

WCZEŚNIEJ ZNACZY  
**EPIEJ**



**SZYBKA ŚCIEŻKA  
DIAGNOSTYCZNA DLA  
PACJENTA Z WCZESNYM  
ZAPALENIEM STAWÓW**



Konsultant Krajowy  
w dziedzinie reumatologii



Warszawa, październik 2023

Raport opracowany przez: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji  
im.prof. Eleonory Reicher w Warszawie, Konsultant Krajową w dziedzinie Reumatologii,  
Fundację Eksperti dla Zdrowia.



## **AUTORZY RAPORTU**

### **NARODOWY INSTYTUT GERIATRII, REUMATOLOGII I REHABILITACJI IM. PROF. ELEONORY REICHER W WARSZAWIE**

dr n. med. Marek Tombarkiewicz, MBA

dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher (NIGRiR), podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2016-2018

### **KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE REUMATOLOGII**

prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska

konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii, kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów NIGRiR, zastępca dyrektora NIGRiR

### **FUNDACJA EKSPERCI DLA ZDROWIA**

Marzena Domańska - Sadyńca, MBA

Prezes Fundacji Ekspertów dla Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

## **SPIS TREŚCI**

WSTĘP/**5**

1. WCZESNE ZAPALENIE STAWÓW/**7**

2. ZAPALNE CHOROBY REUMATYCZNE WYSTĘPUJĄCE Z OBJAWAMI WCZESNEGO ZAPALENIA STAWÓW/**7**

3. KOMPLEKSOWA OPIEKA NAD PACJENTEM Z WCZESNYM ZAPALENIEM STAWÓW KOWZS/**9**

4. PACJENT Z REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW Z OBJAWAMI WCZESNEGO ZAPALENIA STAWÓW NA ŚCIEŻCE KOMPLEKSOWEJ OPIEKI/**14**

5. PACJENT ZE SPONDYLOARTROPATIA ( ZZSK) Z OBJAWAMI ZAPALNEGO BÓLU KRĘGOSŁUPA NA ŚCIEŻCE KOMPLEKSOWEJ OPIEKI/**24**

6. PACJENT ZE SPONDYLOARTROPATIA ( ŁZS) Z OBJAWAMI WCZESNEGO ZAPALENIA STAWÓW NA ŚCIEŻCE KOMPLEKSOWEJ OPIEKI/**34**

7. PACJENT Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM Z OBJAWAMI WCZESNEGO ZAPALENIA STAWÓW W OŚRODKU KOWZS/ **41**

SPIS TABEL I RYCIN/**57**

BIBLIOGRAFIA/**58**

## WSTĘP

Raport pt.: Szybka ścieżka diagnostyczna dla pacjenta z wczesnym zapaleniem stawów przedstawia ścieżkę pacjenta z wczesnym zapaleniem stawów w programie pilotażowym kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów KOWZS. Szybka ścieżka została stworzona z myślą o pacjentach pierwszorazowych z objawami wczesnego zapalenia stawów, u których włączenie leczenia farmakologicznego, rehabilitacji na wczesnym etapie choroby, gwarantuje szybką i długą remisję choroby, i tym samym przywraca chorego do życia społecznego, rodzinnego i zawodowego. W ramach programu pilotażowego kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów zapewnione zostaną procedury medyczne niezbędne do prawidłowej diagnostyki w 15 -stu Ośrodkach Wczesnego Zapalenia Stawów w Polsce.

Pacjenci z objawami wczesnego zapalenia stawów i podejrzeniem 15 zapalnych chorób reumatycznych zostaną skierowani z poziomu z poziomu lekarza podstawowej opieki, lub innego lekarza specjalisty do I Modułu (etapu diagnostycznego) programu pilotażowego. Dzięki temu możliwe będzie rozpoczęcie odpowiedniej terapii dla pacjentów z rozpoznanym zapaleniem stawów i potwierdzonymi 7 jednostkami chorobowymi (L40.5 Łuszczyca stawowa, M02 Odczynowe zapalenie stawów (zespół Reitera), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów, M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów, M07 Artropatie łuszczykowe i towarzyszące chorobom jelit, M13 Inne zapalenia stawów, M45 Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, M46 Inne zapalne choroby kręgosłupa), jak również kompleksowa opieka przez okres 12 miesięcy.

Pacjenci z podejrzeniem pozostałych 8 jednostek chorobowych ( M10 Dna moczanowa, M30 Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne, M32 Toczeń rumieniowaty układowy, M33 Zapalenie skórno-mięśniowe, M34 Twardzina układowa, M35 Inne układowe zajęcie tkanki łącznej, M60 Zapalenie mięśni) będą kontynuowali dalszą diagnostykę poza programem KOWZS, tym samym rozpoznanie choroby i włączenie leczenia odbędzie się zdecydowanie wcześniej niż w obecnym systemie opiek.i

Uzasadnieniem do wprowadzenia programu pilotażowego KOWZS są bardzo duże opóźnienia w rozpoznawaniu zapalnych chorób reumatycznych w Polsce. Konsekwencją czego jest późne włączanie leczenia, poza oknem terapeutycznym, co daje mniejszą szansę pacjentowi na uzyskanie remisji w chorobie. Ponadto, przewlekły utrzymujący się proces zapalny zwiększa ryzyko pojawienia się schorzeń współistniejących między innymi takich jak choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, cukrzyca, depresja będących przyczyną przedwczesnych zgonów. W tym celu konieczne było wprowadzenie takich zasad

postępowania, które nawet w przypadku bólu i obrzęku jednego stawu lub zapalnego bólu kręgosłupa skierują chorego na właściwą ścieżkę diagnostyczną.

Celem kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów jest zapewnienie pacjentowi koordynacji leczenia obejmującego przeprowadzenie właściwej diagnostyki mającej na celu rozpoznanie wczesnej choroby stawów, rozpoczęcie leczenia na wczesnym etapie choroby, monitorowanie efektów tego leczenia, zapewnienie indywidualnej rehabilitacji leczniczej oraz dostępu do leczenia w ramach programów lekowych, w przypadku wskazań do tego typu terapii.

Kluczowymi założeniami kompleksowej opieki jest wprowadzenie nowego modelu leczenia opartego na szybkiej ścieżce diagnostycznej oraz włączeniu leczenia i rehabilitacji pacjentów we wczesnym stadium zapalenia stawów. Jednocześnie skoncentrowanie leczenia wokół wyspecjalizowanych ośrodków koordynujących, posiadających duże doświadczenie w wykonywaniu procedur diagnostyczno-leczniczych, jak i z zakresu programów lekowych oraz zapewniających dostęp do rehabilitacji reumatologicznej wpłynie na poprawienie efektywności leczenia oraz zmniejszenie ryzyka wystąpienia niepełnosprawności oraz ograniczenie liczby hospitalizacji z powodu chorób zapalnych stawów, a co się z tym wiąże krótko- i długookresowej niezdolności do pracy.

## **1. WCZESNE ZAPALENIE STAWÓW**

W ciągu pierwszych tygodni trwania objawów zapalenia stawów znaczna część pacjentów nie spełnia kryteriów kwalifikacyjnych i diagnostycznych dla konkretnej choroby reumatycznej. Zapalenie takie określa się jako: wczesne zapalenie stawów, które może rozwinąć się w reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) lub inne określone zapalenie stawów może ustąpić samoistnie lub może pozostać niezróżnicowane przez nieokreślony przedział czasu.

Wczesne zapalenie stawów, to zapalenie przynajmniej jednego stawu, z towarzyszącym bólem i ograniczeniem ruchomości zajętego stawu, potwierdzone badaniem klinicznym lub badaniami obrazowymi przez lekarza reumatologa, o krótkim czasie trwania od 6-12 tygodni, bez możliwości ustalenia rozpoznania dla konkretnej choroby reumatycznej

Istotną rolą lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego lekarza specjalisty, do którego zgłosi się chory z objawami wczesnego zapalenia stawów, jest przeprowadzenie screeningu w kierunku zapalnej choroby reumatycznej, a w przypadku jej podejrzenia, jak najszybsze skierowanie chorego do Ośrodka Wczesnego Zapalenia Stawów.

Koncepcja optymalnego leczenia zapalnych chorób stawów zgodnie z zaleceniami EULAR, opiera się na wykorzystaniu tzw. okna terapeutycznego, wczesnej interwencji, w ramach której, chory powinien zostać zdiagnozowany w ciągu 6 tygodni od wystąpienia pierwszych objawów, a skuteczne leczenie powinno zostać wdrożone do 12. tygodnia choroby.

## **2. ZAPALNE CHOROBY REUMATYCZNE WYSTĘPUJĄCE Z OBJAWAMI WCZESNEGO ZAPALENIA STAWÓW**

Ze względów praktycznych choroby reumatyczne zostały podzielone na zapalne choroby stawów przebiegające z przewlekłym procesem zapalnymi i niezapalne choroby stawów. Należy podkreślić, że do najczęściej występujących zapalnych chorób reumatycznych, które mogą się rozwinąć z objawami wczesnego zapalenia stawów należy zaliczyć reumatoidalne zapalenie stawów, grupę chorób określaną jako spondyloartropatie, dnę moczanową i pierwotny zespół Sjögrena.

Rzadziej występują takie choroby jak: toczeń rumieniowaty układowy czy twardzina układowa. W tabeli 1 ujęto najczęściej występujące zapalne choroby reumatyczne, występujące z manifestacją objawów wczesnego zapalenia stawów.

Tabela 1. Najczęściej występujące zapalne choroby reumatyczne z objawami wczesnego zapalenia stawów z określeniem częstości występowania w populacji

L.P.	ZAPALNE CHOROBY REUMATYCZNE Z OBJAWAMI WCZESNEGO ZAPALENIA STAWÓW	CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA CHOROBY W POPULACJI	NAJCZĘSTSZY WIEK ZACHOROWANIA
1.	reumatoidalne zapalenie stawów	0,5 – 1,5 proc.	30 – 50 lat
2.	spondyloartropatie	0,5 – 2 proc.	20 – 50 lat
3.	zespół Sjögrena	3 – 11 proc.	30 – 60 lat
4.	dna moczanowa	1,4 – 8,6 proc.	30 – 50 lat
5.	toczeń rumieniowaty układowy	około 0,5 proc.	16 – 55 lat
RAZEM		5,4 – 23,1 proc.	26 – 52,5 lat

Źródło: prezentacja pt. „Wczesne zapalenie stawów” prof. dr. hab.n. med. Brygida Kwiatkowska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji podczas konferencji w dniu 8 lipca 2022 r.

Rozpoznanie zapalnych chorób reumatycznych stanowi często wyzwanie dla lekarzy ze względu na zmienny obraz kliniczny, brak objawów klinicznych dla konkretnej jednostki chorobowej oraz występowanie tzw. zespołów nakładania, czyli sytuacji, gdy u chorego są spełnione kryteria diagnostyczne przynajmniej dwóch odrębnych chorób.

Na zapalne choroby reumatyczne chorują najczęściej ludzie młodzi, którzy często łączą pierwsze objawy choroby (ból i obrzęk stawu) z niewielkim urazem związanym z ich normalną aktywnością fizyczną, a zapalne bóle kręgosłupa z jego przeciążeniem, co stanowi jedną z przyczyn opóźnień diagnostycznych zapalnych chorób reumatycznych i przyczynia się w konsekwencji do ciężkich powikłań nieleczonej choroby. Dlatego w ramach szybkiej ścieżki diagnostycznej pacjenci z objawami wczesnego zapalenia stawów: obrzękiem i bólem przynajmniej jednego stawu (nie będącym wynikiem urazu), o czasie trwania nie dłuższym niż 6 tygodni, i/lub zapalnym bólem kręgosłupa trwającym minimum od 3 miesięcy będą kierowani przez lekarza podstawowej opieki (lub innego lekarza specjalistę) do diagnostyki w ramach Ośrodka Wczesnego Zapalenia Stawów realizującego świadczenie kompleksowej opieki.



### **3. KOMPLEKSOWA OPIEKA NAD PACJENTEM Z WCZESNYM ZAPALENIEM STAWÓW KOWZS**

Celem kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) jest szybkie postępowania w celu weryfikacji rozpoznania wczesnego zapalenia stawów i jak najszybsze wyodrębnienie z tej grupy wczesnego reumatoidalnego zapalenia stawów lub wczesnej, nieradiologicznej spondyloartropatii – jeszcze przed stadium rozwoju zmian radiologicznych oraz zapewnienie specjalistycznej opieki nad pacjentem w celu uzyskania jak najszybszej remisji choroby.

Założenia projektu świadczenia zdrowotnego „Kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów” są następujące:

1. Wprowadzenie nowego kompleksowego modelu leczenia opartego na szybkiej ścieżce diagnostycznej, leczeniu oraz rehabilitacji pacjentów we wczesnym stadium zapalenia stawów.
2. Skoncentrowanie leczenia wokół wyspecjalizowanych ośrodków koordynujących, posiadających duże doświadczenie w wykonywaniu procedur diagnostyczno-leczniczych, jak i z zakresu programów lekowych oraz zapewniających dostęp do rehabilitacji reumatologicznej.
3. Ograniczenie liczby hospitalizacji z powodu chorób zapalnych stawów, a co się z tym wiąże krótko- i długookresowej niezdolności do pracy.
4. Poprawienie efektywności leczenia oraz zmniejszenie ryzyka wystąpienia niepełnosprawności.

Kluczowym elementem „kompleksowej opieki” jest określenie zasad postępowania na każdym jej etapie. Ważnym elementem włączenia pacjenta do szybkiej ścieżki diagnostycznej na poziomie lekarza rodzinnego było określenie jej kryteriów.

Kryteria włączenia pacjenta na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego lekarza specjalisty do I modułu – etapu diagnostycznego

Kryteria włączenia pacjenta na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego lekarza specjalisty w kierunku diagnostyki różnicującej choroby zapalne stawów i choroby zwyrodnieniowe dotyczą pacjenta, który nie był diagnozowany i nie był leczony w kierunku choroby zapalnej stawów są następujące:

1. zgłoszenie przez pacjenta bólu i obrzęku przynajmniej jednego stawu nie będącego wynikiem urazu o czasie trwania objawów maksymalnie 6 miesięcy
2. zapalny ból kręgosłupa o czasie trwania nie krótszym niż 3 miesiące
3. podejrzenie lub rozpoznanie kliniczne co najmniej jednej z 15 jednostek chorobowych zapalnych chorób reumatycznych

Do I modułu – etapu diagnostycznego kwalifikują się pacjenci z wczesnym zapaleniem stawów i podejrzeniem rozpoznań według ICD-10:

- M02 Odczynowe zapalenie stawów (zespół Reitera)
- M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów
- M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów
- M07 Artropatie łuszczycowe i towarzyszące chorobom jelit
- L40,5 Łuszczyca stawowa
- M10 Dna moczanowa
- M13 Inne zapalenia stawów
- M30 Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne
- M32 Toczeń rumieniowaty układowy
- M33 Zapalenie skórno-mięśniowe
- M34 Twardzina układowa
- M35 Inne układowe zajęcie tkanki łącznej
- M45 Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
- M46 Inne zapalne choroby kręgosłupa
- M60 Zapalenie mięśni

Moduł I – etap diagnostyczny w Ośrodku Wczesnego Zapalenia Stawów obejmuje 2 porady

1. Porada pierwsza ( kwalifikacyjna) w ośrodku WZS ma na celu kwalifikację do programu KOWZS.
2. Porada 2 w ośrodku WZS obejmuje potwierdzenie co najmniej jednego z rozpoznań: M02 Odczynowe zapalenie stawów (zespół Reitera), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów, M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów, M07 Artropatie łuszczykowe i towarzyszące chorobom jelit, L40,5 Łuszczyca stawowa, M13 Inne zapalenia stawów, M45 Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, M46 Inne zapalne choroby kręgosłupa
3. Pacjenci z potwierdzeniem powyżej wymienionych jednostek chorobowych zostają objęci Indywidualnym Planem Opieki i zostają włączeni do leczenia modyfikującego przebieg choroby
4. Pacjenci zostają zakwalifikowani do Modułu II kompleksowej opieki

W przypadku pacjentów z podejrzeniem pozostałych jednostek chorobowych (M10 Dna moczaniowa, M30 Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne, M32 Toczeń rumieniowaty układowy, M33 Zapalenie skórno-mięśniowe, M34 Twardzina układowa, M35 Inne układowe zajęcie tkanki łącznej, M60 Zapalenie mięśni) pacjenci kontynuują dalszą diagnostykę poza programem KOWZS. Ośrodek WZS przekazuje informacje lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej lub innemu lekarzowi specjalście o świadczeniach zrealizowanych w ramach I modułu – etapu diagnostycznego.

Moduł II – etap kompleksowej opieki nad pacjentem w okresie 12 miesięcy od ustalenia Indywidualnego Planu Opieki:

1. Obejmuje 4 porady reumatologiczne
2. Obejmuje 2 porady udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej
3. Obejmuje rehabilitację medyczną według indywidualnego planu rehabilitacji leczniczej  
Obejmuje porady specjalistyczne w zależności od potrzeb

Każda z porad obejmuje:

- wywiad i badanie fizykalne;
- przeprowadzanie badań lub testów funkcjonalnych;
- ocenę skuteczności leczenia;
- ocenę nasilenia aktywności choroby/remisja (w zależności od głównego rozpoznania RZS: DAS 28 (Disease Activity Score), ESDAI (EULAR Sjögren's syndrome disease activity index), remisja ACR/EULAR (Amerykańskie Kolegium Reumatologiczne/ Europejska Liga Przeciwrumatyczna) u świadczeniobiorców z włączonym leczeniem modyfikującym przebieg choroby, HAQ, ZZSK, SPA – ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) oraz ŁZS – BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), DAS 28, ASDAS, dodatkowo wywiad w kierunku hospitalizacji);
- ocenę natężenia bólu w skali numerycznej NRS;
- Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ9;
- ocenę stosowanych leków;
- ocenę wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i innych badań diagnostycznych,
- ocenę konsultacji specjalistycznych;
- ocenę potrzeb i wskazań do rehabilitacji medycznej – ocena dokonywana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej;
- ocenę aktywności zawodowej;
- monitorowanie procesu leczniczo-terapeutycznego określonego w IPO WZS i modyfikację leczenia;
- skierowanie na badania laboratoryjne, badania obrazowe i inne badania diagnostyczne;
- kwalifikację pacjenta do programu lekowego
- pakiet badań w zależności od typu chorób współtowarzyszących i zaleceń innych lekarzy specjalistów.

Porada reumatologiczna szósta jest poradą bilansową, zamykającą i odbywa się w terminie 12 miesięcy od dnia porady drugiej. Porada obejmuje: wywiad i badanie fizykalne; przeprowadzanie badań lub testów funkcjonalnych; ocenę skuteczności leczenia; ocenę nasilenia aktywności choroby/remisja u pacjentów z włączonym leczeniem modyfikującym przebieg choroby, ocenę natężenia bólu w skali numerycznej NRS; Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ9; ocenę stosowanych leków; ocenę wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i innych badań diagnostycznych, ocenę konsultacji specjalistycznych; ocenę potrzeb i wskazań do rehabilitacji medycznej – ocena dokonywana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej; ocenę aktywności zawodowej; skierowanie pacjenta do dalszej opieki specjalistycznej poza programem pilotażowym KOWZS w poradni reumatologicznej oraz na kontynuację rehabilitacji.

W ramach programu pilotażowego KOWZS ośrodek WZS wprowadza do Bazy Zapalnych Chorób Reumatycznych dane dotyczące:

- Diagnostyki w kierunku zapalnych chorób reumatycznych:
- Oceny klinicznej przez lekarza opieki:
- Oceny przez pacjenta nasilenia bólu NRS i HAQ;
- Stosowanych leków (nazwa handlowa; EAN (Europejski Kod Towarowy, ang. European Article Number) lub GTIN (Globalny Numer Jednostki Handlowej); nazwa międzynarodowa; dawka; modyfikacja dawki. Hospitalizacji:
- Liczby hospitalizacji i głównej przyczynie hospitalizacji według klasyfikacji ICD-10;
- czasie trwania hospitalizacji.
- Stosowanych wyrobów medycznych (nazwa; zalecenia do stosowania.
- Badań laboratoryjnych – zakres badań i wyniki.
- Badań obrazowych – zakres badań i wyniki.

#### 4. PACJENT Z REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW Z OBJAWAMI Wczesnego Zapalenia Stawów na Ścieżce Kompleksowej Opieki

Tabela 2. Ścieżka pacjenta z RZS w KOWZS

L. P	ŚCIEŻKA PACJENTA Z RZS
1.	Chory powinien zachować tzw. czujność diagnostyczną
2.	Chory po zauważeniu objawów wczesnego zapalenia stawów (obrzęku i bólu przynajmniej jednego stawu, nie będącego wynikiem urazu), powinien zgłosić się do lekarza podstawowej opieki lub innego lekarza specjalisty. Jeżeli lekarz nie będzie w stanie zróznicować u chorego konkretnej jednostki chorobowej, to wtedy skieruje chorego do Ośrodka WZS.
3.	W Ośrodku WZS, podczas pierwszej porady u reumatologa, lekarza opieki (na podstawie wywiadu i badania fizykalnego) u chorego zostaje potwierdzony zapalny charakter choroby reumatycznej. W trakcie drugiej porady u chorego zostaje potwierdzone rozpoznanie choroby RZS (na podstawie badań laboratoryjnych, obrazowych) i ustalony Indywidualny Plan Opieki KOWZS. I wdrożone leczenie modyfikujące przebieg choroby.
4.	Chory z RZS rozpoczyna proces leczenia i monitorowania aktywności choroby w ramach kompleksowej opieki KOWZS.
5.	W związku z szybkim podjęciem procedur diagnostyczno - terapeutycznych chory po wdrożeniu leczenia uzyskuje remisję i wraca do aktywności zawodowych, społecznych i prywatnych. Chory po powrocie do aktywności zawodowej znajduje się pod opieką kompleksową ośrodka KOWZS w celu monitorowania przebiegu choroby.

Źródło: opracowanie własne

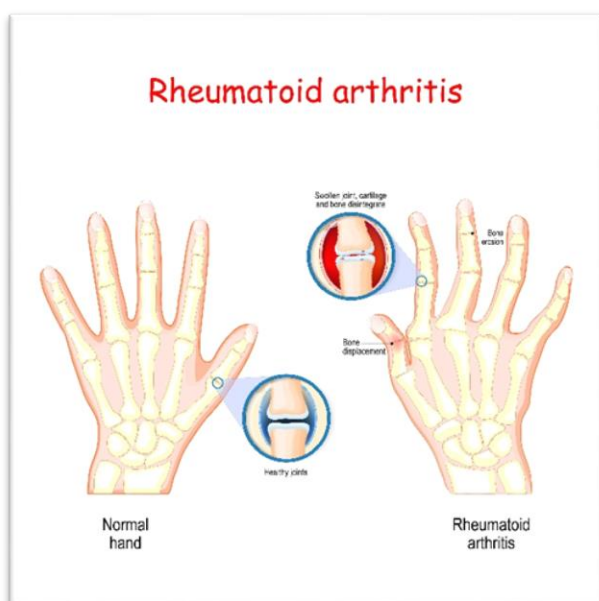
Rycina 1. Ścieżka pacjenta z RZS w kompleksowej opiece KOWZS



Źródło: opracowanie własne

## O REUMATOIDALNYM ZAPALENIU STAWÓW (RZS)

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS, gościec, dawna nazwa: gościec przewlekłe postępujący) to przewlekła choroba zapalna błony maziowej małych i średnich stawów. RZS jest uważana za chorobę autoimmunologiczną, chociaż nie mieści się całkowicie w klasycznej definicji takiej choroby (ustalonej przez Witebsky'ego). Nieznany czynnik stymuluje błonę maziową wyścielającą staw do odpowiedzi zapalnej. Dochodzi do jej powiększania się i niszczenia przylegających struktur (chrząstki, kości, więzadeł, ścięgien).



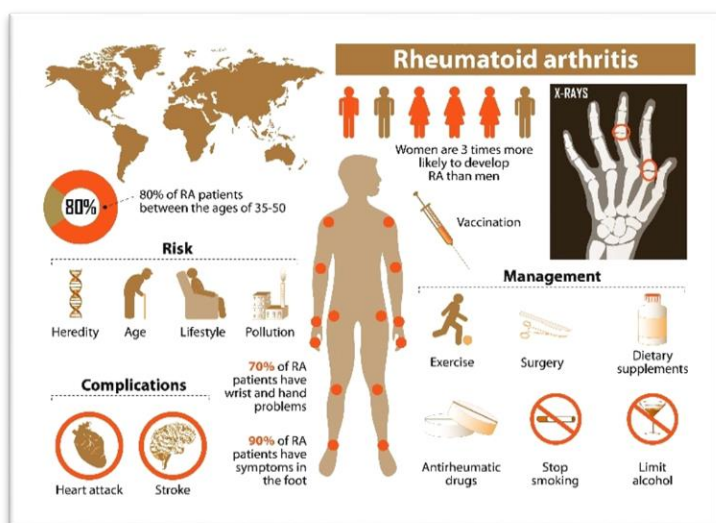
Przejawami tego są początkowo ból i obrzęk, a następnie nieodwracalne zniszczenie oraz utrata ruchomości stawu.

Uszkodzenie chrząstki i innych struktur stawu przez proces zapalny sprzyja powstawaniu wtórnych zmian zwyrodnieniowych. Nieleczona choroba prowadzi najczęściej do zniszczenia stawów i ciężkiej niesprawności, a także do uszkodzenia wielu narządów i przedwczesnego zgonu.

## EPIDEMIOLOGIA REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW

Reumatoidalne zapalenie stawów występuje stosunkowo często. Przyjmuje się, że choruje 1 na 100 osób. Częściej chorują kobiety niż mężczyźni (3:1 lub 4:1), ale proporcje zmniejszają się wraz z wiekiem. Przyczyny RZS nie zostały w pełni poznane.





Najprawdopodobniej do rozwoju choroby konieczne jest współlistnienie wielu czynników.

Najważniejsze z nich to obciążenie dziedziczne – istnieje predyspozycja do występowania RZS u osób blisko spokrewnionych, ale sam czynnik genetyczny nie wywołuje choroby - tak więc obecność RZS u rodzica nie oznacza, że choroba wystąpi u dzieci, jednak ryzyko jej wystąpienia jest u nich 2-5 razy większe.

Kolejnym czynnikiem jest defekt układu odpornościowego, który prowadzi do błędnego rozpoznawania własnych tkanek jako „wroga” i produkowania autoprzeciwciał mających na celu ich niszczenie; zidentyfikowano kilka genów odpowiedzialnych za ten proces (m.in. geny zgodności tkankowej HLA DRB1).

Istotnym czynnikiem ryzyka jest zakażenie – podejrzewa się rolę niektórych bakterii i wirusów w inicjowaniu odpowiedzi zapalnej (*w tym wpływ paradontozy*). Czynnikiem, który znacząco zwiększa ryzyko zachorowania i cięższy przebieg choroby jest palenie papierosów. U niektórych pacjentów choroba rozpoczyna się po przeżyciu silnego stresu.

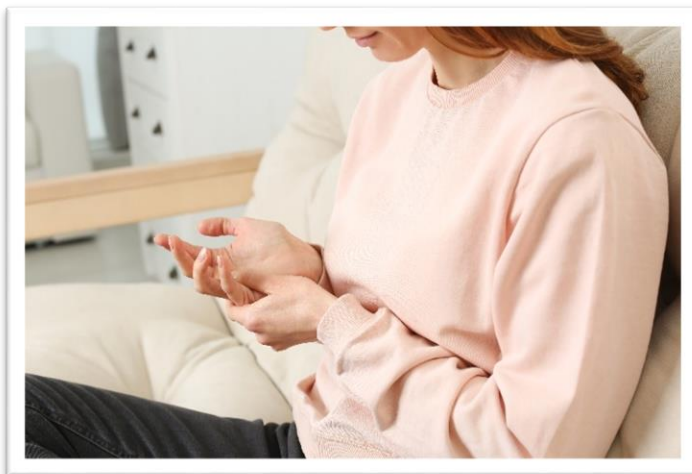
### **OBJAWY REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW**

Początek reumatoidalnego zapalenia stawów może mieć charakter: powolny i skryty (55-65% przypadków), ostry, tj. rozwój objawów w ciągu kilku dni (8 -15%), pośredni (15-29%), nietypowy, który charakteryzują wędrujące zapalenia stawów, objawy zapalenia ustępują po kilku dniach i pojawiają się w innych. U części chorych nie rozwija się RZS. Niekiedy RZS rozpoczyna się w sposób nietypowy, a następnie pojawiają się liczne guzki reumatoidalne.

Objawy kliniczne dzieli się na ogólne, ze strony układu ruchu i pozastawowe. Poniżej przedstawiono w tabeli rodzaj i charakterystykę objawów.

Tabela 3. Objawy reumatoidalnego zapalenia stawów

RODZAJ OBJAWÓW	CHARAKTERYSTYKA OBJAWÓW
Objawy ogólne	<p data-bbox="427 342 1286 517">Uczucie zmęczenia, osłabienia, rozbicia, czasami stany podgorączkowe, ból mięśni, utrata apetytu, zmniejszenie masy ciała, obniżenie nastroju, depresja lub nerwowość (występują często w pierwszym okresie choroby).</p> 
Objawy ze strony narządu ruchu	<p data-bbox="427 1341 1310 1516">Objawy charakterystyczne zapalenia stawów to ból i sztywność, najbardziej uciążliwe po obudzeniu się lub po okresie nieruszania stawem, gdy dochodzi do nagromadzenia płynu zapalnego i obrzęku tkanek. Sztywność poranna trwa zwykle ponad godzinę.</p>



Charakterystyczny jest bolesny uścisk dłoni przy podawaniu ręki choremu na RZS (tkliwość stawu na ucisk).



Objawy

„stawowe” mogą wyprzedzać lub towarzyszyć objawom „ogólnym”. Charakterystycznie choroba atakuje te same miejsca po obu stronach ciała. Początkowo są to drobne stawy, a w miarę postępu choroby wiele innych stawów.

Objawy ze strony narządu ruchu nietypowe

Nietypowym, ale możliwym początkiem choroby jest zapalenie jednego dużego stawu ( np. kolanowego lub barkowego) albo wędrowanie choroby po wielu stawach.

	
<p>Objawy pozastawowe</p>	<p>Częstym objawem jest zespół suchości wywołany zapaleniem spojówek, dla którego charakterystyczne jest uczucie piasku lub ciała obcego pod powiekami, rzadziej dochodzi do zajęcia innych struktur oka i problemów z widzeniem.</p> 
<p>Objawy pozastawowe</p>	<p>Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą atakującą nie tylko stawy, ale również wiele narządów (zwłaszcza choroba długotrwała, o ciężkim przebiegu).</p>
<p>Objawy ze strony narządu ruchu</p>	<p>Zespół cieśni kanału nadgarstka</p>



Źródło: opracowanie własne

Czas rozpoznania choroby od momenty wystąpienia pierwszych objawów, decyduje o skuteczności leczenia, a jeśli rozpocznie się ono odpowiednio wcześnie istnieje szansa na trwałe wycofanie się choroby. Reumatoidalne zapalenie stawów wymaga wczesnej diagnostyki i włączenia skutecznego leczenia na jak najwcześniejszym etapie choroby.

Optymalny czas od wystąpienia pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania i rozpoczęcia leczenia określono przez pojęcie tzw. „okna terapeutycznego”. Zakłada się, że pacjent powinien w ciągu 12 tygodni od wystąpienia pierwszych objawów choroby rozpocząć leczenie, co daje największą szansę na uzyskanie trwałej remisji choroby na jej wczesnym etapie. Obecnie chory z RZS ma postawioną diagnozę średnio po około 35 tygodniach od pojawienia się pierwszych objawów.

### **USTALENIE ROZPOZNANIA REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW W KOWZS**

W 2010 r. opracowano kryteria (ACR/EULAR), dzięki którym można rozpoznać RZS już na wstępnym etapie choroby i rozpocząć leczenie, zanim dojdzie do nieodwracalnej destrukcji stawów. Zgodnie z tymi kryteriami rozpoznanie RZS jest uważane za pewne, gdy zostanie stwierdzone zapalenie co najmniej jednego stawu, brak innej niż RZS przyczyn zapalenia stawu oraz chory uzyskał co najmniej 6 (z 10 możliwych) punktów. Punkty przyznawane są w czterech kategoriach: liczba i lokalizacja zmienionych zapalnie stawów (0-5 punktów), nieprawidłowe wyniki badań immunologicznych (0-3 punktów), podwyższone parametry zapalenia (0-1 punktu), czas trwania objawów (0-1 punktu).

Tabela 4. Kryteria rozpoznawania RZS (ACR/EULAR)

KRYTERIUM	PUNKTY
Zajęte stawy (0-5 pkt.)	
1 duży staw	0
2-10 dużych stawów	1
1-3 małe stawy (nie licząc dużych stawów)	2
4-10 małych stawów (nie licząc dużych stawów)	3
>10 stawów (co najmniej jeden mały staw)	4
Badania serologiczne (0-3 pkt.)	
Negatywny RF oraz negatywne przeciwciała anti-CCP	0
Pozytywny RF w niskim mianie lub przeciwciała anti-CCP w niskim mianie	1
Pozytywny RF w niskim mianie lub przeciwciała anti-CCP w niskim mianie	2
Pozytywny RF w wysokim mianie lub przeciwciała anti-CCP w wysokim mianie	3
Czas trwania zapalenia stawów (0-1 pkt.)	
<6 tygodni	0
≥6 tygodni	1
Wskaźniki ostrego stanu zapalnego (0-1 pkt.)	
Prawidłowe wartości CRP oraz OB	0
Nieprawidłowe wartości CRP lub OB	1

Punktów ≥6 pkt. = rozpoznanie RZS

#### BADANIA LABORATORYJNE W REUMATOIDALNYM ZAPALENIU STAWÓW

Badania laboratoryjne w RZS służą do rozpoznawania choroby, prognozowania ciężkości choroby i kontroli jej przebiegu.

Tabela 5. Informacje na temat wybranych badań laboratoryjnych

L.P.	BADANIA LABORATORYJNE W RZS
1.	Czynnik reumatoidalny RF stwierdza się u 70–80 proc. chorych (tzw. seropozytywna postać RZS) lecz RF wykrywa się również u zdrowych osób oraz w innych chorobach reumatycznych.
2.	Anty-CCP (przeciwciała przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi) występują niemal wyłącznie w RZS i mogą pojawić się wcześniej niż objawy choroby oraz u osób z seronegatywną postacią RZS.
3.	Duże miano RF i anty-CCP wskazuje na ciężką postać choroby, z szybką destrukcją stawów i wystąpieniem zmian pozastawowych. Podwyższone wskaźniki zapalne, np. OB, CRP oraz zmiany w morfologii krwi – służą m.in. do oceny aktywności choroby.

Źródło: opracowanie własne

## BADANIA OBRAZOWE W REUMATOIDALNYM ZAPALENIU STAWÓW

W przypadku podejrzenia RZS lekarz wykonuje zdjęcia radiologiczne (RTG) rąk i stóp oraz ewentualnie innych zajętych stawów.

Typowe dla RZS zmiany radiologiczne to obrzęk tkanek miękkich i zmniejszenie gęstości kości w okolicy stawu, obecność ubytków kostnych, zwężenie szpar stawowych, a na dalszym etapie zniekształcenie stawów.

Na początku choroby wykonuje się: rezonans magnetyczny i ultrasonografia, które mogą wykazać zmiany zapalne wcześniej niż RTG. W niektórych przypadkach (np. przy ocenie kręgosłupa szyjnego) pomocna jest tomografia komputerowa.

## 5. PACJENT ZE SPONDYLOARTROPATIA (ZZSK) Z OBJAWAMI ZAPALNEGO BÓLU KRĘGOSŁUPA NA ŚCIEŻCE KOMPLEKSOWEJ OPIEKI

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) należy do grupy spondyloartropatii zapalnych (SpA) do której należą: nieradiograficzna postać spondyloartropatii osiowej (nr axSpA), łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), reaktywne zapalenie stawów i SpA w przebiegu nieswoistych zapalnych chorób jelit.

Tabela 6. Ścieżka pacjenta z ZZSK z objawami zapalnego bólu kręgosłupa w kompleksowej opiece KOWZS

L. P	ŚCIEŻKA PACJENTA Z ZZSK
1.	Chory powinien zachować tzw. czujność diagnostyczną
2.	Chory z zapalnym bólem kręgosłupa powinien zgłosić się do lekarza podstawowej opieki lub innego lekarza specjalisty. Jeżeli lekarz nie będzie w stanie różnicować u chorego konkretnej jednostki chorobowej, to wtedy skieruje chorego do Ośrodka WZS.
3.	W ośrodku opieki kompleksowej KOWZS, podczas pierwszej porady u reumatologa, lekarza opieki (na podstawie wywiadu i badania u chorego zostaje potwierdzony zapalny charakter choroby reumatycznej. W trakcie drugiej porady u reumatologa, u chorego zostaje potwierdzone rozpoznanie choroby ZZSK (na podstawie badań laboratoryjnych i obrazowych) i ustalony Indywidualny Plan Opieki KOWZS i wdrożone leczenie.
4.	Chory z ZZSK po ustaleniu planu opieki rozpoczyna proces leczenia i monitorowania aktywności choroby w ramach kompleksowej opieki KOWZS w trybie ambulatoryjnym.
5.	Chory z ZZSK uzyskuje remisję lub niską aktywność choroby. Nadal znajduje się pod opieką KOWZS.



Rycina 2. Ścieżka pacjenta z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa w kompleksowej opiece KOWZS



Źródło: opracowanie własne

## O ZESZTYWNIAJĄCYM ZAPALENIU STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK)

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa jest drugą pod względem częstości, po reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS), chorobą zapalną stawów. Częstość występowania choroby w populacji polskiej nie została dokładnie określona; w szacunkowych danych epidemiologicznych, opartych na badaniach prowadzonych w Wielkiej Brytanii, na Węgrzech i w Finlandii, odsetek chorych na ZZSK waha się od 0,05 do 0,23% . Dane te są oparte na rejestrach szpitalnych. Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) to przewlekła choroba zapalna atakująca kręgosłup, powodująca jego uciążliwy ból i sztywność. Choroba ma zmienne nasilenie, od postaci łagodnych do bardzo ciężkich. W zaawansowanej postaci choroby w miejscu elastycznych połączeń kręgow tworzą się zespolenia kostne, powodujące postępujące ograniczenie ruchomości kręgosłupa.



Skutkiem jest pochylenie do przodu sylwetki ciała (tzw. kifoza) i ciężka niesprawność

Wyróżnia się 3 postaci zesztywniającego zapalenia stawów.

Tabela 7. Rodzaje postaci ZZSK

L.P.	RODZAJE POSTACI ZZSK
1.	Postać osiowa z zajęciem stawów krzyżowo-biodrowych i międzykręgowych
2.	Postać obwodowa z zajęciem stawów krzyżowo-biodrowych i obwodowych (biodrowych, barkowych, kolanowych, skokowych)
3.	Postać, w której dochodzi do zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych oraz przyczepów więzadeł i ścięgien.

Dokładna przyczyna ZZSK nie jest znana. Prawdopodobnie, aby doszło do rozwoju choroby, konieczne jest nałożenie się kilku czynników: genetycznych, immunologicznych (zaburzeń

układu odpornościowego) i środowiskowych, takich jak zakażenia bakteryjne (zwłaszcza przewodu pokarmowego i dróg moczowo-płciowych). Ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne, co potwierdza fakt, że ryzyko zachorowania jest większe, jeśli bliski krewny cierpi na ZZSK. U ponad 90% chorych rasy białej wykryto tzw. antygen HLA B27, który jest markerem genetycznym tej choroby. Należy zaznaczyć, że większość osób z tym antygenem nie choruje na ZZSK, oraz że są chorzy na ZZSK, którzy nie mają obecnego antygeny HLA B27. Podejrzewa się również udział kilku innych czynników genetycznych.

Częstość występowania ZZSK znacznie się różni w poszczególnych rejonach świata. W Europie Środkowej choruje około 0,3–0,5 proc. populacji. Choroba występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet. Rozpoczyna się najczęściej pod koniec okresu dojrzewania lub u młodych dorosłych (między 17. a 35. rż.), może jednak wystąpić również u dzieci i starszych osób. Choroba jest częściej rozpoznawana u mężczyzn i ma u nich cięższy przebieg. U krewnych pierwszego stopnia stwierdza się ją 10–20-krotnie częściej niż w populacji ogólnej, co wiąże się z obecnością antygeny HLA-B27. U 90% pacjentów pierwsze objawy pojawiają się pomiędzy 15. a 40. rokiem życia. Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa należy uznać za chorobę nie w pełni docenianą przez lekarzy pierwszego kontaktu i niedoszacowaną pod względem rzeczywistej chorobowości. Zmiany w obrazie radiologicznym stawów krzyżowo-biodrowych pojawiają się relatywnie późno.

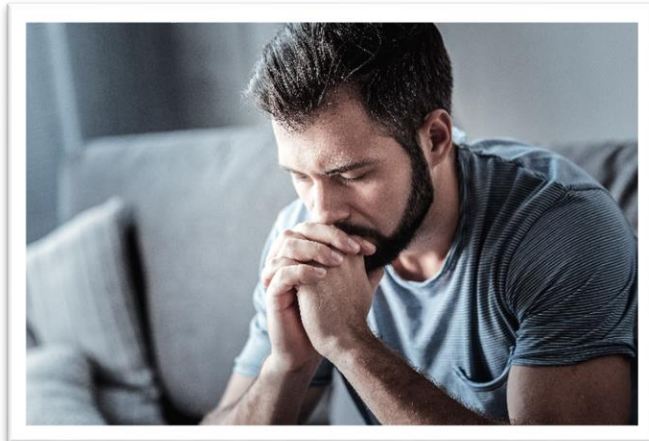
Chorobę rozpoznaje się zazwyczaj po 5–7 latach od wystąpienia pierwszych objawów (średnio u osób w wieku 28 lat), co jest spowodowane zbyt późnym kierowaniem przez lekarzy pierwszego kontaktu młodych osób z dolegliwościami o typie zapalnego bólu krzyża do specjalisty reumatologa.

## **OBJAWY ZESZTYWNIĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA**

Naturalny początek choroby przypada na 2-3 dekadę życia, zwykle jest łagodny i chorzy przez długi czas zgłaszają tylko niewielkie dolegliwości. Powolne narastanie objawów opóźnia diagnozę. Rozpoznanie ustalane jest po 5-7 latach od pojawienia się pierwszych objawów. Czasem dochodzi do samoistnej remisji. W 30% przypadków początek jest nagły, choroba szybko postępuje, prowadząc do niepełnosprawności. Przebieg choroby zależy od płci. U kobiet częściej obserwuje się łagodny przebieg choroby lub jej postać poronną. Częściej zajęte są stawy kolanowe, nadgarstkowe, skokowe, biodrowe i miednica. U mężczyzn zajęty jest głównie kręgosłup i miednica, rzadziej ściana klatki piersiowej, stawy barkowe i stopy.

Tabela 8. Objawy ZZSK

RODZAJ OBJAWÓW	OBJAWY
Objawy ze strony narządu ruchu	<p>Jako pierwszy objaw pojawia się z reguły ból krzyża, promieniujący do pośladków (po jednej lub obu stronach, często na zmianę). Ból jest tępy, trudny do umiejscowienia i stopniowo narasta w ciągu kilku tygodni lub miesięcy.</p> <div data-bbox="461 618 1145 1077" data-label="Image"> <p>The image shows a man in a light blue shirt and jeans sitting on the edge of a bed. He is leaning forward, holding his lower back with both hands, indicating significant pain. The background shows a bedroom setting with a white bedside table and a lamp.</p> </div> <p>Ból krzyża ma charakter bólu zapalnego, który ma kilka charakterystycznych cech: rozpoczyna się przed 40. rż, nie ustępuje w spoczynku, nasila się w drugiej części nocy, wybudzając chorego ze snu (często zmusza do wstania i rozruszania się), ustępuje stopniowo w ciągu dnia pod wpływem aktywności fizycznej i ćwiczeń. W niektórych przypadkach (zwłaszcza u kobiet) jako pierwszy może pojawić się ból szyjnego odcinka kręgosłupa.</p>
Objawy ogólne	<p>Na wczesnym etapie choroby może wystąpić również niewielka gorączka, utrata apetytu, poczucie ogólnego rozbicia i zmęczenie. Są to tzw. objawy ogólne, wynikające z ciągłej walki organizmu z przewlekłym stanem zapalnym.</p>



Objaw ze strony narządu ruchu nietypowy

U nielicznych chorych pierwszym objawem choroby jest ból w innych lokalizacjach niż kręgosłup, wywołany zapaleniem innych stawów (np. biodrowego, skokowego lub kolanowego) albo zapaleniem tzw. przyczepów ścięgniastych, czyli miejsc połączenia ścięgna lub więzadła z kością (np. ból pięty przy zapaleniu przyczepu ścięgna Achillesa).



Objaw ze strony narządu wzroku

U co trzeciego pacjenta z ZZSK występuje jeden lub więcej epizodów zapalenia części oka (tzw. błony naczyniowej oka). Objawy występują z reguły po jednej stronie; są to: silny ból i zaczerwienienie oka, nadwrażliwość na światło i problemy z widzeniem. Wymagają pilnej konsultacji z okulistą, gdyż nieleczone mogą prowadzić do utraty wzroku.



U niektórych pacjentów zapalenie naczyńówki oka może wystąpić, zanim pojawią się inne objawy choroby. Bardzo rzadko wystąpienie objawów ze strony narządu ruchu poprzedza o kilka lat zapalenie naczyńówki oka.

Objawy w zaawansowanej postaci ze strony układu ruchu

W zaawansowanej postaci choroby, dochodzi do całkowitej utraty ruchomości kręgosłupa i ciężkiego inwalidztwa. Chory ma charakterystyczną, pochyloną do przodu sylwetkę, co utrudnia mu patrzenie do przodu i poruszanie się. Często występuje zniekształcenie i przykurcz innych stawów (zwłaszcza biodrowych i kolanowych). Oprócz wymienionych objawów może wystąpić również ból, obrzęk i ograniczenie ruchomości innych stawów, np. bioder, kolan, stawów skokowych, barków połączeń żeber z kręgosłupem i mostkiem, stawów żuchwowych, a także drobnych stawów rąk i stóp. Jest to tzw. obwodowa postać ZZSK, występująca u 25–30 proc. chorych.

Objawy ze strony narządu ruchu w zaawansowanej postaci

Kręgosłup chorego z ZZSK jest bardziej wrażliwy na urazy, co wynika z utraty elastyczności, a także z szybszego w tej chorobie rozwoju osteoporozy. Może to prowadzić do niestabilności i podwichnięć kręgosłupa albo złamań kręgów, nawet po niewielkim urazie, np. po upadku z własnej wysokości. Zagraża to uszkodzeniem rdzenia kręgowego i wychodzących z niego nerwów.

Objawy zajęcia układu krążenia

W przebiegu ZZSK szybciej dochodzi do rozwoju miażdżycy i jej powikłań, np. choroby niedokrwiennej serca. Jest to wynikiem aktywacji procesów zapalnych. Oprócz tego mogą wystąpić nieprawidłowości w funkcjonowaniu zastawek serca (np. niedomykalność zastawki aortalnej), zaburzenia przewodzenia bodźców lub zapalenie osierdzia i aorty.

Objawy zajęcia płuc	U wielu chorych z ZZSK stwierdza się zmniejszoną rozszerzalność klatki piersiowej w czasie wdechu z powodu usztywnienia połączeń między żebrami a kręgosłupem, ale rzadko powoduje to zaburzenia oddychania, ponieważ chorzy odruchowo oddychają torem przeponowym. Do problemów z oddychaniem i uszkodzenia płuc znacznie częściej dochodzi u pacjentów palących papierosy – może wystąpić zwłóknienie płuc oraz ciężki przebieg zakażeń dróg oddechowych.
Objawy zajęcia układu pokarmowego	U wielu chorych występują owrzodzenia błony śluzowej jelit, które z reguły nie dają żadnych objawów. W przebiegu ZZSK częściej występuje również choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, do której przyczynia się stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) w celu opanowania bólu i sztywności.
Objawy neurologiczne	Rola kręgosłupa polega m.in. na ochronie rdzenia kręgowego i wychodzących z niego nerwów. Do uszkodzenia struktur nerwowych może dojść w przypadku podwichnięcia lub złamania kręgów, które u pacjentów z ZZSK mogą wystąpić nawet po niewielkim urazie lub upadku. Jakikolwiek objawy neurologiczne – drętwienie, mrowienie, osłabienie czucia, osłabienie siły mięśniowej lub niedowład kończyn, problemy z kontrolowaniem oddawania moczu i stolca, znaczne nasilenie bólu szyi – należy niezwłocznie skonsultować z lekarzem. W niektórych przypadkach konieczna jest interwencja neurochirurgiczna.

Źródło: opracowanie własne

### **USTALENIE ROZPOZNANIA ZESZTYWNIĄJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA**

W rozpoznaniu ZZSK stosuje się zmodyfikowane kryteria nowojorskie z 1984 r. Rozpoznanie wymaga spełnienia kryterium radiologicznego oraz przynajmniej dwóch z trzech kryteriów klinicznych.



Tabela 9. Rodzaje kryteriów i objawy ZZSK

RODZAJ KRYTERIUM	OBJAWY
Kryterium radiologiczne	zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych co najmniej II stopnia obustronne lub III–IV stopnia jednostronne
Kryteria kliniczne	ból krzyża i sztywność tej okolicy trwające dłużej niż 3 mies., które zmniejszają się pod wpływem ćwiczeń, a nie po odpoczynku; ograniczenie ruchomości odcinka lędźwiowego kręgosłupa, zarówno w płaszczyźnie strzałkowej, jak i czołowej; ograniczenie ruchomości klatki piersiowej (w odniesieniu do wartości należnych dla płci i wieku).



W praktyce reumatolog rozpoznaje ZZSK na podstawie uzyskanych od pacjenta informacji, badania narządu ruchu oraz wyników badań obrazowych i laboratoryjnych. Badając pacjenta, lekarz ocenia ruchomość kręgosłupa we wszystkich kierunkach (np. przy pochyleniu do przodu, skłonach w bok, odwracaniu głowy do tyłu, rozszerzaniu klatki piersiowej przy głębokim oddychaniu) oraz bada czy występuje ból i tkliwość w miejscach charakterystycznych dla ZZSK, takich jak stawy krzyżowo-biodrowe, kręgosłup, okolice przyczepów żeber do mostka i kręgosłupa czy okolice pięt.

U każdego pacjenta z podejrzeniem ZZSK reumatolog powinien wykonać zdjęcie RTG stawów krzyżowo-biodrowych, na którym szuka się cech ich zapalenia, np. nadżerek kostnych; niestety zmiany te widoczne są z reguły dopiero po kilku latach trwania choroby.



W wątpliwych przypadkach, gdy występują objawy choroby, a w RTG nie stwierdza się typowych zmian, pomocny jest magnetyczny rezonans jądrowy (MRI), dzięki któremu można znacznie szybciej wykryć zmiany zapalne. W celu oceny kręgosłupa wykonuje się zdjęcia radiologiczne, a czasami również tomografie kręgosłupa komputerową lub rezonans magnetyczny (np. przy podejrzeniu ucisku na struktury nerwowe). W przypadku objawów zapalenia stawów i przyczepów ścięgnistych pomocne jest badanie ultrasonograficzne. Oprócz badań obrazowych wykonuje się również badania laboratoryjne.

Tabela 10. Badania laboratoryjne w ZZSK

RODZAJ BADANIA	OPIS
Oznaczenie antygenu HLA B27 markera genetycznego choroby	Należy podkreślić, że występuje on u około 8% populacji, z której tylko część (ok. 2%) choruje na ZZSK. Tak więc jego stwierdzenie nie świadczy jednoznacznie o występowaniu choroby, tak samo jak jego brak jej nie wyklucza. Związek tego antygenu z ZZSK znacznie się różni w zależności od rasy i grupy etnicznej. Znaczenie HLA B27 w naszej populacji: dodatni wynik oznaczenia HLA B27 przy typowych objawach choroby bardzo silnie przemawia za występowaniem ZZSK, ujemny wynik oznaczenia HLA B27 bez cech ZZSK w badaniach obrazowych czyni rozpoznanie mało prawdopodobnym.
Wskaźniki stanu zapalnego	Wskaźniki stanu zapalnego (OB, CRP) wskazują na zaostrzenie choroby. Wyniki ich oznaczeń mogą być jednak u wielu chorych prawidłowe pomimo występowania choroby.
Morfologia krwi	Chorobie często towarzyszy umiarkowana niedokrwistość, wynik przewlekłego stanu zapalnego. Ciężka niedokrwistość, zwłaszcza jeśli pojawiła się w krótkim czasie, powinna zawsze budzić podejrzenie krwawienia z przewodu pokarmowego, które jest powikłaniem długotrwałego stosowania NLPZ.

Źródło: opracowanie własne

## 6. PACJENT ZE SPONDYLOARTROPATIA (ŁZS) Z OBJAWAMI WCZESNEGO ZAPALENIA STAWÓW NA ŚCIEŻCE KOMPLEKSOWEJ OPIEKI KOWZS

Tabela 11. Ścieżka pacjenta z ŁZS

L. P	ŚCIEŻKA PACJENTA Z ŁZS
1.	Chory powinien zachować tzw. czujność diagnostyczną. Ból i obrzęk stawów szczególnie u chorego na łuszczycę wymagają konsultacji z reumatologiem, aby jak najwcześniej ustalić rozpoznanie i zastosować skuteczne leczenie.
2.	Chory z bólem i obrzękiem, powinien zgłosić się do lekarza podstawowej opieki lub innego lekarza specjalisty. Jeżeli lekarz nie będzie w stanie zróżnicować u chorego konkretnej jednostki chorobowej, to wtedy skieruje chorego do Ośrodka WZS.
3.	W ośrodku opieki kompleksowej KOWZS, podczas pierwszej porady u reumatologa, lekarza opieki (na podstawie wywiadu i badania fizykalnego) u chorego zostaje potwierdzony zapalny charakter choroby reumatycznej. W trakcie drugiej porady u reumatologa, u chorego zostaje potwierdzone rozpoznanie choroby ŁZS (na podstawie badań laboratoryjnych i obrazowych) i ustalony indywidualny plan opieki KOWZS w wdrożone leczenie modyfikujące przebieg choroby.
4.	Chory z ŁZS po ustaleniu planu opieki rozpoczyna proces leczenia i monitorowania aktywności choroby w kompleksowej opiece KOWZS w trybie ambulatoryjnym.
5.	Chory z ŁZS uzyskuje remisję lub niską aktywność choroby. Nadal znajduje się pod opieką kompleksową w trybie ambulatoryjnym, celem monitorowania aktywności choroby i kontynuacji leczenia.

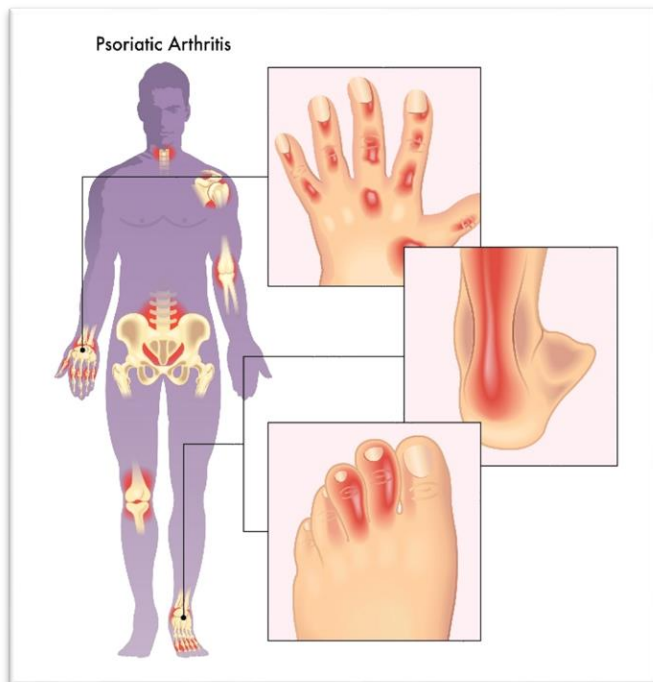
Rycina 3. Ścieżka pacjenta z łuszczycowym zapaleniem stawów w kompleksowej opiece KOWZS



Źródło: opracowanie własne

## O ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIU STAWÓW

Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) jest chorobą manifestującą się przewlekłym zapaleniem stawów i łuszczyca skóry. Czasami zajmuje inne partie ciała, m.in. oczy i serce, może również prowadzić do przyspieszonego rozwoju miażdżycy i jej powikłań. Choroba może mieć bardzo różnorodny przebieg – od postaci łagodnych (wstępujących najczęściej) do ciężkich, prowadzących do zniszczenia stawów i niesprawności.



Łuszczycowe zapalenie stawów ma różnorodny przebieg, w zależności od stopnia zajęcia układu ruchu i innych narządów. Może się manifestować tylko w jednej lokalizacji (np. jako nawracające zapalenie palca) lub zajmować wiele stawów.

Najczęściej objawy pojawiają się u osób z już rozpoznaną łuszczycą lub równocześnie ze zmianami skórными. Zdarza się jednak, że łuszczycowe zapalenie stawów rozpoczyna się u osób bez skórnych objawów łuszczycy, co stanowi niekiedy problem przy ustalaniu rozpoznania. W ostatnich latach

dokonano znacznego postępu w leczeniu łuszczycowego zapalenia stawów, dzięki czemu można łatwiej kontrolować objawy choroby i hamować jej postęp. Dokładna przyczyna choroby nie jest znana. Prawdopodobnie u osób z predyspozycją genetyczną do wystąpienia łuszczycowego zapalenia stawów nieprawidłowy proces zapalny zostaje uruchomiony przez dodatkowy bodziec. Najważniejsze poznane dotychczas czynniki ryzyka to podatność genetyczna: choroba znacznie częściej występuje w rodzinie – niemal połowa pacjentów ma bliskiego krewnego chorego na łuszczycę lub łuszczycowe zapalenie stawów; odnaleziono szereg czynników genetycznych zwiększających ryzyko jej wystąpienia (m.in. antygen HLA-B27); zakażenia wirusowe i bakteryjne, urazy mechaniczne, znaczny stres: wszystkie te czynniki u podatnych osób inicjują nieprawidłową odpowiedź układu immunologicznego; leki (m.in. sole litu, beta-blokery, leki przeciwmalaryczne) i inne substancje chemiczne.

## OBJAWY ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW

Charakterystyczne objawy ŁZS w obrębie narządu ruchu poniższej tabeli.

Tabela 12. Rodzaje objawów ŁZS

RODZAJE OBJAWÓW	OPIS
Objawy ze strony narządu ruchu	Ból, sztywność i obrzęk stawów z ograniczeniem ich ruchomości; objawy zapalenia dotyczą również przylegających struktur, takich jak ścięgna i kaletki maziowe.
Objawy ze strony narządu ruchu	Zapalenie przyczepów ścięgniastych: (czyli miejsc przyczepu do kości ścięgien, więzadeł lub torebek stawowych) – jest to bardzo charakterystyczny objaw łuszczycowego zapalenia stawów i innych chorób z grupy tzw. spondyloartropatii seronegatywnych; objawia się bólem i tkliwością takich miejsc, jak pięty, połączenie żeber z mostkiem i kręgosłup, ale może dotyczyć również wielu innych lokalizacji.
Objawy ze strony narządu ruchu	Zapalenie palca: choroba atakuje wszystkie struktury palca (stawy, ścięgna, tkankę podskórną), co daje charakterystyczny objaw „palca kiełbaskowatego”; zajęty palec jest w całości poszerzony, bolesny i odstaje od innych palców, może wystąpić również zaczerwienienie skóry.
Objawy ze strony narządu ruchu	Deformacje stawów: występują głównie w postaci okaleczającej (u ok. 5% chorych); najbardziej charakterystyczne dla łuszczycowego zapalenia stawów są tzw. palce teleskopowe, czyli skrócenie palców w wyniku zniszczenia kości.
Objawy ze strony narządu ruchu	Dna moczanowa: może towarzyszyć łuszczycowemu zapaleniu stawów, zwłaszcza przy rozległych zmianach skórnych powodujących zwiększenie stężenia kwasu moczowego; napad dny moczanowej może być trudny do odróżnienia od zaostrzenia łuszczycowego zapalenia stawów.
Objawy ze strony skóry	Łuszczycowe zapalenie stawów zazwyczaj występuje razem z łuszczycą skóry (czasami zmiany skórne pojawiają się później lub są niewielkie); charakterystyczne są czerwone

	<p>grudki ze zrogowaciałą powierzchnią przypominającą srebrne łuski; zmiany mogą być małe lub zajmować większość powierzchni skóry, najczęściej głowy, okolicy łokci i kolan, pępka i okolicy pośladków; ciężkość zmian skórnych nie odpowiada zwykle ciężkości zapalenia stawów.</p>
Objawy ze strony paznokci.	<p>Zajęcie paznokci występuje u 80 proc. pacjentów z łuszczycowym zapaleniem stawów (czterokrotnie częściej niż w samej łuszczycy); charakterystyczne zmiany to „objaw naparstka” (czyli punkcikowate zagłębienia jak od ułucia szpilki), poprzeczne lub podłużne rowkowanie, żółte plamy przypominające „plamy oleju” (spowodowane nadmiernym rogowaceniem skóry pod paznokciem), a także złuszczenie się paznokcia; zajęcie paznokci może być jedynym objawem łuszczycy, dlatego należy na nie zwrócić szczególną uwagę.</p>
Objawy ze strony oczu	<p>Objawy ze strony oczu. Do ich zajęcia dochodzi u około 1/3 osób z łuszczycowym zapaleniem stawów; najczęściej występuje zapalenie spojówek, rzadziej dochodzi do zapalenia błony naczyniowej oka, manifestującego się bólem i zaczerwienieniem gałki ocznej oraz zaburzeniami widzenia – nieleczone zapalenie naczyń oka może doprowadzić do poważnych powikłań.</p>
Objawy miażdżycowe	<p>Jej przyspieszony rozwój w łuszczycowym zapaleniu stawów wynika z przewlekłego stanu zapalnego; powikłania miażdżycy (m.in. zawał serca, udar mózgu, miażdżycy tętnic kręgowych) są groźne dla życia, dlatego bardzo ważne jest wczesne rozpoczęcie walki z jej rozwojem.</p>
Objawy ze strony serca	<p>Rzadko występuje uszkodzenie zastawek serca (najczęściej niedomykalność zastawki aortalnej lub mitralnej), zapalenie aorty lub zaburzenia w przewodzeniu bodźców sercowych; chorzy na łuszczycowe zapalenie stawów powinni być również pod opieką kardiologa, zwłaszcza jeśli wystąpią takie objawy, jak ból w klatce piersiowej, duszność, osłabienie kondycji fizycznej czy omdlenia.</p>

## POSTACI KLINICZNE ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW

Wyróżnia się pięć głównych postaci łuszczycowego zapalenia stawów (dwie pierwsze stanowią większość przypadków).

Tabela 13. Postaci kliniczne ŁZS

POSTACI ŁZS	OPIS
Niesymetryczne zapalenie kilku stawów	Dotyczy różnych miejsc po obydwu stronach ciała, przy czym zajętych jest zazwyczaj mniej niż 5 stawów; na początku najczęściej są to stawy rąk i stóp (często pod postacią „palców kiełbaskowatych”).
Symetryczne zapalenie wielu stawów	W postaci tej zajęte są nadgarstki, stawy rąk i stóp, stawy skokowe; postać ta wymaga odróżnienia od reumatoidalnego zapalenia stawów; częściej występuje u kobiet.
Zapalenie dystalnych stawów międzypaliczkowych (czyli końcowych stawów palców rąk i stóp)	Występuje u 5–10 proc. osób z łuszczycowym zapaleniem stawów, częściej u mężczyzn.
Postać osiowa	Występuje u 5 proc. przypadków. Choroba atakuje stawy kręgosłupa i stawy krzyżowo-biodrowe (łącznie kręgosłup z miednicą); częściej dotyka mężczyzn. Charakterystycznymi objawami są ból i sztywność kręgosłupa (dolegliwości najbardziej nasilone są w nocy i nad ranem, ulgę przynosi rozruszanie się).
Postać okaleczająca	Dotyczy około 5 proc. osób. Powoduje znaczne zniszczenie i deformacje stawów (jak np. palce teleskopowe).

Źródło: opracowanie własne

Czasami u danej osoby nie można wyodrębnić jednej postaci choroby, różne postaci choroby mogą się również na siebie nakładać.

## USTALENIE ROZPOZNANIA ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW

Lekarz najczęściej rozpoznaje łuszczycowe zapalenie stawów, gdy objawy zapalenia stawów wystąpią u pacjenta chorującego na łuszczycę. Jeśli nie ma zmian skórnych, kluczowe są informacje dotyczące występowania łuszczycy w rodzinie lub w przeszłości u pacjenta. Bardzo ważne są takie objawy choroby, jak zmiany na paznokciach, zapalenie przyczepów ścięgnistych, „palce kielbaskowate” czy zapalenie oka – pomagają one odróżnić łuszczycowe zapalenie stawów od innych zapaleń stawów.

Badania wykonywane w procesie diagnostycznym pomocne w diagnostyce zawarto w tabeli poniżej.

Tabela 14. Rodzaje badań w ŁZS

RODZAJ BADANIA	OPIS
OB i CRP	Zwiększone OB i CRP świadczy o stanie zapalnym, chociaż u części pacjentów są one prawidłowe
Czynnik reumatologiczny	W ŁZS jest z reguły nieobecny, co pomaga w różnicowaniu z innymi zapaleniami stawów
Antygen HLA B27	Występuje w grupie chorób, do których należy ŁZS, tzw. spondyloartropatii seronegatywnych
RTG	Wykonuje się zdjęcia radiologiczne zajętych stawów (najczęściej rąk i stóp).

Źródło: opracowanie własne

U pacjentów z podejrzeniem postaci osiowej wykonuje się badania obrazowe kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych (zdjęcia radiologiczne lub rezonans magnetyczny). W rozpoznawaniu choroby pomocne jest również badanie ultrasonograficzne, które pozwala na stwierdzenie cech zapalenia w obrębie stawów oraz przyczepów ścięgnistych. U pacjentów z objawami zapalenia spojówek lub naczyńówki oka konieczne jest badanie okulistyczne.



## **7. PACJENT Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM Z OBJAWAMI WCZESNEGO ZAPALENIA STAWÓW W OŚRODKU WZS**

Wszystkie choroby zapalne reumatyczne z wyjątkiem reumatoidalnego zapalenia stawów oraz chorób z grupy spondyloartropatii wymagają pogłębionej diagnostyki różnicowej w trybie hospitalizacji i odbywa się to już poza KOWZS.

Mianowicie, w przypadku pacjenta z podejrzeniem toczenia rumieniowatego układowego (lub innej zapalnej choroby reumatycznej), po niezróżnicowaniu konkretnej jednostki chorobowej przez koordynatora opieki w ośrodku WZS, pacjent otrzymuje skierowanie do pogłębionej diagnostyki w trybie hospitalizacji, już poza KOWZS .

Jednakże w związku z tym, iż 90% pacjentów z toczeniem rumieniowatym układowym posiada objawy zapalenia stawów, kompleksowa opieka KOWZS, przyczyni się do szybkiej diagnostyki tej choroby i skróci proces diagnostyczny u pacjenta o kilkanaście lat.

Rycina 4. Pacjent z toczniem rumieniowatym w ośrodku WZS



Źródło: opracowanie własne

## **O TOCZNIU RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM**

Toczeń rumieniowaty układowy TRU (ang. SLE - systemic lupus erythematosus) jest przewlekłym zespołem chorobowym o złożonej, wieloczynnikowej etiologii. Rozwija się na podłożu zaburzeń autoimmunologicznych prowadzących do przewlekłego zapalenia i dysfunkcji wielu układów i narządów: nerek, ośrodkowego układu nerwowego (OUN), układu krwiotwórczego, stawów, skóry chorobą autoimmunizacyjną, charakteryzującą się zajęciem wielu narządów i obecnością w surowicy autoprzeciwciał, przebiegającą z okresami remisji i zaostrzeń, prowadzącą do zwiększonej chorobowości oraz śmiertelności. Przyjmuje się, że w populacji ogólnej na toczeń rumieniowaty układowy choruje 1 na 2000 osób. Należy jednak mieć na uwadze, że wartości te mogą być niedoszacowanie z uwagi na trudności w rozpoznaniu tej choroby. Bardziej prawdopodobne są dane wskazujące na częstość występowania TRU w ogólnej populacji wynoszącą 1 przypadek chorobowy na 500 - 1000 osób.

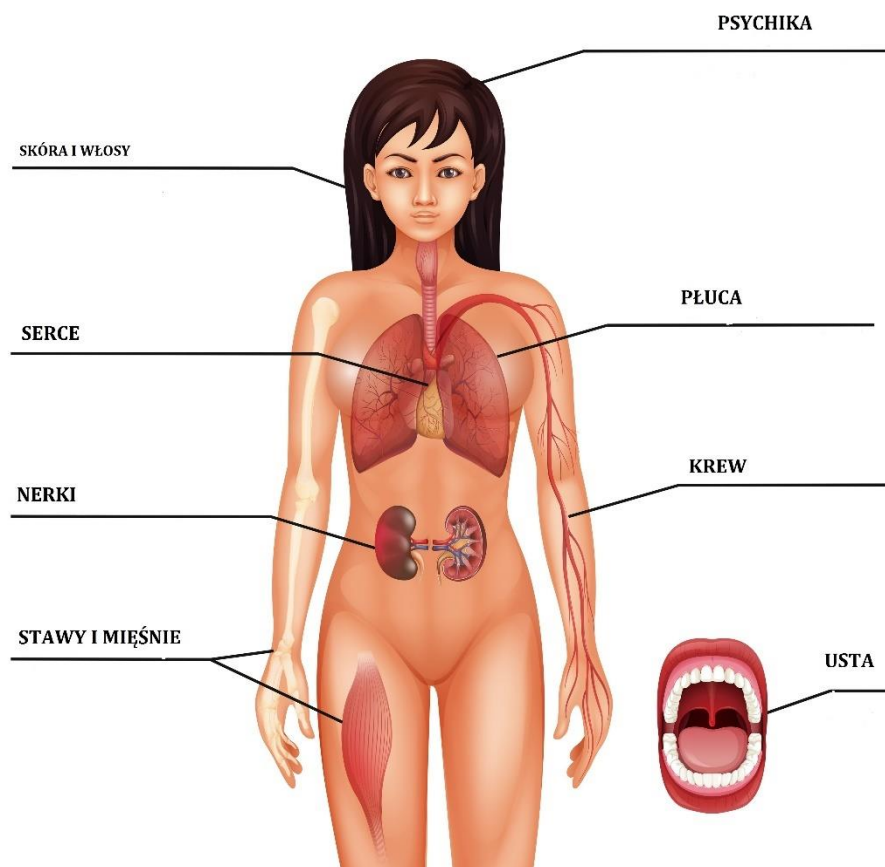
Na świecie najczęściej na TRU chorują kobiety, które stanowią 80 - 90 proc. chorych na TRU. Szczyt zachorowań na TRU przypada w stosunkowo młodym wieku od 20 do 40 lat (średnio 29 lat). W Polsce, jak wynika z danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w roku 2018 w roku rozpoznano 16 188 chorych na TRU, w roku 2016 - 16 020, a w roku 2017 - 16 188.

Przyczyna TRU pozostaje nieznana. Bierze się pod uwagę czynniki genetyczne, hormonalne (częściej występuje u kobiet w wieku rozrodczym lub stosujących estrogenową terapię zastępczą), środowiskowe i immunologiczne.

## **OBJAWY TOCZNIA RUMIENIOWATEGO UKŁADOWEGO**

Toczeń rumieniowaty układowy przebiega pod postacią zmiennych i niestałych objawów, z których część nie jest swoista dla tej choroby, co może powodować duże trudności diagnostyczne. Objawy tocznia możemy podzielić na objawy „ogólne” i wynikające z zajęcia poszczególnych narządów. Należy zaznaczyć, że choroba przebiega bardzo różnie, w zależności od tego, które narządy są zaatakowane i w jakim stopniu. Najczęściej okresy zaostrzenia choroby występują na przemian z wycofywaniem objawów. Zapalenie stawów należy do typowych objawów tocznia rumieniowatego układowego.

Rycina 4. Zajęcie układów i narządów w TRU





Źródło: opracowanie własne

Poniżej przedstawiono w tabeli poszczególne objawy toczenia rumieniowego układowego z ich opisem informacją na temat częstości występowania tych objawów.

Tabela 15. Rodzaje objawów TRU

RODZAJ OBJAWÓW	OBJAWY
Objawy ogólne	Osłabienie, zmniejszenie masy ciała, stany podgorączkowe lub gorączka oraz zmęczenie. Występują u 50 - 70 proc. pacjentów. Pomimo małej swoistości stanowią one ważną oznakę procesu chorobowego.
Zmiany na skórze i błonach śluzowych	Zmiany ostre, podostre lub przewlekłe. Występują u większości, u ok 80 proc. chorych na toczeń rumieniowaty.
Objawy nadwrażliwości na światło	Objawy nadwrażliwości na światło ultrafioletowe (UVB, rzadziej UVA), również w postaci zmian ostrych, również w postaci zmian ostrych, podostrych i przewlekłych. Występuje u około 70 proc. chorych na toczeń rumieniowaty układowy.
Typowe objawy zaostrzeń choroby	Typowym dla zaostrzeń toczenia rumieniowego układowego objawem skórny jest wypadanie włosów, a także owrzodzenie błon śluzowych czy zapalenie naczyń.
Niespecyficzne zmiany skórne	Występują u 77,78% chorych z toczeniem rumieniowatym układowym.
Niespecyficzne	Rumień dłoni

zmiany skórne	 <p data-bbox="507 719 1091 797">Występuje u 58,53% pacjentów z toczniem rumieniowatym układowym</p>
Niespecyficzne zmiany skórne	<p data-bbox="507 846 783 875">Sinica siateczkowata</p>  <p data-bbox="507 1384 1262 1753">Jest to zaburzenie czynności naczyń krwionośnych, mające postać czerwono-niebieskich naczyń krwionośnych, sinych lub sinoróżowych plam na skórze, układających się siateczkowato, przy czym wzór ułożenia plam nie zmienia się, a pod wpływem zimna zmiany skóry stają się ciemniejsze i wyraźniejsze. Występuje u 30,16 % chorych na toczeń rumieniowaty układowy.</p>
Niespecyficzne zmiany naczynioruchowe	<p data-bbox="507 1874 1166 2000">Do niespecyficznych zmian naczynioruchowych o charakterze napadowym należy zaliczyć objaw Raynauda.</p>



Objaw ten charakteryzuje się nagłym dobrze odgraniczonym zblednięciem, następnie zasinieniem i zaczerwienieniem palców rąk, stóp, rzadko nosa i małżowin usznych, któremu towarzyszy zdrętwienie i ból

Typowe zmiany skórne ostre

Rumień twarzy



Rumień twarzy w kształcie motyla, obejmuje policzki i grzbiet nosa. Objawy ostre często nasilają się po nasłonecznieniu i ustępują bez pozostawiania blizn.

Ból i zapalenie stawów

Ból i zapalenie stawów są powszechne u chorych na toczeń rumieniowaty układowy. Zapalenie jest symetryczne, przemijające i w większości nie prowadzi do przyrostu błony maziowej ani destrukcji powierzchni

stawowej. Zapaleniem objęte są głównie:

- stawy nadgarstkowe



- stawy rąk : śródręczno - paliczkowe i międzypaliczkowe bliższe



- stawy kolanowe

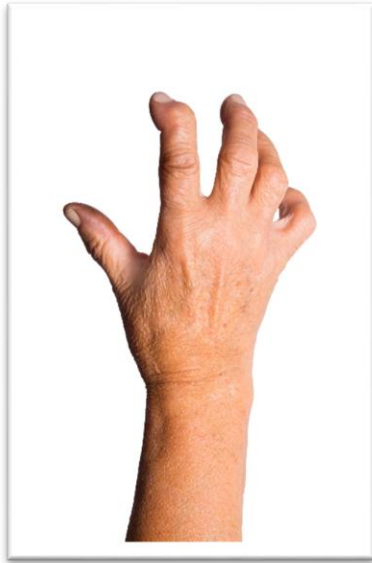




- stawy stóp



Występuje (wynikająca z zapalenia okołostawowych tkanek miękkich) skłonność do deformacji, objawiająca się podwichnięciem w stawach śródrečno-paliczkowych, odchyleniem łokciowym w stawach nadgarstkowych, palcami butonierkowymi lub typu łabędzich szyjek (artropatia Jacouda).



Zmiany zapalne i pęknięcie ścięgien (rzepki, Achillesa, mięśnia dwugłowego, trójgłowego, prostowników ręki) występują już na początku choroby.



Zajęcie mięśni

Ból mięśni występuje często, szczególnie w zaostrzeniu tocznia rumieniowatego układowego, lecz do zapalenia mięśni dochodzi tylko w 10 proc. przypadków.

Objawy zajęcia układu oddechowego

Najczęstszym objawem płucnym tocznia rumieniowatego układowego jest zapalenie opłucnej, stwierdzone u 30 – 60 proc. chorych. Znacznie rzadziej stwierdza się inne postaci zajęcia układu oddechowego: toczniowe zapalenie płuc, nadciśnienie płucne, zespół obkurczonych płuc.

Zajęcie układu krążenia	Zapalenie osierdzia występuje u 20 – 30 proc. chorych na toczeń rumieniowaty układowy, często przebiega bezobjawowo. W aktywnych postaciach toczenia rumieniowatego układowego może wystąpić zapalenie mięśnia sercowego lub zapalenie wsierdzia, najczęściej o przebiegu bezobjawowym. Zawał mięśnia sercowego i inne objawy choroby wieńcowej występują u chorych na toczenia rumieniowatego układowego znacznie częściej i w młodszym wieku niż w populacji starszej.
Zapalenie nerek	Toczeniowe zapalenie nerek ( TZN) stwierdza się u ponad połowy chorych. Objawia się zazwyczaj u ludzi młodych. Poszczególne klasy toczniowego zapalenia nerek (poza różnicami morfologicznymi) różnią się przebiegiem i rokowaniem.

Źródło: opracowanie własne

### **USTALENIE ROZPOZNANIA TOCZNIA RUMIENIOWATEGO UKŁADOWEGO**

Pomocne w rozpoznawaniu choroby mogą być kryteria klasyfikacyjne ustalone przez Amerykańskie Kolegium Reumatologiczne. Za pewnym rozpoznaniem przemawia spełnienie co najmniej 4 spośród 11 niżej wymienionych kryteriów. Spełnienie czterech kryteriów pozwala na rozpoznanie zespołu toczniopodobnego.

Tabela 16. Kryteria rozpoznania TRU

L.p.	OBJAWY
1.	rumień na twarzy
2.	rumień krążkowy
3.	nadwrażliwość na światło
4.	owrzodzenia jamy ustnej
5.	zapalenie stawów
6.	zapalenie opłucnej lub osierdzia
7.	zmiany w nerkach: utrzymujący się białkomocz > 0,5 g/dobę lub na > 3+, obecność komórkowych wałeczków w moczu.
8.	zmiany w układzie nerwowym: napady drgawkowe, zaburzenia psychiczne.
9.	zaburzenia hematologiczne: niedokrwistość hemolityczna z retikulocytozą, leukopenia stwierdzana co najmniej dwukrotnie, limfopenia stwierdzana co najmniej dwukrotnie, małopłytkowość.
10.	zaburzenia immunologiczne: nieprawidłowe miano przeciwciał reagujących z natywnym DNA (anty-dsDNA), obecność przeciwciał reagujących z antygenem jądrowym Sm (anty-Sm), obecność przeciwciał antyfosfolipidowych stwierdzana na podstawie: przeciwciał antykardiolipinowych w klasie IgM lub IgG (aPL), antykoagulantu toczniowego, fałszywie dodatniego wyniku testu kłowego, utrzymującego się co najmniej 6 miesięcy.
11.	nieprawidłowe miano przeciwciał przeciwjądrowych (ANA).

Źródło: opracowanie własne

Nie można rozpoznać tocznia, jeśli chory nie spełnia żadnego z kryteriów immunologicznych.

Należy podkreślić, że u 10-12 proc. pacjentów skierowanych z podejrzeniem TRU rozpoznawana jest niezróżnicowana choroba tkanki łącznej a po 5 latach obserwacji 10 – 15 proc. z nich spełnia kryteria rozpoznania TRU.

Kryteria klasyfikacyjne obejmują tylko najczęstsze objawy tocznia pozwalające różnicować tę chorobę z innymi układowymi chorobami tkanki łącznej. Nie uwzględniają one wszystkich możliwych objawów tocznia.

*Rozpoznanie tocznia rumieniowatego układowego* wymaga więc uwzględnienia pełnego obrazu klinicznego uzupełnionego wynikami badań dodatkowych. Z badań dodatkowych u chorych na TRU wykonuje się oznaczenia ujęte w poniższej tabeli.

Tabela 17. Badania dodatkowe w TRU

L.p.	BADANIA DODATKOWE
1.	wskaźniki stanu zapalnego (przyspieszone OB i prawidłowe CRP).
2.	morfologii krwi, w której najczęściej, oprócz nieprawidłowości ujętych w kryteriach diagnostycznych, lekarz stwierdza <i>niedokrwistość normochromiczną</i> (z prawidłowym stężeniem żelaza).
3.	w badaniach biochemicznych lekarz zwraca na wskaźniki nerkowe, w tym stężenie kreatyniny i mocznika w surowicy, stężenie białka całkowitego i albumin, aktywność aminotransferaz w surowicy.
4.	w badaniu ogólnym moczu lekarz ocenia obecność białkomoczu i osad moczu, w tym krwinkomocz i obecność walczków.
5.	dodatkowo lekarz oznacza koagulogram ze względu na możliwość współistnienia zespołu antyfosfolipidowego, składowe C3 i C4 dopełniacza i badania serologiczne, w tym przeciwciała ujęte w kryteriach klasyfikacyjnych tj. ANA, anty-dsDNA, anty-Sm i aPL oraz ew. dodatkowe przeciwciała mające znaczenie bardziej rokownicze tj. anty-RNP, anty-Ro i anty-La.

Źródło: opracowanie własne

Zakres badań obrazowych, które lekarz wykonuje zależy od występujących objawów. Większość z różnorodnych objawów TRU w tym *rumień, niska liczba leukocytów, płytek krwi, zakrzepice czy kłębuszkowe zapalenie nerek, jest spowodowanych produkcją autoprzeciwciał*. Przeciwciała skierowane są przeciwko antygenom wewnątrzjądrowym: najczęstsze są ANA uważane za najbardziej charakterystyczne, rzadziej stwierdza się przeciwciała przeciwko dsDNA, anty-Sm, anty-Ro i anty-La.

Przy rozpoznawaniu tocznia rumieniowatego układowego lekarz ma na uwadze czynniki, zawarte w tabeli poniżej.

Tabela 18. Czynniki rozważane przez lekarza przy potwierdzeniu TRU

L.p.	CZYNNIKI ROZWAŻANE PRZY POTWIERDZENIU TOCZNIA RUMIENIOWATEGO UKŁADOWEGO
1.	Pojawienie się objawów wymienionych jako kryteria klasyfikacyjne może być bardzo rozciągnięte w czasie, co często wydłuża okres pomiędzy pojawieniem się objawów TRU i ustaleniem rozpoznania.
2.	Dość istotna jest znajomość jakie objawy pojawią się na początku choroby, którymi zwykle są: zapalenie lub ból stawów, zmiany skórne (rumień krążkowy lub rumień na twarzy), zajęcie nerek i zajęcie błon surowiczych.
3.	Objawy ogólne, które nie są kryteriami klasyfikacyjnymi jak gorączka, ogólne złe samopoczucie i zmęczenie, mogą się też pojawić na początku choroby, ale z uwagi na podejrzenie innych chorób tacy chorzy są diagnozowani na innych oddziałach niż reumatologiczne.
4.	Najczęstszym z tych objawów ogólnych jest zmęczenie. Jeśli chory nie jest o to zapytany przez lekarza, może nie być to przez niego zgłaszane; zmęczenie ma największe nasilenie w godzinach popołudniowych czy wieczornych przy względnie dobrym samopoczuciu w godzinach porannych. Już po rozpoczęciu właściwej terapii, gdy mijają ostre objawy choroby, najpóźniej wycofują się objawy zmęczenia.
5.	Sama obecność przeciwciał przeciwjądrowych przy braku objawów klinicznych nie daje lekarzowi podstaw do rozpoznania TRU; <i>kluczowe znaczenie ma wykazanie konstelacji objawów klinicznych</i> zarówno wymienionych w kryteriach klasyfikacyjnych jak również objawów ogólnych lub innych objawów czy zmian w badaniach dodatkowych związanych z uszkodzeniem narządów zajętych w TRU, ale nie wymienionych jako kryteria klasyfikacyjne.

Źródło: opracowanie własne

Bardzo ważnym zagadnieniem jest identyfikacja, profilaktyka i leczenie komplikacji wieloletniego TRU, odpowiedzialnych na śmiertelność w tej chorobie. Zalicza się do nich powikłania miażdżycy (występujących częściej i w młodszym wieku w TRU w porównaniu z populacją ogólną): zawał serca, udar mózgu; infekcje oporne na leczenie; niewydolność nerek. Należy podkreślić, że terapie immunosupresyjne stosowane w leczeniu TRU

(glikokortykoidy, leki cytotoksyczne) niosą ryzyko poważnych działań niepożądanych: nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, otyłości, złamań osteoporotycznych, zwiększone ryzyko nowotworów.

Wczesne postawienie rozpoznania choroby oraz wdrożenie właściwego leczenia determinują długotrwały przebieg choroby oraz ryzyko uszkodzenia narządów wewnętrznych w przebiegu choroby. Symptomatologia choroby może być przez to bardzo różnorodna w zależności od nasilenia manifestacji uszkodzenia różnych układów czy nakładania się innych chorób tkanki łącznej, w szczególności zespołu antyfosfolipidowego czy zespołu suchości. TRU może być różnicowany z bardzo różnymi chorobami, ale jego bardzo zmienny obraz kliniczny powoduje, iż rozważanie innych schorzeń w diagnostyce różnicowej zależy od dominujących objawów przedstawionych w tabeli poniżej.

Tabela 19. Dominujące objawy w rozważaniu innej choroby niż TRU

L.p.	DOMINUJĄCE OBJAWY W ROZWAŻANIU INNEJ CHOROBY NIŻ TOCZEŃ UKŁADOWY RUMIENIOWATY
1.	Artralgie, zapalenia stawów: w różnicowaniu możliwe reumatoidalne zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, mieszana choroba tkanki łącznej, inne artropatie.
2.	Gorączka i osłabienie: w różnicowaniu możliwe są gorączka nieznanego pochodzenia, zapalenie wsierdza, procesy nowotworowe, gruźlica, przewlekły zespół zmęczenia, podostre zakażenia bakteryjne, infekcje wirusowe.
3.	Objawy ze strony klatki piersiowej: zawał mięśnia serca, zator tętnicy płucnej, gruźlica.
4.	Objawy ze strony układu nerwowego: udar mózgu (krwotoczny lub niedokrwienny), epilepsja, zaburzenia psychiczne.
5.	Zmiany skórne: twardzina, toczeń krążkowy bez objawów ze strony zajęcia narządowego typowego dla toczenia.
6.	Objawy nerkowe: pierwotne zapalenie kłębuszków, zapalenia naczyń nerkowych.
7.	Hematologiczne: anemia hemolityczna, samoistna trombocytopenia, chłoniaki.
8.	Zapalenia naczyń: inne rodzaje pierwotnych zapaleń naczyń

Źródło: opracowanie własne

Najczęściej jednak różnicowanie powinno dotyczyć takich schorzeń jak: reumatoidalne zapalenie stawów, gorączka nieznanego pochodzenia, fibromialgia.

Rozpoznanie toczenia rumieniowatego trzewnego nie musi być oczywiste przy pierwszym kontakcie z chorym i nieraz dłuższa obserwacja z okresowymi wizytami pozwala ustalić prawidłowe rozpoznanie.

W przebiegu toczenia rumieniowatego układowego konieczne jest określenie czy nie dochodzi do współistnienia innych chorób określonych w tabeli poniżej.

Tabela 20. Współistnienie TRU z innymi chorobami

L.p.	WSPÓLISTNIENIE TOCZNIA RUMIENIOWATEGO UKŁADOWEGO Z INNYMI CHOROBIAMI
1.	zespół antyfosfolipidowy, co skutkuje nawracającymi powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi w różnych narządach lub nawykowymi poronieniami; dotyczy około 30 proc. chorych na toczenia rumieniowatego układowego.
2.	zespół suchości.
3.	inna choroba tkanki łącznej jak np. twardzina układowa czy zapalenie skórno-mięśniowe (tzw. zespół nakładania).
4.	zapalenie naczyń, w tym centralnego układu nerwowego.

Źródło: opracowanie własne



Spis tabel i rycin:

Tabela 1. Najczęściej występujące zapalne choroby reumatyczne z objawami wczesnego zapalenia stawów/8

Tabela 2. Ścieżka pacjenta z RZS w KOWZS/14

Tabela 3. Objawy reumatoidalnego zapalenia stawów/18

Tabela 4. Kryteria rozpoznania RZS (ACR/EULAR)/22

Tabela 5. Informacje na temat wybranych badań laboratoryjnych/22

Tabela 6. Ścieżka pacjenta z ZZSK w KOWZS/23

Tabela 7. Rodzaje postaci ZZSK/26

Tabela 8. Objawy ZZSK/28

Tabela 9. Rodzaje kryteriów i objawów ZZSK/32

Tabela 10. Badania laboratoryjne w ZZSK/33

Tabela 11. Ścieżka pacjenta z ŁZS w KOWZS/34

Tabela 12. Rodzaje objawów ŁZS/37

Tabela 13. Postaci kliniczne ŁZS/39

Tabela 14. Rodzaje badań w ŁZS/40

Tabela 15. Rodzaje Objawów TRU/45

Tabela 16. Kryteria rozpoznania TRU/52

Tabela 17. Badania dodatkowe w TRU/53

Tabela 18. Czynniki rozważane przez lekarza przy potwierdzeniu TRU/54

Tabela 19. Dominujące objawy w rozważaniu innych chorób niż TRU/55

Tabela 20. Współistnienie TRU z innymi chorobami/56

Rycina 1. Ścieżka pacjenta z RZS w KOWZS/15

Rycina 2. Ścieżka pacjenta z ZZSK w KOWZS/25

Rycina 3. Ścieżka pacjenta z ŁZS w KOWZS/35

Rycina 4. Zajęcie układów i narządów w TRU/44

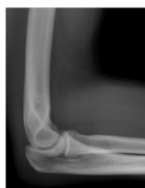
## Bibliografia:

1. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Zapalnych Chorób Autoimmunologicznych oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów. Dostęp: <https://wczesniejnaczyplepiej.pl/zalecenia/zalecenia-nigrir/>
2. Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian. Instytut Reumatologii w Warszawie, Warszawa 2014.
3. Wczesne zapalenie stawów. Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem. Raport Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Fundacji Ekspertki dla Zdrowia, Warszawa 2018.
4. Reumatologia w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”, M. Olesińska (red) Warszawa, PZWL Warszawa 2019.
5. Reumatologia, Wielka Interna Antczak, Myśliwiec, Pruszczyk, Medical Tribune Polska, Warszawa II wydanie
6. Świadczenia gwarantowane z zakresu reumatologii finansowane z ramach JGP:H86-H98. Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Warszawa 2018.
7. Zmiany systemowe w opiece nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów. Raport Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej, Fundacji Ekspertki dla Zdrowia, 2019.
8. Szybka ścieżka opieki zdrowotnej dla pacjentów pierwszorazowych z zapaleniem stawów. Raport Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii, Fundacji Ekspertki dla Zdrowia, Warszawa 2021.
9. Toczeń rumieniowaty układowy cz.1, pod redakcją naukową prof. Majdan, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2021
10. Ministerstwo Zdrowia, programy lekowe nieonkologiczne, dostęp z dnia 8 października 2022 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/choroby-nieonkologiczne>
11. Poradnik dla Pacjenta z reumatologicznym zapaleniem stawów, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Warszawa 2021.
12. Mapa najgroźniejszych zapalnych chorób reumatycznych. Droga pacjenta od objawów do rozpoznania. Raport Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii, Fundacji Ekspertki dla Zdrowia, Warszawa 2022.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2023 roku w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów

**WCZEŚNIEJ ZNACZY**

 **EPIEJ**

# WCZEŚNIEJ ZNACZY LEPIEJ



KAMPANIA

WCZEŚNIEJ ZNACZY  
LEPIEJ

PATRONAT HONOROWY



ORGANIZATOR



Konsultant Krajowy  
w dziedzinie reumatologii

PARTNER MERYTORYCZNY



PATRONAT



PARTNER WSPIERAJĄCY

