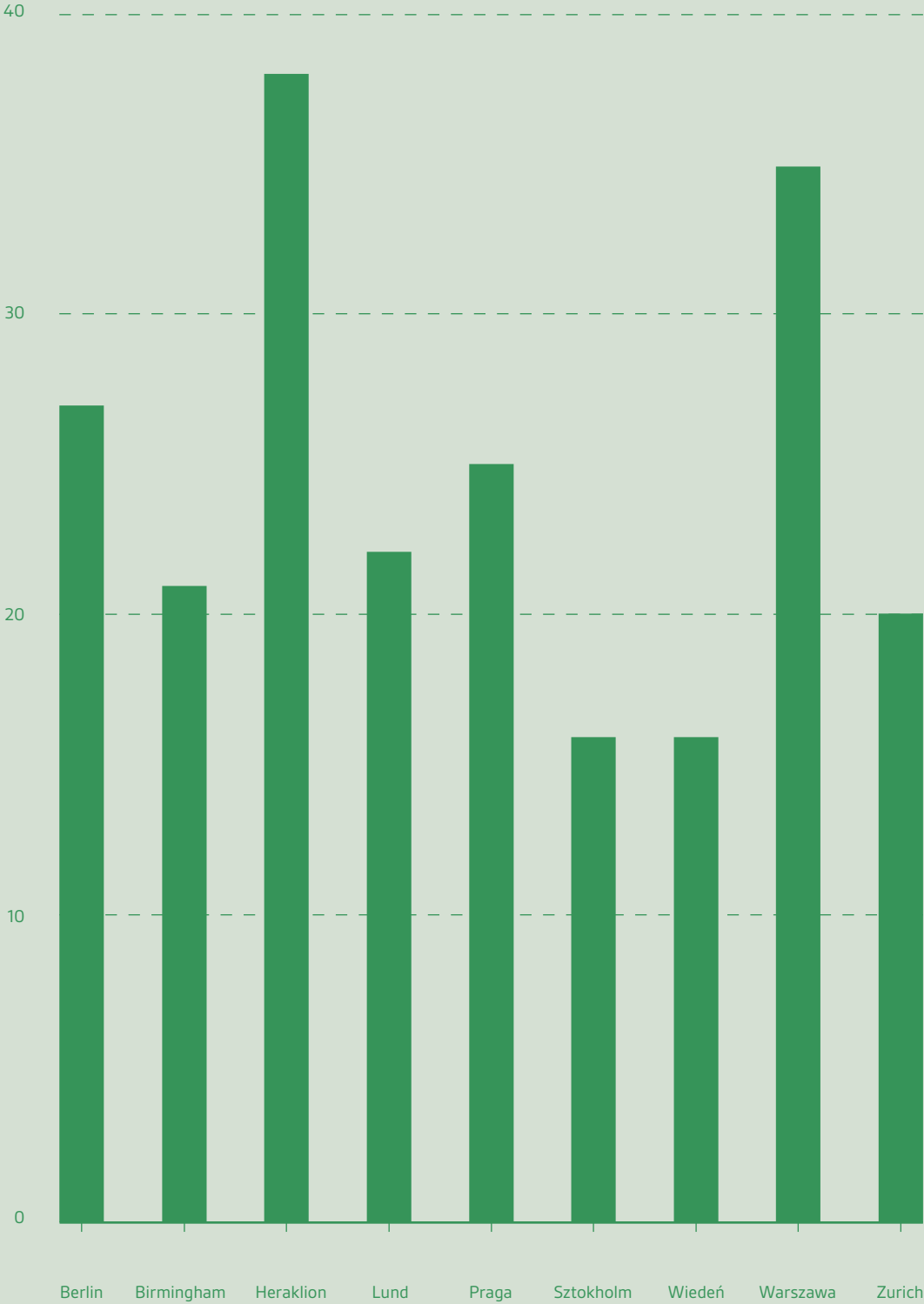
Chorzy z objawami zapalnej choroby reumatycznej często nie spełniają żadnych obowiązujących kryteriów diagnostycznych dla rozpoznania konkretnej choroby reumatycznej. Dla tej grupy zapaleń stawów, z objawami choroby trwającymi nie dłużej niż 6–12 tygodni, przyjęto termin wczesne zapalenie stawów.

Wczesne zapalenie stawów jest rozpoznawane wówczas, gdy stwierdza się przynajmniej jeden bolesny oraz obrzęknięty staw, a całość obrazu klinicznego choroby nie pozwala na rozpoznanie RZS, spondyloartropatii czy innej zapalnej choroby tkanki łącznej. Konieczne jest też rozpoczęcie leczenia modyfikującego przebieg choroby zaraz po ustaleniu rozpoznania. Stwierdzenie możliwości rozwoju agresywnego przebiegu choroby – z tworzeniem nadżerek (ubytki na powierzchni tkanki kostnej) – stanowi podstawę do rozpoczęcia leczenia. Lekiem pierwszego rzutu jest metotreksat. Bardziej szczegółowo leczenie wybranych chorób reumatycznych zostało omówione w rozdziale czwartym.

Rycina 9.1
Opóźnienia diagnostyczne RZS w wybranych miastach europejskich (w tygodniach)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [2].

tygodnie



9.2

Okno terapeutyczne

Wczesne zapalenie stawów wymaga ścisłego monitorowania oraz weryfikacji rozpoznania. Celem jest jak najszybsze wyodrębnienie z tej grupy wczesnego reumatoidalnego zapalenia stawów lub wczesnej, nieradiologicznej* spondyloartropatii – jeszcze przed stadium rozwoju zmian radiologicznych. Należy również tak monitorować skuteczność leczenia, żeby jak najszybciej osiągnąć remisję choroby. U około 70% chorych na wczesne zapalenie stawów wdrożenie skutecznego leczenia zaraz po ustaleniu rozpoznania umożliwia uzyskanie remisji utrzymującej się przez 2 lata trwania choroby. Co więcej, u około 20% chorych można uzyskać 6-miesięczną remisję bez stosowania jakichkolwiek leków [3].

Z uwagi na kluczowe znaczenie wczesnego rozpoznania choroby zapalnej stawów na dalsze losy chorego wprowadzono pojęcie tzw. okna terapeutycznego. Okno terapeutyczne to okres 12 tygodni od wystąpienia pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania i rozpoczęcia skutecznego leczenia. Istotne jest, żeby za pierwsze objawy choroby przyjmować każdy objaw zapalenia stawów, a nie czas, w którym pojawił się pierwszy obrzęk stawu [4]. Pojęcie okna terapeutycznego początkowo zostało wprowadzone dla reumatoidalnego zapalenia stawów. Analiza negatywnych następstw upływu czasu od wystąpienia pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania i wdrożenia skutecznego leczenia w innych chorobach zapalnych (takich jak spondyloartropatie i toczeń rumieniowaty układowy) pozwoliła na wprowadzenie pojęcia „okna terapeutycznego” również w tych jednostkach chorobowych. W odróżnieniu od RZS nie definiuje się w ich przypadku przedziału czasowego. Wynika to z faktu, iż obecnie w tych jednostkach chorobowych „opóźnienia diagnostyczne” wynoszą wiele miesięcy, a nawet lat.

* Zmiany zapalne nie są jeszcze widoczne na klasycznym zdjęciu rentgenowskim.

9.3

Wczesne rozpoznanie choroby jako warunek uzyskania remisji

W ostatnich latach wykazano, że jedynym czynnikiem predykcyjnym w osiągnięciu remisji w RZS jest wczesne rozpoznanie choroby i szybko zastosowane skuteczne leczenie. Rozpoczęcie leczenia w ciągu 12 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów choroby 2-krotnie zwiększa szanse na uzyskanie remisji choroby, a konieczność stosowania leków biologicznych w leczeniu RZS zmniejsza się z 32,2% do 10% [5]. Z tego powodu opracowano nowe kryteria diagnostyczne choroby, w których nie uwzględniono zmian w badaniach radiologicznych, będących zmianami późnymi. Trwają też badania nad wyodrębnieniem czynników, które mogą pomóc w ustaleniu rozpoznania choroby jeszcze przed pojawieniem się typowych objawów klinicznych. Pozwoli to na wcześniejszą interwencję mającą na celu zahamowanie rozwoju choroby.

Z przeprowadzonych dotychczas na świecie badań wiadomo już, że jednym z czynników sugerujących rozwój RZS w przyszłości jest obecność w organizmie przeciwciał ACPA, które mogą na kilka lat

wyprzedzać pojawienie się typowych objawów RZS. Nie jest to jednak jedyny marker rozwoju tego zapalenia, a co więcej – nie jest na tyle swoisty, aby uzasadniał postawienie rozpoznania RZS i rozpoczęcie leczenia. Samo stwierdzenie obecności przeciwciał ACPA nie pozwala na rozpoznanie RZS, ale pacjentów, u których stwierdzono obecność przeciwciał ACPA i bóle stawów, należy systematycznie kontrolować, żeby przy pierwszych objawach RZS czy wczesnego niesklasyfikowanego zapalenia stawów rozpocząć leczenie.

Innym bardzo swoistym markerem możliwości rozwoju RZS są przeciwciała anty-CarP (anti-carbamylated protein). Niestety, występują one tylko u 39% chorych, ale ich obecność może uzasadniać wdrożenie leczenia przed wystąpieniem wszystkich objawów RZS [6]. Trwają również dyskusje oraz badania kliniczne oceniające skuteczność poszczególnych schematów leczenia wczesnego zapalenia stawów oraz bardzo wczesnych postaci RZS. Ich celem jest zwiększenie odsetka chorych, u których uda się uzyskać trwałą remisję choroby [7].

9.4

Efektywność kosztowa wczesnego rozpoznania choroby

Poza wymiernymi korzyściami zdrowotnymi, wynikającymi z leczenia w pierwszych 12 tygodniach choroby, istotne są też inne korzyści takiego postępowania. Badania europejskie wykazały, że całkowity koszt diagnostyki i leczenia jednego pacjenta, u którego wcześniej rozpoznano zapalenie stawów, wynosi 2424 Euro. W przypadku późnego rozpoznania RZS koszt ten jest już ponad dwukrotnie wyższy i wynosi 5928 Euro [8]. Ze strony płatnika inwestowanie środków we wczesną diagnostykę zapaleń stawów jest pod względem ekonomicznym jak najbardziej uzasadnione. Pozwala ograniczyć późniejsze wydatki na leczenie zaawansowanych postaci choroby. Jest to forma inwestycji, która daje szybki i wysoki stopień zwrotu.

Należy również zauważyć, że szybkie uzyskanie remisji u osób w wieku produkcyjnym bezpośrednio wpływa na zmniejszenie ryzyka opuszczenia przez nie rynku pracy. Utrzymanie przez chorych aktywności zawodowej, to nie tylko wpływy do budżetu państwa z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, ale również brak kosztów związanych z rentami i wcześniejszymi emeryturami. Praca, o czym była już mowa we wcześniejszych rozdziałach, jest również jednym z czynników zmniejszających ryzyko depresji wśród osób cierpiących z powodu chorób reumatycznych, wpływa także pozytywnie na sytuację materialną chorych i ich rodzin.

9.5

Znaczenie wczesnej diagnostyki w spondyloartropatiach i toczeniu rumieniowatym układowym

Wczesna diagnostyka spondyloartropatii, tak jak i RZS, w istotny sposób wpływa na skuteczność leczenia i szansę uzyskania remisji. Część badań wykazuje, że opóźnienia diagnostyczne w przypadku spondyloartropatii są jeszcze większe niż w RZS. Feldtkeller i wsp. wykazali, że u 59% chorych ze spondyloartropatią czas od pojawienia się pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania przekracza 10 lat! [9]. Skrócenie czasu od wystąpienia pierwszych objawów do ustalenia rozpoznania jest możliwe dzięki wprowadzeniu nowych kryteriów ASAS (Assessment of SpondyloArthritis) rozpoznania osiowych i obwodowych spondyloartropatii. Jednym z nowych kryteriów jest rozpoznanie zmian zapalnych w stawach krzyżowo-biodrowych na podstawie wyników badania rezonansem magnetycznym (MRI). Badanie MRI daje możliwości rozpoznania tzw. nieradiologicznych spondyloartropatii, w których typowe dla tych chorób zmiany widoczne w badaniu RTG mogą pojawić się wiele lat później. Wprowadzenie badania MRI do diagnostyki tych chorób jest krokiem milowym w ich wczesnym wykrywaniu, co ma kluczowe znaczenie dla skutecznego leczenia.

Znaczenie wczesnej diagnostyki i rozpoczęcie skutecznego leczenia jest również istotne w przypadku toczenia rumieniowatego układowego. W tej chorobie czas, jaki upływa od pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania, często wynosi ponad 30 miesięcy. Dotyczy to zwłaszcza chorych, u których pierwszymi objawami choroby są bóle i/lub obrzęki stawów [10].

Podsumowanie

W przypadku zapalnych chorób stawów rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia w czasie trwania okna terapeutycznego jednoznacznie determinuje szanse chorego na uzyskanie remisji. Niestety, w chwili obecnej nie ma to odzwierciedlenia w istniejącym systemie opieki reumatologicznej w Polsce. Polska jest krajem, w którym czas od ustalenia rozpoznania do wdrożenia leczenia jest jednym z najdłuższych w Europie, co istotnie ogranicza skuteczność leczenia, zwiększa jego koszty, jest również przyczyną zwiększenia świadczeń rentowych i absencji chorobowej. Obecną sytuację można poprawić przez zmiany w zakresie organizacji wczesnej diagnostyki chorób reumatycznych, które będą przedstawione w dalszej części raportu.

Bibliografia

1. **Combe B, Landewe R, Lukas C, et al.** EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 34–45.
2. **Raza K, Stack R, Kumar K, et al.** Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 1822–1825.
3. **Van Eijk IC, Nielen MMJ, Van der Horst-Bruinsma I, et al.** Aggressive therapy in patients with early arthritis results in similar outcome compared with conventional care: the STREAM randomized trial. *Rheumatology* 2012; 51: 686–694.
4. **Raza K, Saber TP, Kvien TK, et al.** Timing the therapeutic window of opportunity in early rheumatoid arthritis: proposal for definitions of disease duration In clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2012; Doi: 10.1136/annrheymdis-2012-201893.
5. **Gremese E, Salaffi F, Bosello SL, et al.** Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. *Ann Rheum Dis* 2013; 22: 858–862.
6. **Shi J, van de Stadt LA, Levarht EW, et al.** Anti-carbamylated protein (anti-CarP) antibodies precede the onset of arthritis. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 780–783.
7. **Van Vollenhoven RF, Nagy G, Tak PP.** Early start and stop of biologics: has the time come? *BMC Medicine* 2014; doi: 10.1186/1174-7015-12-25.
8. **Filipon E, Brazier M, Clavel G, et al.** Is it possible to identify early predictors of the future cost of chronic arthritis? The VERA project. *Fundam Clin Pharmacol* 2009; 23: 105–113.
9. **Feldtkeller E, Khan MA, van der Heijde D, et al.** Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol. Int* 2003; 23: 61–66.
10. **Ozbek S, Sert M, Paydas S, et al.** Delay in the Diagnosis of SLE: The Importance of Arthritis/Arthralgia as the Initial Symptom. *Acta Med Okayma* 2003; 57: 187–190.

10

Propozycje nowej organizacji wczesnej diagnostyki chorób reumatycznych w Polsce



10.1

Nowa organizacja systemu diagnostyki

Z przedstawionych we wcześniejszych rozdziałach informacji wynika, że w Polsce nie jest obecnie realizowana koncepcja optymalnego leczenia chorób zapalnych stawów zgodna z zaleceniami EULAR. Opiera się ona na wykorzystaniu tzw. okna terapeutycznego, czyli wczesnej interwencji – chory powinien zostać zdiagnozowany w ciągu 6 tygodni od wystąpienia pierwszych objawów, a skuteczne leczenie powinno zostać wdrożone do 12. tygodnia choroby. Jednym z powodów takiego stanu jest późne diagnozowanie zapalnych chorób stawów. Najczęściej rozpoznanie choroby następuje dopiero w momencie, gdy jest ona w zaawansowanym stadium. Oznacza to istotne pogorszenie perspektyw chorego oraz wyższe koszty leczenia, przy jednocześnie zmniejszeniu szansy uzyskania remisji.

W celu efektywnego skrócenia czasu, jaki upływa od wystąpienia pierwszych objawów chorób reumatycznych do ustalenia rozpoznania, konieczna jest reorganizacja systemu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) pod względem wizyt pacjenta u różnych lekarzy. Pierwszym etapem jest zredukowanie czasu, jaki chory spędza na wizytach w systemie POZ. Przy pierwszej wizycie u lekarza rodzinnego pacjent z objawami choroby zapalnej stawów powinien być kierowany bezpośrednio do poradni reumatologicznej (AOS). Zgodnie z zaleceniami EULAR leczeniem zapalnych chorób reumatycznych powinien zajmować się reumatolog. Diagnostyka chorób reumatycznych jest skomplikowana i wymaga dużej wiedzy reumatologicznej oraz doświadczenia. Objawy chorób reumatycznych w początkowym okresie mogą być nietypowe, co często przyczynia się do lekceważenia ich przez samych pacjentów i opóźniania wizyty u lekarza. Z kolei lekarze rodzinni niejednokrotnie zwlekają z odesłaniem pacjenta do reumatologa lub wysyłają ich do innych specjalistów (np. ortopedy, neurologa). Wynika to z problemu różnicowania początkowych objawów choroby reumatycznej z innymi dolegliwościami. We wczesnym okresie choroby lekarz rodzinny może jedynie leczyć pacjenta objawowo, co w dłuższej perspektywie jest rozwiązaniem niekorzystnym – odsuwa w czasie moment postawienia właściwego rozpoznania oraz podania skutecznych leków i tym samym zmniejsza

10.1.1

Ośrodki wczesnej diagnostyki zapaleń stawów

szansę na uzyskanie remisji. Należy podkreślić, że te ograniczenia dotyczą wyłącznie chorób stawów o podłożu zapalnym. W ramach proponowanych zmian lekarze rodzinni będą mogli posiłkować się krótkim kwestionariuszem pomagającym w różnicowaniu początkowych objawów wczesnego zapalenia stawów z innymi dolegliwościami. Ułatwi to sprawne podjęcie decyzji przekazania pacjenta z wczesnymi objawami choroby zapalnej układu ruchu do ośrodków wczesnej diagnostyki.

Szybki dostęp do porady reumatologicznej byłby możliwy dzięki:

- stworzeniu specjalistycznych reumatologicznych ambulatoryjnych ośrodków wczesnej diagnostyki
- utworzeniu tzw. szybkiej ścieżki dotarcia pacjentów z wczesnymi objawami zapalenia stawów od lekarzy rodzinnych i lekarzy innych specjalności do reumatologa
- nowej wycenie procedur specjalistycznej opieki ambulatoryjnej w ramach ośrodków wczesnej diagnostyki
- wprowadzeniu niezbędnych do wykonaniu procedur w ramach wizyt
- ścisłemu monitorowaniu chorych, u których rozpoznano wczesne RZS przez pierwszy rok od ustalenia rozpoznania

Ośrodki wczesnej diagnostyki zapaleń stawów (OWDZS) powinny zostać wydzielone w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Warunkiem otwarcia takiej jednostki przez podmiot leczniczy będzie spełnienie określonych wymogów. Chodzi m.in. o posiadanie odpowiedniej kadry (doświadczonych reumatologów) oraz możliwość wykonania wszystkich procedur diagnostycznych i terapeutycznych w ramach zaplanowanych wizyt (badania laboratoryjne oraz obrazowe, podanie leków zarówno parenteralnie, jak i podskórnie). Doświadczony reumatologa to lekarz tej specjalizacji z przynajmniej 5-letnim stażem pracy w poradni lub na oddziale reumatologicznym.

10.1.2

„Szybka ścieżka”

Omawiana propozycja zakłada utworzenie tzw. szybkiej ścieżki dla chorych z wczesnymi objawami zapalenia stawów. Ma ona na celu zminimalizowanie czasu, który upływa między wizytą u lekarza POZ a uzyskaniem porady reumatologicznej. Według opracowanych założeń nowej organizacji systemu wczesnej diagnostyki pacjent powinien zostać skonsultowany przez reumatologa w ciągu 7 dni od wystawienia skierowania przez lekarza POZ (lub innego specjalistę). Istotą proponowanych zmian jest kierowanie przez lekarza POZ pacjenta do ośrodka wczesnej diagnostyki zapaleń stawów. W momencie przyjęcia chorego do OWDZS zalecane jest posiadanie przez niego wyników badań takich jak: OB, morfologia oraz badanie ogólne moczu, gdyż przyspieszy to postawienie wstępnej diagnozy. Warunkiem jest, że pacjent podaje ból i/lub obrzęk przynajmniej jednego stawu, a objawy te nie są skutkiem urazu. W przypadku osób przed 45. rokiem życia podstawą skierowania do OWDZS byłby również zapalny ból kręgosłupa. Przez zapalny ból kręgosłupa rozumie się ból najbardziej nasilony w drugiej połowie nocy i rano, który ustępuje bądź zmniejsza się wraz z aktywnością ruchową wykonywaną w ciągu dnia. Może mu towarzyszyć również ból pośladków.

10.1.3

Nowe procedury w ramach ośrodków wczesnej diagnostyki zapaleń stawów

Nowe procedury są oparte na 3 wizytach wstępnych (0–2), po których większość pacjentów powinna mieć ustalone rozpoznanie i rozpoczęte leczenie. Następnie przewidziane są kolejne 4 wizyty (3–6), których celem jest monitorowanie efektów leczenia oraz ewentualnie korygowanie terapii. Następnym tych działań powinna być optymalizacja leczenia oraz uzyskanie maksymalnego efektu terapeutycznego.

Rycina 10.1
Proces diagnostyki
w ramach ośrodka
wczesnej diagnostyki
zapaleń stawów

Źródło: Opracowanie
własne.



OŚRODEK Wczesnej Diagnostyki Zapaleń Stawów

Wizyta 0

Ta wizyta powinna się odbyć w ciągu 7 dni od momentu wystawienia skierowania przez lekarza POZ (lub innego specjalistę). Przeprowadza ją doświadczony reumatolog, który zbiera dokładny wywiad chorobowy i wykonuje badanie układu ruchu. Jeżeli zachodzi podejrzenie zapalnej choroby reumatycznej, pacjent ma wykonywane dalsze procedury w ośrodku. W przypadku wykluczenia zapalnej choroby reumatycznej bądź rozpoznania choroby zwyrodnieniowej pacjent jest ponownie odsyłany do lekarza POZ. Reumatolog powinien przekazać pacjentowi wytyczne dla lekarza rodzinnego dotyczące dalszego postępowania oraz zalecanego leczenia.

Wizyta 1

Powinna się odbyć po 3–7 dniach od wizyty 1.

Procedury wykonywane w ramach wizyty:

- Dokładny wywiad i badanie fizykalne narządów wewnętrznych oraz stawów z oceną wskaźnika DAS28*
- Zlecenie badań laboratoryjnych (tab. 10.1)
- Zlecenie badań obrazowych (tab. 10.2)

Wizyta 2

Powinna się odbyć w ciągu 7–14 dni od wizyty 1.

Procedury wykonywane w ramach wizyty:

- Analiza i ocena wykonanych badań
- Badanie układu ruchu z oceną DAS28
- Opcjonalnie wypełnienie kwestionariusza HAQ** przez pacjenta
- Ustalenie rozpoznania i wdrożenie leczenia

W przedstawionym schemacie czas, jaki mija od momentu wystawiania przez lekarza POZ skierowania do ośrodka wczesnej diagnostyki zapalenia stawów do momentu rozpoczęcia leczenia, to maksymalnie 4 tygodnie. W tym czasie chory ma zaplanowane trzy wizyty u reumatologa, których celem jest ustalenie rozpoznania. Na zakończenie ostatniej wizyty rozpoczynane jest leczenie. Kolejne wizyty (4–6) służą monitorowaniu i optymalizacji leczenia.

* Disease Activity Score – wskaźnik ten został szczegółowo omówiony we wcześniejszych rozdziałach.

** HAQ – Health Assessment Questionnaire / kwestionariusz oceny stanu zdrowia.

Tabela 10.1
Zlecone badania laboratoryjne w ramach pierwszej wizyty

ZLECONE BADANIA LABORATORYJNE

OB
CRP
Morfologia z rozmazem
AspAT
AIAT
Kreatynina
Kwas moczowy
RF
ACPA
ANA 2
Przeciwciała przeciw Borrellia w klasie IgM i IgG
Przeciwciała przeciw Yersinia w klasie IgM, IgG, IgA (opcjonalnie w przypadku podejrzenia spondyloartropatii)
Przeciwciała przeciw Chlamydia trachomatis i/lub Pneumoniae w klasie IgM, IgG, IgA (opcjonalnie w przypadku podejrzenia spondyloartropatii)
Przeciwciała przeciw Salmonella w klasie IgG i IgA (opcjonalnie w przypadku podejrzenia spondyloartropatii)
HLA-B27 (opcjonalnie w przypadku podejrzenia spondyloartropatii)

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 10.2
Zlecone badania obrazowe w ramach pierwszej wizyty

BADANIA OBRAZOWE

RTG klatki piersiowej – PA i boczne
RTG – ręce i stopy zdjęcia porównawcze
USG zajętej ręki lub stopy/stawu
MRI zajętej ręki lub stopy (opcjonalnie)/stawu
RTG stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie – w przypadku podejrzenia spondyloartropatii)
MRI stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie – w przypadku podejrzenia spondyloartropatii)

Źródło: Opracowanie własne.

Wizyta 3

Powinna się odbyć 3 miesiące po drugiej wizycie.

Procedury wykonywane w ramach wizyty:

- Badanie fizykalne z oceną DAS28 i opcjonalnie HAQ
- Badania laboratoryjne (tab. 10.3)
- Badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy

Wizyta 5

Powinna się odbyć po 9 miesiącach od wizyty 2.

Procedury wykonywane w ramach wizyty:

- Badanie fizykalne z oceną DAS28 i opcjonalnie HAQ
- Ocena remisji wg ACR/EULAR
- Badania laboratoryjne (tab. 10.4)
- Badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy

Wizyta 4

Ta wizyta powinna się odbyć po 6 miesiącach od wizyty 2.

Procedury wykonywane w ramach tej wizyty:

- Badanie fizykalne z oceną DAS28 i opcjonalnie HAQ
- Ocena remisji wg ACR/EULAR
- Badania laboratoryjne (tab. 10.4)
- Badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy

Wizyta 6

Wizyta powinna się odbyć po 12 miesiącach od wizyty 2.

Procedury wykonywane w ramach wizyty:

- Badanie fizykalne z oceną DAS28 i opcjonalnie HAQ
- Ocena remisji wg ACR/EULAR
- Badania laboratoryjne (tab. 10.4)
- Badania obrazowe:
 - RTG klatki piersiowej PA i boczne
 - RTG ręki i stopy
 - USG zajętej ręki lub stopy
 - MRI zajętej ręki lub stopy (opcjonalnie)
 - RTG stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie)
 - MRI stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie)

Tabela 10.3
Zlecone badania laboratoryjne w ramach trzeciej wizyty

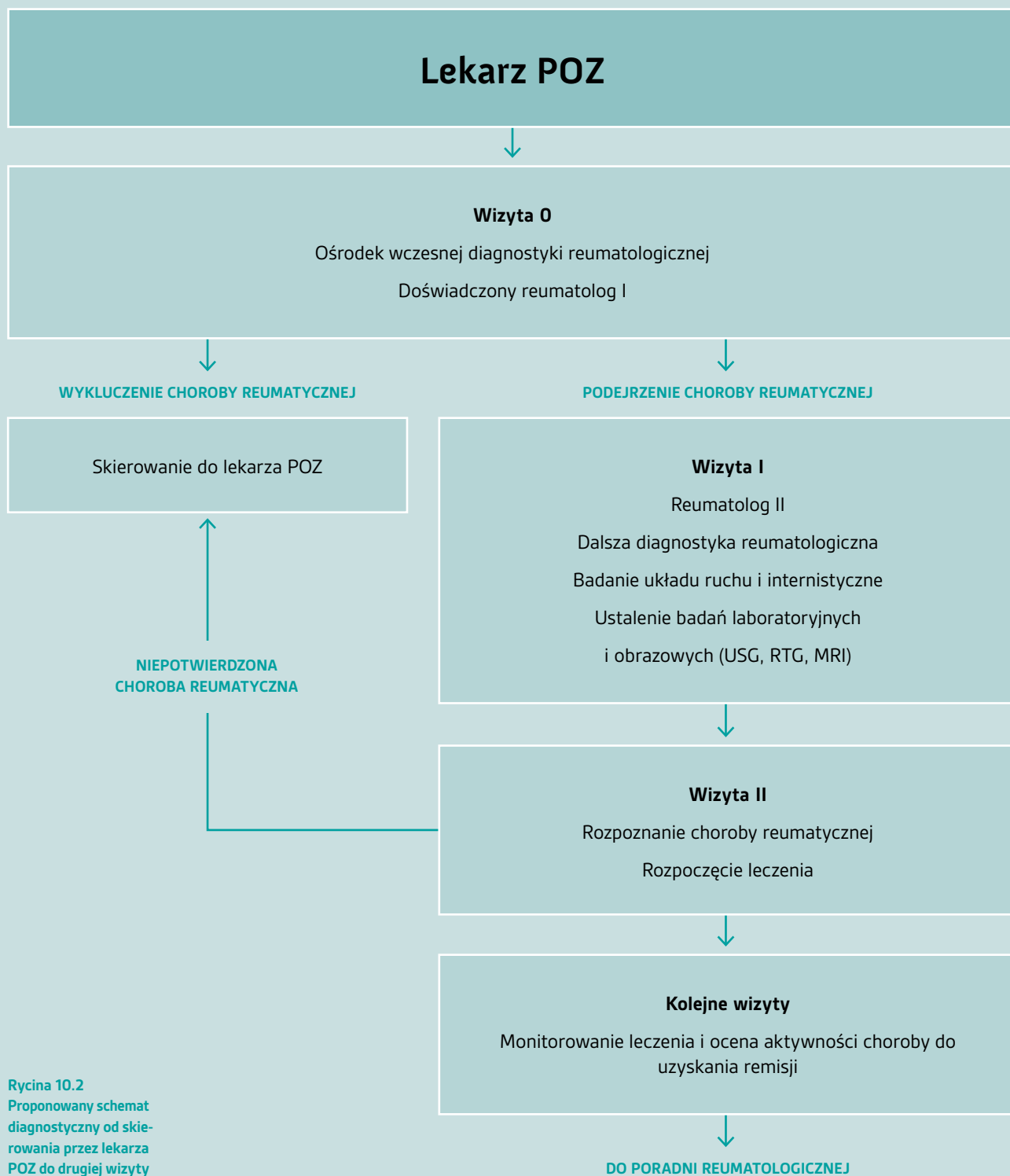
ZLECONE BADANIA LABORATORYJNE

OB	Źródło: Opracowanie własne.
CRP	
Morfologia z rozmazem	
AspAT	
AIAT	
Kreatynina	
Kwas moczowy	

Tabela 10.4
Zlecone badania laboratoryjne w ramach czwartej, piątej i szóstej wizyty

ZLECONE BADANIA LABORATORYJNE

OB	Źródło: Opracowanie własne.
CRP	
Morfologia z rozmazem	
AspAT	
AIAT	
Kreatynina	



Rycina 10.2
Proponowany schemat
diagnostyczny od skierowania przez lekarza POZ do drugiej wizyty

10.2

Koszty proponowanych zmian

Proponowany schemat diagnostyczny od skierowania przez lekarza POZ do wizyty drugiej przedstawiono na rycinie 10.2.

W momencie zakończenia 6. wizyty pacjent jest już w pełni zdiagnozowany oraz ma optymalnie dobrane leczenie. Uzyskany został maksymalny efekt terapeutyczny, jaki można osiągnąć przy obecnym poziomie wiedzy medycznej. Pacjent powinien zostać przekazany pod opiekę poradni reumatologicznej funkcjonującej w ramach AOS, gdzie proces leczenia będzie dalej monitorowany.

Dzięki współpracy czterech ośrodków reumatologicznych w Polsce* oszacowano średni koszt procedur w proponowanym systemie wczesnej diagnostyki – wyniki przedstawiono w tabeli 10.5.

Diagnostyka niesklasyfikowanego wczesnego zapalenia stawów bez badania MRI stanowi koszt 757 PLN, koszt diagnostyki RZS z włączeniem badania MRI to 1232 PLN, natomiast w przypadku spondyloartropatii koszt diagnostyki z badaniem MRI to 1222 PLN. Przy czym zgodnie z ASAS w kryteriach diagnostycznych badanie MRI obejmuje stawy krzyżowo-biodrowe.

W obecnie obowiązującym systemie specjalistycznej opieki reumatologicznej istnieją możliwości wykonania wszystkich badań w ramach wczesnej diagnostyki, niestety wycena poszczególnych wizyt w opiece ambulatoryjnej wymaga odbycia przez pacjenta 4–5 wizyt, co wydłuża czas do ustalenia rozpoznania i wdrożenia leczenia często nawet o rok. Wymusza to często niepotrzebną hospitalizację chorego w celach diagnostycznych, wtedy po 4 dniach hospitalizacji pacjent ma wykonany pełen pakiet badań, ustalone rozpoznanie i wdrożone leczenie. Niestety zwiększa to nakłady na leczenie szpitalne i wydłuża czas oczekiwania na hospitalizację.

* Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny im. Gen. Jerzego Ziętka, ul. Szpitalna 11, 43-450 Ustroń; Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla, Oddział Reumatologii, ul. Skarbowa 1, 31-121 Kraków; Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr J. Biziela, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz; Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa.

WYKONYWANA PROCEDURA	WIZYTA 0	WIZYTA 1	WIZYTA 2	WIZYTA 3	WIZYTA 4	WIZYTA 5	WIZYTA 6
WYWIAD LEKARSKI							
BADANIE FIZYKALNE STAWÓW – BADANIE PRZESIEWOWE	80,00 zł	×	×	×	×	×	×
DOKŁADNY WYWIAD I BADANIE FIZY- KALNE STAWÓW Z OCENĄ DAS28	×	80,00 zł	×	×	×	×	×
BADANIE FIZYKALNE Z OCENĄ DAS28 I OPCJONALNIE HAQ	×	×	80,00 zł	80,00 zł	×		×
BADANIE FIZYKALNE Z OCENĄ DAS28 I OPCJONALNIE HAQ, OCENA REMISJI ACR/EULAR	×	×	×	×	80,00 zł	80,00 zł	80,00 zł
BADANIA LABORATORYJNE							
OB	×	5,00 zł	×	5,00 zł	5,00 zł	5,00 zł	5,00 zł
CRP	×	13,00 zł	×	13,00 zł	13,00 zł	13,00 zł	13,00 zł
MORFOLOGIA Z ROZMAZEM	×	11,00 zł	×	11,00 zł	11,00 zł	11,00 zł	11,00 zł
AspAT	×	7,00 zł	×	7,00 zł	7,00 zł	7,00 zł	7,00 zł
AIAT	×	7,00 zł	×	7,00 zł	7,00 zł	7,00 zł	7,00 zł
MO CZNIK	×	6,00 zł	×	6,00 zł	6,00 zł	6,00 zł	6,00 zł
KREATYNINA	×	8,00 zł	×	8,00 zł	8,00 zł	8,00 zł	8,00 zł
KWAS MOCZOWY	×	7,00 zł	×	7,00 zł	×	×	7,00 zł
RF	×	17,00 zł	×	×	×	×	×
ACPA	×	50,00 zł	×	×	×	×	×
ANA 2 (IDENTYFIKACJA)	×	100,00 zł	×	×	×	×	×
PRZECIWCIAŁA PRZECIWKO BORRELIA	×		×	×	×	×	×
PRZECIWCIAŁA PRZECIWKO SALMONEL- LA W KLASIE IgG I IgM			×	×	×	×	×
PRZECIWCIAŁA PRZECIWKO YERSINIA W KLASIE IgG I IgA	×		×	×	×	×	×

WYKONYWANA PROCEDURA	WIZYTA 0	WIZYTA 1	WIZYTA 2	WIZYTA 3	WIZYTA 4	WIZYTA 5	WIZYTA 6
PRZECIWCIAŁA PRZECIWKO CHLAMYDIA PNEUMONIAE W KLASIE IgG I IgA	x		x	x	x	x	x
PRZECIWCIAŁA PRZECIWKO CHLAMYDIA TRACHOMATIS W KLASIE IgG I IgA	x		x	x	x	x	x
HLA-B27 (OPCJONALNIE – W PRZYPADKU PODEJRZENIA SPONDYLOARTROPATII)	x	157,00 zł	x	x	x	x	x
BADANIA OBRAZOWE							
RTG KŁATKI PIERSIOWEJ AP I BOCZNE	x	54,00 zł	x	x	x	x	54,00 zł
RTG RĘCE I STOPY	x	85,00 zł	x	x	x	x	85,00 zł
USG ZAJĘTEJ RĘKI LUB STOPY	x	105,00 zł	x	105,00 zł	105,00 zł	105,00 zł	105,00 zł
MRI ZAJĘTEJ RĘKI LUB STOPY (OPCJONALNIE)	x	475,00 zł	x	x	x	x	475,00 zł
RTG STAWÓW KRZYŻOWO-BIODROWYCH (OPCJONALNIE – W PRZYPADKU PODEJRZENIA SPONDYLOARTROPATII)	x	45,00 zł	x	x	x	x	45,00 zł
MRI STAWÓW KRZYŻOWO-BIODROWYCH (OPCJONALNIE – W PRZYPADKU PODEJRZENIA SPONDYLOARTROPATII)		465,00 zł	x	x	x	x	465,00 zł
KOSZT POSZCZEGÓLNYCH WIZYT:	80,00 zł	1697,00 zł	80,00 zł	249,00 zł	242,00 zł	242,00 zł	1373,00 zł
ŁĄCZNY KOSZT PROCEDURY: 3721,00 zł							

Tabela 10.5
Koszty uzyskane z wyceny średnich kosztów procedur z 4 ośrodków reumatologicznych w Polsce

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez ośrodki reumatologiczne.

Podsumowanie

Proponowane zmiany w systemie reumatologicznej opieki zdrowotnej mają zarówno krótko-, jak i długofalowe korzyści. Podsumowując, można stwierdzić, że przedstawiona propozycja stworzenia ośrodków wczesnej diagnostyki zapaleń stawów pozwoli na skrócenie drogi pacjenta od jednego lekarza do drugiego – lekarza POZ, lekarzy innych specjalności oraz reumatologa – do maksimum 4 tygodni. Pacjenci, u których nie zostanie potwierdzone podejrzenie zapalenia stawów, wracają pod opiekę lekarza POZ, co odciąży poradnie reumatologiczne. Innymi słowy, rola poradni reumatologicznych zostanie zawężona głównie do opieki nad pacjentami z potwierdzonymi chorobami zapalnymi, którzy wymagają leczenia specjalistycznego.

Wprowadzenie „szybkiej ścieżki” opartej na ośrodkach wczesnej diagnostyki zapaleń stawów zmniejszy również zapotrzebowanie na hospitalizacje reumatologiczne, gdyż te same badania diagnostyczne będą dostępne w ramach wspomnianych OWDZS. Przyjęcia na oddziały reumatologiczne ograniczą się do trudnych i niereagujących na leczenie przypadków oraz sytuacji zagrożenia życia czy konieczności parenteralnego leczenia cytostatykami.

Przesunięcie części środków z leczenia szpitalnego na diagnostykę i leczenie w ośrodkach wczesnej diagnostyki pozwoli na większą dostępność do diagnostyki i leczenia w bardzo wczesnych stadiach choroby, a także zmniejszy kolejki oczekujących na hospitalizację przez zmniejszenie liczby chorych hospitalizowanych z powodu konieczności wykonania badań diagnostycznych.

Przedstawiony schemat postępowania pozwoli również na zoptymalizowanie doboru badań diagnostycznych i kompleksowe ich wykonanie. Przedstawione rozwiązanie jest nie tylko opłacalne z punktu widzenia kosztów bezpośrednich (diagnostyka oraz leczenie), ale również kosztów pośrednich. Zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania remisji lub ograniczenie postępu choroby, dzięki wczesnej diagnostyce i optymalizacji leczenia z wykorzystaniem tzw. okna terapeutycznego, pozwoli części chorych utrzymać jakość życia i zminimalizować straty wynikające z choroby. W przypadku osób pracujących przełoży się to również na mniejszą absencję chorobową i nieefektywną obecność w pracy (prezenteizm), a także mniejsze ryzyko przejścia na rentę.

Podsumowanie i rekomendacje

W marcu 2014 roku Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz przedstawił założenia tzw. pakietu kolejkowego, czyli zestawu ustaw mających na celu m.in.: zniesienie limitów na świadczenia w opiece onkologicznej, skrócenie czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne, ale także zmniejszenie liczby osób oczekujących w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) oraz rozszerzenie możliwości diagnostycznych dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). W propozycji zmian szczególną uwagę poświęcono kwestii priorytetu pacjentów pierwszorazowych. W czerwcu tzw. pakiet kolejkowy został przyjęty przez Rząd i trafił pod obrady Sejmu. Planuje się, że przedstawione zmiany wejdą w życie 1 stycznia 2015 roku.

Przedstawiona w niniejszym raporcie koncepcja zmian w obszarze wczesnej diagnostyki reumatologicznej w pełni pokrywa się z założeniami tzw. pakietu kolejkowego. Jej celem jest zwiększenie dostępności do opieki specjalistycznej dla osób z zapalną chorobą stawów. Co więcej, szczególny nacisk został położony na stworzenie „szybkiej ścieżki” dla pacjentów pierwszorazowych, czyli tych, którzy po raz pierwszy trafiają do reumatologa.

Według przedstawionych w raporcie założeń w Polsce należy w ramach AOS wyodrębnić ośrodki wczesnej diagnostyki zapaleń stawów (OWDZS),

których zadaniem będzie przeprowadzenie szybkiej i kompleksowej diagnostyki pacjentów pierwszorazowych. W przypadku stwierdzenia u pacjenta zapalnej choroby stawów obowiązkiem OWDZS będzie również wdrożenie skutecznego leczenia. Celem nadrzędnym proponowanej zmiany jest stworzenie systemu umożliwiającego zdiagnozowanie pacjenta oraz rozpoczęcie leczenia przed upływem 12 tygodni od momentu wystąpienia pierwszych objawów choroby. Okres ten jest określany mianem „okna terapeutycznego”. Według rekomendacji The European League Against Rheumatism (EULAR) rozpoczęcie leczenia w tym okresie maksymalizuje jego skuteczność oraz zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania remisji.

Według założeń opracowanej koncepcji każda osoba, u której lekarz POZ (lub inny lekarz specjalista) podejrzewa zapalną chorobę stawów, powinna być bezzwłocznie skierowana do ośrodka wczesnej diagnostyki zapaleń stawów. Zalecane jest by lekarz rodzinny zlecił dodatkowe badania tj.: OB, morfologię oraz badanie ogólne moczu. W przypadku ich braku zostaną one wykonane w ramach OWDZS. Pacjent w ciągu 7 dni od momentu wystawienia skierowania powinien być przyjęty do najbliższego ośrodka wczesnej diagnostyki. W czasie pierwszej wizyty w OWDZS zostanie ustalone wstępne rozpoznanie. W przypadku choroby zwyrodnieniowej stawów (ChZS)

pacjent zostanie dokładnie poinformowany o stanie swojego zdrowia i skierowany do dalszej opieki do lekarza rodzinnego (będzie zaopatrzony w instrukcję co do dalszego postępowania). Nie ma konieczności, by leczenie ChZS odbywało się w ramach opieki specjalistycznej. Jeżeli w czasie pierwszej wizyty zostanie wstępnie rozpoznana choroba zapalna, pacjent zostanie skierowany do dalszej diagnostyki oraz zostanie wdrożone odpowiednie dla niego leczenie. Ten etap powinien być przeprowadzony w ciągu 2–3 tygodni od pierwszej wizyty w ośrodku wczesnej diagnostyki. Przez kolejne 12 miesięcy chory pozostanie pod opieką danego OWDZS w celu monitorowania i optymalizacji terapii. Po tym okresie chory zostanie przekazany pod opiekę poradni reumatologicznej.

Zaproponowane rozwiązanie umożliwi stworzenie „szybkiej ścieżki” dla pierwszorazowych pacjentów z chorobą zapalną stawów oraz przyczyni się do zmniejszenia liczby osób czekających na wizytę w poradniach reumatologicznych. Pacjenci z chorobą zwyrodnieniową stawów zostaną przekierowani pod opiekę lekarzy rodzinnych, co zwiększy dostęp do świadczeń specjalistycznych w reumatologii dla pacjentów z chorobą zapalną. Co więcej, zaproponowane rozwiązanie zmniejszy zapotrzebowanie na wykonywanie badań diagnostycznych w ramach hospitalizacji. Z przygotowanych wstępnych wyliczeń wynika,

że koszt kompletu 7 wizyt w ramach ośrodków wczesnej diagnostyki zapaleń stawów (z uwzględnieniem diagnostyki obrazowej metodą rezonansu magnetycznego) jest porównywalny z kosztem pojedynczej hospitalizacji na oddziale reumatologicznym rozliczanej w ramach grupy JGP H87D (68 pkt, czyli obecnie 3536 zł).

Stworzenie systemu wczesnej diagnostyki zapaleń stawów jest rozwiązaniem, o które polscy reumatolodzy walczą od lat. Zasadność tego typu rozwiązań nie budzi żadnych wątpliwości. Krajowy Konsultant w dziedzinie Reumatologii, prof. Witold Tlustochowicz, wskazuje, że zainwestowanie 105 mln zł we wczesną diagnostykę chorób reumatycznych pozwoliłoby zaoszczędzić 10% środków wydawanych obecnie na renty*. Na terenie kraju realizowane są pionierskie projekty, których celem jest stworzenie ośrodków wczesnej diagnostyki. Należy tu m.in. wymienić „Program wczesnego wykrywania zapalenia stawów” realizowany przez Klinikę Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy. Projekty te mają jednak charakter lokalny i nie przekładają się na całość systemu opieki reumatologicznej w Polsce. Aby sprostać rosnącym potrzebom w sytuacji ograniczonych zasobów, konieczna jest zmiana systemowa. Niniejszy raport stanowi właśnie propozycję takiej zmiany.

* <http://www.medexpress.pl/video/w-polsce-nie-ma-wczesnej-diagnostyki-chorob-reumatoidalnych/37653/>



Recenzje raportu i projektu zmian

**pt. „Wczesna diagnostyka
chorób reumatycznych
– ocena obecnej sytuacji
i rekomendacje zmian”**

**autorów: Brygida Kwiatkowska, Filip
Raciborski, Maria Maślińska, Anna Kłak,
Jerzy Gryglewicz, Piotr Samel-Kowalik**

**opracowanego w Instytucie Reumatologii
w Warszawie**



**Prof. dr hab. n. med.
Anna Filipowicz-Sosnowska**

Instytut Reumatologii w Warszawie

Prezentowany raport jest obszernym, kompleksowym, wnikliwym opracowaniem obejmującym szeroką problematykę zapalnych chorób reumatycznych, zawierającym aktualne dane na temat organizacji opieki zdrowotnej chorych z zapaleniem stawów z uwzględnieniem aspektów ekonomicznych.

Raport dotyczy wielu zagadnień w tym: krótkiej charakterystyki zapalnych chorób reumatycznych, danych epidemiologicznych tych chorób, zakresu badań diagnostycznych, schematów leczenia i strategii terapeutycznych oraz następstw chorób reumatycznych, takich jak: powikłania narządowe, niepełnosprawność, problemy psychologiczne, utrata produktywności, obniżenie jakości życia i aktywności społecznej.

Następnym bardzo dokładnie omówionym zagadnieniem są koszty chorób reumatycznych. Z licznych analiz wynika, że koszty pośrednie istotnie przewyższają koszty bezpośrednie, co wiąże się z: przedwczesnym opuszczeniem rynku pracy, wypłacaniem rent i wcześniejszych emerytur, zwolnieniami lekarskimi (absencja chorobowa), bezrobociem, nieformalną nieobecnością w pracy oraz nieefektywną obecnością w pracy (prezenteizm).

Innym zagadnieniem jest przedstawienie aktualnej sytuacji pacjenta reumatologicznego w systemie publicznej opieki zdrowotnej, w tym: zakres pomocy świadczonej chorym na choroby reumatyczne przez lekarza POZ, czas oczekiwania na wizytę u reumatologa, czas od wystąpienia pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania oraz

wybór i zastosowanie odpowiedniego leczenia i monitorowanie jego skuteczności.

Najistotniejszym zagadnieniem jest omówienie znaczenia wczesnej diagnostyki zapaleń stawów. Zgodnie z zaleceniami Europejskiej Ligi do Walki z Chorobami Reumatycznymi (EULAR) rozpoznanie powinno być ustalone w okresie nie dłuższym niż 12 tygodni od wystąpienia pierwszych objawów choroby. Okres ten obejmuje tzw. okno terapeutyczne, w którym zastosowanie szybkiej interwencji terapeutycznej prowadzi do optymalizacji wyników leczenia.

Z analizy wielu badań wynika, że wczesne wdrożenie skutecznego leczenia u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) prowadzi do wystąpienia remisji u około 70% chorych, podczas gdy zastosowanie takich samych strategii terapeutycznych u chorych z zaawansowaną chorobą powoduje wystąpienie remisji w 20–30% przypadków. Remisja uzyskana we wczesnym okresie choroby utrzymuje się znacznie dłużej niż w okresie zaawansowanej choroby, a zatem znacznie silniej hamuje rozwój destrukcji stawowej, niepełnosprawności, ogranicza koszty stosowania drogich terapii oraz przyczynia się do utrzymania rynku pracy. Wczesne rozpoznanie i skuteczna terapia u chorych na spondyloartropatie i toczeń rumieniowaty układowy prowadzi do podobnych efektów jak w przypadku RZS.

Autorzy opracowania dokładnie przedstawiają propozycję nowej organizacji wczesnej diagnostyki chorób reumatycznych w Polsce z koniecznością powstania ośrodków wczesnej diagnostyki zapaleń stawów (OWDZS) w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dokładnie opisują koncepcję tzw. szybkiej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej, składającej się z 6 wizyt. Przedstawiają czynności i zakres badań koniecznych do wykonania na każdej wizycie. Rozpoznanie u chorego z wczesnym zapaleniem stawów powinno być ustalone w czasie 12 tyg. od wystąpienia pierwszych objawów choroby z jednocześnie 12 miesięcy powinna nastąpić ocena skuteczności terapii z ewentualną możliwością jej intensyfikacji.

Z przytoczonych wstępnych wyliczeń wynika, że koszt kompletu wizyt w ramach ośrodków wczesnej diagnostyki zapaleń stawów z uwzględnieniem diagnostyki obrazowej metodą rezonansu

magnetycznego, jest porównywalny z kosztem pojedynczej hospitalizacji na oddziale reumatologicznym, rozliczanej w ramach grupy JPG (łącznie koszt proponowanej procedury 3721 zł vs koszt hospitalizacji 3536 zł).

Przedstawione w opracowaniu dane wskazują na pewne istotne ograniczenia aktualnego systemu opieki reumatologicznej w Polsce, są nimi:

- Opóźnienie w skierowaniu pacjentów z zapaleniem stawów na wizytę do reumatologa. Czas oczekiwania na wizytę jest aktualnie zróżnicowany i waha się od 30 do 90 dni. Co więcej, według dostępnych danych dla polskiej populacji z 2010 roku średni czas od wystąpienia pierwszych objawów choroby do wizyty u reumatologa wynosi aż 35 tygodni, co zdecydowanie przekracza dane europejskie.
- Opóźnienie w diagnozowaniu i leczeniu chorych z zapaleniem stawów prowadzi do wzrostu kosztów socjoekonomicznych. Z badań europejskich wynika, że całkowity koszt diagnostyki i leczenia pacjenta, u którego wcześniej ustalono rozpoznanie RZS jest o połowę mniejszy od kosztów diagnostyki i leczenia chorego z zaawansowaną chorobą (2424 Euro vs 5928 Euro). Wczesna diagnostyka i leczenie zapaleń stawów łączą się z kolejnymi oszczędnościami ekonomicznymi, takimi jak: prewencja przed rozwojem i leczeniem zmian pozastawowych i powikłań układowych, zapobieganie niepełnosprawności, utrzymanie produktywności oraz ograniczenie wydatków na świadczenia socjalne (renty, przedwczesne emerytury).

Reasumując, przedstawiony przez Autorów projekt utworzenia ośrodków wczesnej diagnostyki zapaleń stawów wpisuje się w proces usprawnienia opieki zdrowotnej nad chorymi na choroby reumatyczne, z jednoczesnym ograniczeniem dotychczasowych kosztów zarówno socjalnych, jak i ekonomicznych. Jest projektem nowatorskim w polskich warunkach opieki nad chorymi na choroby reumatyczne. Należy również nadmienić, że wpisuje się w zalecenia Europejskiej Ligi do Walki z Chorobami Reumatycznymi oraz że podobne rozwiązania funkcjonują w krajach Europy Zachodniej już od wielu lat. Z pełnym przekonaniem, popieram realizację przedstawionego projektu.



**Prof. dr hab. med.
Witold Tłustochowicz**

**Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii
Wojskowy Instytut Medyczny**

Przedstawiony mi do oceny raport zawiera ponad 160 stron i jest podzielony na 10 rozdziałów. Zadaniem jego była ocena aktualnej sytuacji w zakresie reumatologii w Polsce jako podstawy do zaproponowania ewentualnych zmian w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości.

W części poglądowej omówiono poszczególne, najważniejsze z punktu widzenia reumatologa i epidemiologii jednostki chorobowe, ich zejście, metody diagnostyczne, sposoby leczenia, zdrowotne i społeczne następstwa tych chorób. Tą część pracy oceniam bardzo dobrze, napisana jest zgodnie ze stanem współczesnej wiedzy, w sposób przystępny dla czytelnika niekoniecznie zorientowanego w meandrach reumatologii. Zdrowotne aspekty chorób reumatycznych są dość dobrze znane, nowością jest wprowadzenie aspektów psychologicznych tych chorób które są generalnie w piśmiennictwie zaniedbywane. Jak słusznie podkreślają Autorzy pojawienie się ciężkiej, nieuleczalnej choroby u osoby młodej w okresie kiedy dopiero co osiągnięto możliwości realizacji celów życiowych (wykształcenie, urodzenie dzieci, pierwsze mieszkanie itp.), perspektywa cierpień i przyjmowania leków do końca życia, zagrożenie utratą pracy zawodowej a co za tym idzie pogorszenie warunków bytowych, jest zrozumiałym wstrząsem nie tylko dla osoby chorej ale i najbliższych. Jak podają Autorzy depresja, ewentualnie połączona z lękiem występuje u zdecydowanej większości z nich (do 75%). Jeszcze większym problemem w tym aspekcie staje się wystąpienie choroby u dzieci. Sfera ta jest przez nas reumatologów

totalnie zaniedbywana gdyż koncentrujemy się tylko na samej chorobie i jej objawach.

Obok problemów własnych chorego bardzo istotne są też kwestie społecznych następstw chorób reumatycznych. W bardzo szerokich i dobrze udokumentowanych danymi komentarzach Autorzy podkreślają że choroby reumatyczne stanowią trzecią co do częstości, po chorobach układu krążenia i nowotworach, przyczynę rent chorobowych, zwraca także uwagę bardzo wysoki odsetek orzeczeń o całkowitej niezdolności do pracy, w tym także samodzielnej egzystencji. Tragiczna z punktu widzenia chorego, co słusznie podkreślają Autorzy, jest niemożność wykonania najprostszych czynności życiowych z koniecznością wypracowania specjalnych mechanizmów, czynności na które my ludzie zdrowi nie zwracamy żadnej uwagi i wykonujemy je automatycznie. Zatrważające jest że po 10 latach choroby czynnych zawodowo jest tylko 20% chorych, największe zagrożenie występuje już w pierwszym roku trwania choroby. Nie wynika to absolutnie z chęci przebywania na rencie, gdyż ta grupa chorych pracę traktuje jako najwyższe dobro pozwalające na utrzymanie własnej samooceny, rehabilitację, zapobieganie depresji. Ale tutaj z punktu widzenia pracodawcy pojawia się problem absenteizmu i prezenteizmu bardzo dobrze omówiony w raporcie. Analiza zarówno bezpośrednich jak i pośrednich kosztów chorób jest wg mnie pierwszym tak wszechstronnym opracowaniem w Polsce. Dramatycznemu pogorszeniu ulega jakość życia, co zostało bardzo dobrze udokumentowane w raporcie. Znaczna poprawa w tym względzie, obok leczenia farmakologicznego przynosi rehabilitacja, a ta jest generalnie trudno dostępna i czas oczekiwania na nią wynosi pół roku, w skrajnych przypadkach nawet trzy lata. Jest to dla mnie o tyle zastanawiające że Polska stanowi kraj który liczbą łóżek sanatoryjnych może pokryć potrzeby całej Europy, a 80% leczonych tam chorych podobno kierowana jest z powodów reumatologicznych.

Bardzo wysoko oceniam rozdział dotyczący organizacji opieki reumatologicznej w Polsce, oparty o analizę danych dostępnych z wielu źródeł. Najbardziej zaskakujący jest dla mnie fakt że chory dociera do reumatologa dopiero po 35 tygodniach, wcześniej „zahaczając” o ortopedę, neurologa i innych specjalistów, po wykonaniu całej masy nic nie

wnoszących ale drogich badań. Świadczy to o złym przygotowaniu lekarzy rodzinnych, a winą należy tu obarczyć system szkolenia oraz nas samych, gdyż nie docieramy z naszym przekazem do lekarzy opieki podstawowej. Zdziwiająco jest to tym bardziej że mamy olbrzymią ilość reumatologów. Ta ilość (1 na 23 tysięcy mieszkańców) daje nam prawdopodobnie pierwsze miejsce w Europie. Na pewno pierwsze miejsce w Europie mamy w ilości łóżek szpitalnych zlokalizowanych w 92 oddziałach, nie wspomnę tu o olbrzymiej ilości łóżek sanatoryjnych. Mamy także 709 przychodni które podpisały umowę z NFZ, a powiatów jest tylko 379. Tak olbrzymie rozproszenie usług świadczy wg. mnie o braku jakiegokolwiek logiki w kreowaniu polityki zdrowotnej, konsekwencją jest podniesiona przez Autorów zła wycena świadczeń powodująca nieopłacalność usług ambulatoryjnych i zamykanie przychodni, jak też niepotrzebne hospitalizacje chorych na chorobę zwyrodnieniową stawów tylko po to aby zrealizować kontrakt (oczekiwanie rok na hospitalizację świadczy o tym że jest ona choremu niepotrzebna). Ostatnie jest korzystne dla oddziałów źle wyposażonych, a przeznaczenie dla nich części kontraktu „rozkłada” oddziały referencyjne które mają nadwykonania. Zaskakujący jest też podział środków przeznaczanych przez NFZ na opiekę reumatologiczną. Spośród 383 mln złotych, którą to sumę uważam za zbyt małą w kontekście znaczenia społecznego chorób reumatycznych, tylko 71 mln zł przeznaczono na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, 199 mln na lecnictwo szpitalne (choroby reumatyczne są w swojej naturze klasycznie ambulatoryjne), a pozostałe 113 mln przeznaczono na leczenie biologiczne wyjątkowo uprzywilejowanej kosztem innych grupy 3–4 tysięcy chorych. A przecież chorych mamy około 300 tysięcy. Oszacowanie ich liczby uważam za wielkie osiągnięcie raportu gdyż wreszcie po raz pierwszy mamy liczbę zbliżoną do prawdy, opartą o „twarde” dane NFZ. Wahania Autorów, przyzwyczajonych do danych szacunkowych propagowanych od lat w dostępnych publikacjach, potwierdzają ich sumiennność, ale są zupełnie nieuzasadnione.

W opinii Autorów olbrzymia część omówionych problemów zniknie z wprowadzeniem właściwej opieki ambulatoryjnej, zwłaszcza z ułatwieniem dostarczenia chorego do specjalisty tuż po wystąpieniu zapalenia stawów i wdrożenia leczenia w okresie „zło-

tego okna terapeutycznego". W świetle obecnych danych jest to pogląd jak najbardziej uzasadniony, zarówno z punktu widzenia chorego jak i płatników. Koszty leczenia zapaleń stawów, zwłaszcza wczesnych, są zdecydowanie mniejsze niż leczenie powikłań wynikających z zaniedbań w pierwszym okresie. Zgodnie z wszelkimi rekomendacjami lekarzem prowadzącym chorego na zapalenie stawów powinien być jedynie reumatolog, podczas gdy chorym na chorobę zwyrodnieniową może się zająć lekarz rodzinny lub inny specjalista (w miarę potrzeb). Taką koncepcję uważam za jak najbardziej racjonalną. W mojej ocenie jednak przedstawiony przez Autorów program budzi pewne wątpliwości. W jego napisaniu Autorzy powinni ściśle przestrzegać zaleceń międzynarodowych bądź europejskich [1; 2; 3; 4; 5; 6] a tego nie robią, tymczasem ja nie widzę powodów aby w Polsce ich nie przestrzegać. Skierowanie do reumatologa chorego z „bólami i/lub zapaleniem stawu” będzie kontynuacją obecnej praktyki wysyłania do reumatologa każdego chorego (głównie ze zwyrodnieniem stawu) i spowoduje rozłożenie całej koncepcji. Natomiast przedmiotem zainteresowania reumatologa powinien być jedynie chory z obrzękiem co najmniej jednego stawu stwierdzanym przez lekarza, którego nie można wytłumaczyć inną przyczyną, lub z zapalnym bólem pleców. Koncepcja Autorów wynika zapewne z niewiary że lekarz rodzinny posiada umiejętność właściwej oceny stawu i wie co to jest zapalny ból pleców. Ale można to rozwiązać poprzez szkolenia, pomocne jest stworzenie systemu „podpowiadającego”. Polecam Autorom obejrzenie strony internetowej pod adresem www.zapaleniestawow.pl stworzoną dla lekarzy rodzinnych przez Porozumienie Zielonogórskie przy mojej pomocy. Pozwala ona na wspaniałe ograniczenie ilości kierowanych chorych. Do kompetencji lekarza rodzinnego należy wykonanie elementarnych badań jak morfologia, OB, CRP, transaminazy – ułatwi mu to podjęcie decyzji o skierowaniu do specjalisty, a u tego wizyta 0 przestaje być zerową a staje się produktywną, gdyż w praktyce pozwala oddzielić chorych na zapalenie stawów od chorych na chorobę zwyrodnieniową. W czasie tej wizyty należy zalecić wykonanie badań różnicujących do których zgodnie z zaleceniami międzynarodowymi [1] należy jedynie pobranie krwi na czynnik reumatoidalny i przeciwciała anty CCP, ewentualnie przeciwydrowe, oraz wykonanie badania radiologicznego stawów dłoni i stóp, ewentualnie krzyżowo-biodrowych.

Zalecenie wykonania oznaczeń innych przeciwciał proponowanych przez Autorów wynika jedynie z ich osobistych przekonań a nie z rekomendacji. Obligatoryjne wykonywanie u każdego chorego badania ultrasonograficznego nie jest niczym uzasadnione i nie jest zalecane, spowoduje niepotrzebne przeciążenie lekarzy je wykonujących i wydłuży czas do wdrożenia leczenia. Badanie to jest niewątpliwie przydatne u niektórych chorych (szacuję z własnego doświadczenia że nie więcej jak u co 10), powinno więc być opcjonalne. Powtarzanie jego w kolejnych badaniach może być podyktowane jedynie wątpliwościami co do rozpoznania i nie powinno być obligatoryjne. Brak jest uzasadnienia do wykonywania badania rezonansu magnetycznego u chorych z zapaleniem stawów obwodowych, w przypadkach wątpliwych może być bowiem zastąpione tanim i tak samo przydatnym badaniem usg. W chwili obecnej brak jest rekomendacji aby liczyć skomplikowany wskaźnik DAS28, rekomendowany jest natomiast znacznie łatwiejszy i przydatniejszy SDAI. Istnieje bezwzględna potrzeba jego oceny na każdej wizycie, zwłaszcza po 3 i 6 miesiącach leczenia, miesiącach krytycznych w wyznaczaniu kierunków terapii. Celem uzyskania optymalnego efektu terapeutycznego wizyty muszą być nie rzadziej niż co 3 miesiące (powody omówiono powyżej), podobnie jak sugerują Autorzy. U chorych z zapalnym bólem pleców uzasadnione jest badanie antygenu HLA B27 i rtg stawów krzyżowo-biodrowych. Opcjonalnie, u niektórych chorych z obecnym antygenem HLA B27 może być przydatne badanie rezonansem magnetycznym (u większości z nich wystarczy ścieżka przewidziana przez ASAS obejmująca HLA B27). Wszystkie te badania różnicujące zapalenie stawów powinny być wykonane u chorych z rozpoznaniem zapaleniem stawów pomiędzy wizytą 0 i 1. Na tej drugiej ustala się rozpoznanie i wdraża leczenie przyczynowe, kontynuuje się wizyty co 2–3 miesiące w czasie których, zgodnie ze standardami, wykonuje się tylko morfologię krwi, transaminazy, kreatyninę OB i CRP [7]. Uzasadnione jest ewentualne wykonanie badania rtg dłoni i stóp na wizycie w 6 miesiącu. Ograniczenie się do badań wyznaczonych standardami europejskimi spowoduje obniżenie ceny wizyty pierwszej do 250 złotych (przyjąłem wartości wyceny badań podane przez Autorów) w przypadku zapalenia stawów obwodowych i 400 złotych w przypadku podejrzenia zapalenia

stawów osiowych. Całość opieki rocznej ograniczyć się wówczas do 750 zł w przypadku zapalenia stawów obwodowych i 900 zł w przypadku zapalenia stawów osiowych. Bardziej skomplikowane bądź kosztochłonne przypadki powinny być kierowane do oddziałów referencyjnych.

Autorzy zakładają że po tym okresie czasu chory wróci do lekarza rodzinnego, tymczasem rekomendowane jest jego pozostanie pod opieką reumatologa.

Podsumowując uważam raport za bardzo dobry, przedstawia bardzo realnie obecny stan reumatologii z wszelkimi jego niedoskonałościami. Jedyną jego wadą jest odbieganie w koncepcji wczesnej diagnostyki od standardów europejskich na rzecz wykonywania dużej liczby badań niezupełnie uzasadnionych merytorycznie, natomiast podnoszących koszty i niepotrzebnie wydłużających czas diagnostyki.

Z punktu widzenia pełnionej w ostatnich latach funkcji konsultanta krajowego czuję jednak duży niedosyt. Spodziewałem się bowiem, po Autorach o tak wysokim potencjale intelektualnym i pracujących w ośrodku o tak dużych tradycjach, więcej uwag praktycznych które mógłbym wykorzystać w swoich dążeniach do poprawy podnoszonych przez Autorów problemów.

Oczywiście że wczesne i dobre leczenie chorego zlikwiduje wiele problemów poruszonych w raporcie, ale w mojej opinii nie rozwiąże ich wszystkich. W rozwiązywaniu problemów psychologicznych bardzo użyteczny byłby psycholog. Należy więc pomyśleć w jaki sposób wprząć go do praktyki reumatologicznej, przede wszystkim rozważyć aspekty finansowe. Ponieważ praca zawodowa dla chorych jest wspaniałym postępowaniem podnoszącym ich wartość i jakość życia, a straty dla pracodawcy są ewidentne należy pomyśleć jak rozwiązać ten problem, być może potrzebne są nowe regulacje prawne. Najłatwiejsze wysyłanie na rentę nie rozwiązuje bowiem problemu. Równie ważna dla chorego jak leczenie farmakologiczne jest rehabilitacja. Tutaj także potrzebne jest stworzenie systemu aby mieli oni do niej dostęp na żądanie i praktycznie nieograniczony. Lekarzy, poradni i szpitali mamy pod dostatkiem a chory nie może dostać się do reumatologa. Autorzy

nie podpowiadają jak rozwiązać problemy które słusznie w raporcie podkreślili. W mojej opinii nie ma potrzeby aby w powiecie było więcej jak 1–2 poradnie reumatologiczne ale czynne codziennie i w pełnym wymiarze godzinowym. Musi się to opłacać a więc należy stworzyć odpowiednio wycenioną grupę JGP.

Autorzy nie opisują też kto miałby się zająć wczesną diagnostyką. Aby nie był to każdy, bo to spowoduje taki sam problem jak omówiony przed chwilą (zupełne rozdrobnienie środków), należy ściśle opisać jakie warunki ma spełniać przychodnia a więc określić referencyjność. Należy też zadbać o chorego kiedy upłynie pierwszy rok leczenia, powinna się tym zająć także przychodnia prowadząca wczesną diagnostykę. W obydwu aspektach widzę wielką rolę konsultantów wojewódzkich którzy wreszcie (w świetle ostatniej nowelizacji ustawy) mogą być do tego zobowiązani. Dla lekarza rodzinnego kapitalne znaczenie będzie miało stworzenie internetowego suflera, podpowiadającego także lokalizację najbliższej rekomendowanej przychodni. I wreszcie – raport nie zajmuje się szacowaniem kosztów wprowadzenia nowego systemu. Jest to niezwykle istotne z punktu widzenia płatnika czyli NFZ. Odpowiedzenie na pytanie ile potrzeba pieniędzy pozwoli odpowiedzieć na pytanie czy trzeba ich więcej czy też wystarczy przesunąć z innych działek np. leczenia szpitalnego jak to wydaje się sugerują Autorzy, a może oszczędności szukać w wydatkach na leki biologiczne?

Reasumując chcę podkreślić doskonałe opracowanie i wielkie znaczenie opracowanego raportu. Aby jednak przekuć go na czyny warto zastanowić się nad problemami podniesionymi przeze mnie, bardzo chętnie włączę się w wypracowanie rozwiązań.

Bibliografia

1. **Machado P, Castrejon I, Katchamart W. i wsp.** Multi-national evidence-based recommendations on how to investigate and follow-up undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative. *Ann Rheum Dis* 2011; 70; 15–24.
2. **Aletaha D, Neogi T, Silman AJ. i wsp.** 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. An American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *Arthritis & Rheum* 2010; 62; 2569–2581.
3. **Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al.** The development of Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009; 68; 777–783.
4. **Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al.** The assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis, and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis* 2011; 70; 25–31
5. **Puszczewicz M.** Reaktywne zapalenia stawów. Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii dotyczące diagnostyki i leczenia chorób reumatycznych. *Reumatologia* 2012; 50; 138–141.
6. **Smolen J, Landewé R, Breedveld F, et al.** EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 2014; 73; 492–509.
7. **Saag K, Teng G, Patkar N. i wsp.** American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in rheumatoid arthritis. *Arthr Rheum* 2008; 59; 762–784.



Podziękowania

Autorzy raportu składają serdeczne podziękowania: dr n. med. Danucie Kapołce, dr n. med. Bogdanowi Batko oraz dr hab. n. med. Sławomirowi Jece za pomoc w zbieraniu materiału, dzięki czemu możliwe było oszacowanie średnich kosztów procedur w proponowanym systemie wczesnej diagnostyki w Polsce. Autorzy dziękują również wszystkim osobom, które przyczyniły się do powstania niniejszego raportu, oraz tym, które od wielu lat starają się o stworzenie w Polsce systemu wczesnej diagnostyki reumatologicznej. Ich praca oraz podejmowane działania stanowiły inspirację dla autorów tego opracowania.

Warszawa, wrzesień 2014
ISBN 978-83-933304-2-3

