

Nieswoiste zapalenia jelit w ubezpieczeniu rentowym – przegląd piśmiennictwa

Inflammatory bowel disease in disability insurance – literature review

Paweł Petryszyn¹, Jolanta Ziółkowska², Leszek Paradowski¹

¹Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

²Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Oddział Wojewódzki we Wrocławiu

Przegląd Gastroenterologiczny 2008; 3 (5): 237–242

Słowa kluczowe: nieswoiste zapalenia jelit, zatrudnienie, ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy, ubezpieczenia społeczne.

Key words: inflammatory bowel disease, employment, disability insurance, social security.

Adres do korespondencji: lek. Paweł Petryszyn, Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, tel. +48 71 733 21 20, faks +48 71 733 21 29, e-mail: ppetryszyn@wp.pl

Streszczenie

Nieswoiste zapalenia jelit dotyczą przede wszystkim rozwiniętych krajów Europy i Ameryki Północnej. Ich przewlekły charakter, objawy jelitowe i ogólne upośledzające codzienne funkcjonowanie, współistniejące powikłania pozajelitowe, nawracający, nierzadko ciężki i nieprzewidywalny przebieg znacząco obniżają jakość życia pacjentów. W porównaniu z populacją ogólną większy odsetek osób z tą chorobą nie uczestniczy w życiu zawodowym. Mimo to większości udaje się przezwyciężyć trudności, jakie stwarza choroba, i zachować pełną zdolność do pracy. Regionalne różnice w niezdolności do pracy spowodowanej chorobą odzwierciedlają różne systemy zabezpieczenia społecznego.

Abstract

Inflammatory bowel disease is considered to be common in developed countries of Europe and North America. Chronic disease, bowel and systemic symptoms disrupting daily functioning, coexisting extraintestinal complications, and recurrent, not infrequently severe and unpredictable clinical course significantly lower patients' quality of life. Although there are more labour force non-participants in the IBD patient group, the majority of them manage to overcome the difficulties posed by the disease and maintain full work capacity. Regional differences in work disability reflect different social security systems.

Wprowadzenie

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (ang. *ulcerative colitis*) i choroba Leśniowskiego-Crohna (ang. *Crohn's disease*) należą do nieswoistych zapaleń jelit (ang. *inflammatory bowel disease*). Choroby te występują pod każdą szerokością geograficzną, jednak z różną częstością w różnych regionach świata. Chorują na nie przede wszystkim mieszkańcy wysoko rozwiniętych krajów europejskich i Ameryki Północnej, stosunkowo rzadko są natomiast rozpoznawane w krajach Afryki, Ameryki Południowej i Azji. Na świecie zapadalność na wrzodziejące zapalenie jelita grubego mieści się w granicach 0,5–24,5/100 tys. mieszkańców, podczas gdy na chorobę Leśniowskiego-Crohna choruje rocznie 0,1–16/100 tys. mieszkańców [1]. Wieloośrodkowe badanie przeprowadzone w latach 1991–1993 w 12 kra-

jach Europy Zachodniej i Izraelu szacuje zapadalność na wrzodziejące zapalenie jelita grubego i chorobę Leśniowskiego-Crohna na poziomie odpowiednio 10,4 i 5,6/100 tys. mieszkańców [2]. W Europie Wschodniej odnotowano znaczny wzrost zapadalności na obie choroby pod koniec lat 80. i w latach 90. ubiegłego wieku. Zapadalność na wrzodziejące zapalenie jelita grubego na Węgrzech wzrosła z 1,7/100 tys. mieszkańców w latach 1977–1981 do 11/100 tys. mieszkańców w latach 1997–2001, na chorobę Leśniowskiego-Crohna natomiast z 0,4 do 4,7/100 tys. mieszkańców [3]. Ocenę sytuacji epidemiologicznej w Polsce utrudnia brak aktualnych wiarygodnych badań. Na Dolnym Śląsku rejestruje się rocznie średnio 1038 hospitalizacji z powodu nieswoistych zapaleń jelit, w tym 840 z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i 198 z powodu

choroby Leśniowskiego-Crohna (na podstawie danych z Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Publicznego z lat 2003–2005) [4]. Na nieswoiste zapalenia jelit najczęściej zapadają ludzie młodzi, w 20.–40. roku życia, tj. w okresie zdobywania wykształcenia i aktywności zawodowej. Etiopatogeneza nieswoistych zapaleń jelit jest wieloczynnikowa i złożona. Przyjmuje się, że w ich powstawaniu i rozwoju uczestniczą czynniki genetyczne, środowiskowe i immunologiczne. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest rozlanym procesem zapalnym błony śluzowej odbytnicy lub odbytnicy i okrężnicy. Objawia się biegunką (do kilkudziesięciu wypróżnień na dobę) i krwawieniem z odbytu. Stosunkowo często występują także ból brzucha, utrata masy ciała i gorączka. Przebieg kliniczny charakteryzują zwykle okresy ostrych rzutów przedzielone okresami remisji. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego wiąże się z powstawaniem powikłań miejscowych (polipowatość zapalna, *megacolon toxicum*, rak jelita grubego) i występowaniem objawów pozajelitowych (ze strony wątroby i dróg żółciowych, układu kostno-stawowego, oczu i skóry). Choroba Leśniowskiego-Crohna jest pełnościennym zapaleniem, które może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego, od jamy ustnej do odbytu. Najczęstszą lokalizacją okazuje się końcowy odcinek jelita krętego (40–50% przypadków). Jelito cienkie i jelito grube są zajęte jednocześnie w 30–40% przypadków, a same jelito grube w 20%. U większości pacjentów występują ból brzucha i biegunka, ponadto u części obserwuje się gorączkę, objawy zespołu złego wchłaniania i wyczuwalny guz w jamie brzusznej. Choroba Leśniowskiego-Crohna ma przebieg przewlekły. Podobnie jak we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego występują naprzemienne okresy zaostrzeń i remisji. Towarzyszyć jej mogą te same powikłania i objawy ze strony innych narządów i układów. W 30–40% przypadków dochodzi do samoistnego tworzenia się przetok zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych. Oprócz przetok głównymi miejscowymi powikłaniami choroby Leśniowskiego-Crohna są otorbione ropnie międzypętlowe i zwężenie światła jelita, czasem z objawami podniebności. Ważnym elementem obrazu klinicznego są zmiany w okolicy odbytu [5, 6]. Sposób leczenia ostrych rzutów wrzodziejącego zapalenia jelita grubego zależy od ich ciężkości oraz rozległości zmian zapalnych. Ciężkie zaostrzenie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego bezwzględnie wymaga hospitalizacji. Postępowanie zachowawcze obejmuje monitorowanie chorego, pozajelitowe uzupełnianie niedoborów, wsparcie żywieniowe, stosowanie glikokortykosteroidów pozajelitowo. Do operacji dochodzi u 15–20% wszystkich chorych. Celem leczenia podtrzymującego w remisji choroby jest zapobieganie jej nawrotom. W przypadku choroby

Leśniowskiego-Crohna postępowanie zależy od lokalizacji i rozległości zmian w przewodzie pokarmowym, cech dominujących w obrazie klinicznym (zapalenie, zwężenie jelita, przetoki) oraz aktywności choroby. Przynajmniej połowa osób z tą chorobą wymaga leczenia chirurgicznego w ciągu 10 lat od rozpoznania i w przybliżeniu 70–80% w ciągu życia. Po operacji zmiany zapalne mogą nawrócić praktycznie w każdym odcinku przewodu pokarmowego. W ubiegłym roku zostały opublikowane polskie wytyczne postępowania w nieswoistych zapaleniach jelit. Warto podkreślić, że na obecnym etapie nie dysponuje się możliwościami leczenia przyczynowego tych chorób, a leczenie objawowe i przeciwzapalne trwa nieraz do końca życia. Ostatnio dużą popularność zyskują leki biologiczne [5, 7–11]. Przewlekły charakter, występowanie przykrych objawów jelitowych i ogólnych, upośledzających codzienne funkcjonowanie chorych, współistniejące powikłania ze strony innych narządów, nawracający, nierzadko ciężki i trudny do przewidzenia przebieg wpływają na istotne obniżenie jakości życia osób chorych na nieswoiste zapalenia jelit [12].

W niniejszej pracy omówiono stan prawny obowiązujący w Polsce w odniesieniu do ubezpieczenia rentowego oraz dokonano przeglądu piśmiennictwa światowego w celu usytuowania chorych na nieswoiste zapalenia jelit w kontekście ich uczestnictwa w życiu zawodowym oraz otrzymywania świadczeń uzależnionych od niezdolności do pracy spowodowanej chorobą.

Ubezpieczenie rentowe – stan prawny w Polsce

Zgodnie z Ustawą z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych [13] z Funduszu Rentowego wypłacane są świadczenia, takie jak renta z tytułu niezdolności do pracy, renta szkoleniowa, renta rodzinna oraz dodatek pielęgnacyjny. Renta przysługuje ubezpieczonemu, który spełnił łącznie następujące warunki – jest niezdolny do pracy, ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy, a niezdolność do pracy powstała w okresie ubezpieczenia, ale nie później niż w ciągu 18 mies. od ustania zatrudnienia. Zgodnie z art. 12 ustawy niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. Całkowicie niezdolną do pracy okazuje się osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy. Częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Istnienie u ubezpieczonego przeciwwskazań do wykonywania określonych czynności związanych z dotychczasowym stanowiskiem pracy lub zawodem, wskutek naruszenia sprawności organizmu, nie

uzasadnia orzeczenia o niezdolności do pracy. Dopiero zmiana stanowiska pracy lub zawodu w ramach posiadanych kwalifikacji i brak rokowania odzyskania zdolności do pracy dają podstawę do przyznania renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy. Zgodnie z art. 13 w ocenie stopnia i trwałości niezdolności do pracy oraz rokowania dotyczącego odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji, a także możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne. Trwałą niezdolność do pracy orzeka się, jeżeli wg wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy. Okresową niezdolność do pracy orzeka się, jeśli wg wiedzy medycznej istnieją rokowania odzyskania zdolności do pracy. Trwałość niezdolności do pracy wykluczają m.in. nabycie nowych kwalifikacji przez ubezpieczonego czy przystosowanie do istniejącego naruszenia sprawności organizmu. Datę lub okres powstania niezdolności do pracy ustala się na podstawie dokumentacji zawodowej i lekarskiej pochodzącej z okresu, którego dotyczy ta data. Gdy ustalenie daty i okresu powstania niezdolności do pracy nie jest możliwe, wówczas za datę powstania tej niezdolności przyjmuje się datę zgłoszenia wniosku. Najczęstszym błędem popełnianym przez lekarzy jest stawianie znaku równości między datą rozpoznania choroby i powstania niezdolności do pracy. Renta szkoleniowa przysługuje osobie mającej odpowiedni okres ubezpieczenia, w stosunku do której orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie lub niezdolność do służby. Lekarz orzecznik ZUS orzeka o celowości przekwalifikowania zawodowego, jeśli osoba ubiegająca się o świadczenie utraciła zdolność do pracy zarobkowej w dotychczasowym zawodzie, lecz może stać się zdolna do pracy w innym zawodzie po przekwalifikowaniu. Ubezpieczony otrzymuje rentę szkoleniową na 6 mies., przy czym możliwe jest przedłużenie okresu wypłacania renty łącznie do 36 mies. W przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji. Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS stanowi dla organu rentowego podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczeń przewidzianych w ustawie, do których prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Ubezpieczenie rentowe – przegląd piśmiennictwa

W porównaniu z populacją ogólną chorzy na nieswoiste zapalenia jelit częściej nie uczestniczą w życiu zawodowym [14]. Odsetek osób z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego lub chorobą Leśniowskiego-Crohna, które po co najmniej 5 latach od rozpoznania nie były ani zatrudnione, ani aktywnie nie poszukiwały pracy, był 2-krotnie wyższy w porównaniu z odsetkiem osób zdrowych w tym samym wieku. Aż 16,5% kobiet z chorobą Leśniowskiego-Crohna aktywnych zawodowo w momencie rozpoznania po 5 latach trwania choroby było klasyfikowanych jako bezrobotne bądź miało przyznaną rentę z tytułu niezdolności do pracy. Badanie takie przeprowadzono na Uniwersytecie Manitoba w Kanadzie. Dane dotyczące zatrudnienia uzyskano od 2476 dorosłych chorych na nieswoiste zapalenia jelit [15]. W Stanach Zjednoczonych 31,5% chorych na nieswoiste zapalenie jelit, u których w ciągu 12 mies. poprzedzających badanie występowały dolegliwości związane z chorobą, nie uczestniczyło w życiu zawodowym (OR=2,14). Oszacowano, że występowanie dolegliwości związanych z chorobą w ostatnich 12 mies. zwiększało prawdopodobieństwo nieuczestniczenia w życiu zawodowym o 12,3%. Przebiegające bezobjawowo nieswoiste zapalenia jelit nie wpływały na uczestnictwo w życiu zawodowym. Tak więc nie samo rozpoznanie choroby, a występowanie bądź brak objawów chorobowych decyduje o zatrudnieniu albo braku zatrudnienia. Wykazano ponadto, że na zmniejszenie odsetka osób uczestniczących w życiu zawodowym wpływają czynniki związane ze stanem zdrowia oraz niektóre czynniki demograficzne. Hospitalizacja w ostatnim roku, ograniczenia w funkcjonowaniu będące konsekwencją choroby, płęć żeńska w połączeniu z określonym statusem rodzinnym (więcej niż jedna osoba dorosła, dzieci <18. roku życia), zaawansowany wiek oraz niższy poziom wykształcenia okazały się w sposób istotny oddziaływać negatywnie na poziom uczestnictwa w życiu zawodowym. W cytowanym badaniu wzięło udział 23 649 osób w wieku 20–64 lat, w tym 187 z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego lub chorobą Leśniowskiego-Crohna [16]. Wyniki badania przeprowadzonego w Holandii przedstawiono w tab. I. Odsetek osób niezdolnych do pracy w związku z chorobą był 2,6-krotnie wyższy w grupie mężczyzn oraz 2,8-krotnie wyższy w grupie kobiet z nieswoistymi zapaleniami jelit w odniesieniu do osób zdrowych w tym samym wieku [17]. W pełnym wymiarze godzin pracowało 48% pacjentów z aktywną chorobą Leśniowskiego-Crohna uczestniczących w badaniu klinicznym, porównującym skuteczność i bezpieczeństwo podawania infliksymabu w sposób przewlekły i w pojedynczej dawce (ACCENT I),

Tabela I. Zatrudnienie i niezdolność do pracy z powodu choroby w nieswoistych zapaleniach jelit [17]
Table I. Employment and work disability in inflammatory bowel disease [17]

	Grupa kontrolna		Nieswoiste zapalenia jelit		Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		Choroba Leśniowskiego-Crohna	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Zatrudnienie odniesione do wieku (18–64 lat) [%]	82,3	62,4	73,2	58,7	74,9	62,4	71,6	56,2
Niezdolność do pracy spowodowana chorobą odniesiona do wieku (18–64 lat) [%]	11,8	9,1	30,4	25,4	27,6	20,0	32,7	31,7

natomiast 39% nie było zatrudnionych w ogóle. Rentę z tytułu niezdolności do pracy otrzymywało 25% pacjentów. W grupie niezatrudnionych jedynie 14% oświadczyło, że czuło się wystarczająco dobrze, by podjąć pracę. W tab. II przedstawiono różnice w zatrudnieniu i niezdolności do pracy pacjentów z aktywną chorobą Leśniowskiego-Crohna w zależności od kraju czy regionu. O ile liczba chorych niezatrudnionych pozostawała zbliżona, o tyle liczba otrzymujących świadczenie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą była wyraźnie wyższa w Europie niż w Stanach Zjednoczonych. Różnice regionalne w niezdolności do pracy spowodowanej chorobą (Stany Zjednoczone vs Holandia, Niemcy) są najprawdopodobniej odzwierciedleniem różnych systemów zabezpieczenia społecznego. Młodzi ludzie w Holandii i Niemczech częściej występują z wnioskiem o świadczenie rentowe w związku z korzystną w tych krajach wysokością takiego świadczenia. Przeprowadzono również analizę regresji potencjalnych czynników ryzyka bezrobocia i niezdolności do pracy. I tak, starszy wiek oraz płeć żeńska wiązały się z istotnie statystycznie większym prawdopodobieństwem pozostawania bezrobotnym bądź zatrudnionym w niepełnym wymiarze godzin. Przebyta resekcja jelita w sposób statystycznie istotny zwiększała prawdopodobieństwo pozostawania bezrobotnym oraz otrzymywania renty z tytułu niezdolności do pracy. Większe ryzyko bezrobocia wiązało się z krótszym czasem trwania

choroby [18]. Tę ostatnią – wydawałoby się sprzeczną z intuicją – obserwację można by tłumaczyć następująco – w miarę trwania choroby u pacjentów dochodzi do wykształcenia mechanizmów radzenia sobie z nią w taki sposób, że po 6 latach od rozpoznania różnice w niezdolności do pracy w porównaniu z populacją ogólną stają się nieznaczące [19]. Nie stwierdzono natomiast, żeby aktywność choroby oceniana za pomocą CDAI (ang. *Crohn's disease activity index*) wpływała na zatrudnienie czy niezdolność do pracy [18]. Do odmiennych wniosków doszli Lichtenstein i wsp., którzy badali tę samą grupę pacjentów. Spośród 573 wszystkich badanych z aktywną chorobą Leśniowskiego-Crohna wyodrębnili oni osoby niepracujące w momencie rozpoczęcia badania. W 54. tyg. leczenia 31% osób, u których uzyskano remisję definiowaną jako CDAI <150, było zatrudnionych, podczas gdy tylko 16% spośród tych, u których nie udało się uzyskać remisji, podjęło pracę ($p < 0,05$). Korelowało to z jakością życia tych pacjentów [20]. Jakość życia oceniana przez Feagana i wsp. za pomocą SF-36 oraz IBDQ była najwyższa w grupie osób zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin, niższa w grupie zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin i najniższa w grupie niezatrudnionych. Sugerowałoby to wpływ czynników psychologicznych na stan zatrudnienia [18]. Jakość życia może więc stanowić z jednej strony niejako pojęcie łączące objawy kliniczne i aktywność choroby, natomiast z drugiej ak-

Tabela II. Różnice w zatrudnieniu i niezdolności do pracy pacjentów z aktywną chorobą Leśniowskiego-Crohna w zależności od kraju czy regionu [18]

Table II. Differences in employment and work disability among patients with active Crohn's disease according to country or region [18]

	Stany Zjednoczone	Europa	Kanada	Izrael
Bezrobotni [%]	36	45	41	41
Zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin [%]	11	11	19	20
Niezdolni do pracy i otrzymujący rentę [%]	20	34	28	22

tywność społeczną, zatrudnienie i niezdolność do pracy. Nieco innych wyników dostarcza badanie Sonnenberga, który porównał chorych na nieswoiste zapalenie jelit otrzymujących z tego tytułu rentę z osobami otrzymującymi rentę z tytułu niezdolności do pracy z innych przyczyn. Osoby z nieswoistymi zapaleniami jelit były młodsze. Rentę z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą Leśniowskiego-Crohna 2-krotnie częściej przyznawano kobietom, podczas gdy w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego nie stwierdzono różnic odnośnie do płci [21]. Pewnych podsumowań dotyczących liczby osób otrzymujących świadczenia rentowe z powodu nieswoistych zapaleń jelit dostarczają wyniki prac badających naturalny przebieg tych chorób – ok. 15% osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna po 15 latach od rozpoznania będzie niezdolnych do pracy z powodu choroby i otrzyma z tego tytułu rentę [22], a 92,8% chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego po 10 latach od rozpoznania zachowa pełną zdolność do pracy [23]. W Niemczech rocznie ok. 3% pracownikom z nieswoistymi zapaleniami jelit przyznaje się rentę z tytułu niezdolności do pracy [24]. Mimo przewlekłego i nierzadko ciężkiego przebiegu choroby znacznej większości osób z nieswoistymi zapaleniami jelit udaje się przezwyciężyć trudności, jakie stwarza sama choroba, jej leczenie i powikłania, pozostając aktywnymi uczestnikami życia zawodowego. Dane na temat aktywności zawodowej osób z nieswoistymi zapaleniami jelit w Polsce są skąpe – 35% mężczyzn i 42% kobiet z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego kończy karierę zawodową przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Odsetek ten jest większy w grupie chorych z rozległym zajęciem jelita grubego oraz z zastosowaniem leczenia chirurgicznego [25]. Autorom pracy nie jest znane jakiegokolwiek badanie polskie, które podejmowałoby tematykę zatrudnienia i niezdolności do pracy osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna.

Podsumowanie

Nieswoiste zapalenia jelit dotyczą przede wszystkim wysoko rozwiniętych krajów europejskich i Ameryki Północnej. Obecnie zapadalność na wrzodziejące zapalenie jelita grubego i chorobę Leśniowskiego-Crohna w Europie wynosi odpowiednio 10 i 5 przypadków na 100 tys. mieszkańców rocznie. Przewlekły charakter tych chorób, występowanie przykrych objawów jelitowych i ogólnych, upośledzających codzienne funkcjonowanie chorych, współistniejące powikłania ze strony innych narządów, nawracający, nierzadko ciężki i trudny do przewidzenia przebieg wpływają na istotne obniżenie jakości życia. W porównaniu z populacją ogólną większy odsetek osób z nieswoistymi zapaleniami jelit

nie uczestniczy w życiu zawodowym. Ryzyko pozostawania bezrobotnym lub otrzymywania renty z tytułu niezdolności do pracy może być uzależnione od wielu czynników, takich jak rozpoznanie, płeć, wiek, czas, jaki upłynął od rozpoznania, aktywność choroby czy wreszcie, a może przede wszystkim jakość życia. Regionalne różnice w niezdolności do pracy spowodowanej chorobą odzwierciedlają różne systemy zabezpieczenia społecznego. Niewątpliwie znacznej większości osób z nieswoistymi zapaleniami jelit udaje się przezwyciężyć trudności, jakie stwarza sama choroba, jej leczenie i powikłania, co sprawia, że mogą nadal uczestniczyć w życiu zawodowym.

Piśmiennictwo

1. Lakatos PL. Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases: up or down? *World J Gastroenterol* 2006; 12: 6102-8.
2. Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan R i wsp. Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD). *Gut* 1996; 39: 690-7.
3. Vind I, Riis L, Jess T i wsp. Increasing incidences of inflammatory bowel disease and decreasing surgery rates in Copenhagen City and County, 2003-2005: a population-based study from the Danish Crohn colitis database. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1274-82.
4. Paradowski L, Błachut K, Kollbek P. Epidemiologia nieswoistych zapaleń jelit, skala problemu. *Med Dopl* 2007; Suppl 5: 33-7.
5. Bartnik W. Choroby jelita grubego. W: *Gastroenterologia i hepatologia kliniczna*. Konturek S (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 352-413.
6. Sands BE. From symptom to diagnosis: clinical distinctions among various forms of intestinal inflammation. *Gastroenterology* 2004; 126: 1518-32.
7. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP; IBD Section, British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2004; 2004; 53 Suppl 5: V1-16.
8. Daperno M, Sostegni R, Rocca R i wsp. Review article: medical treatment of severe ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16 Suppl 4: 7-12.
9. Ardizzone S, Molteni P, Bollani S, Bianchi Porro G. Guidelines for the treatment of ulcerative colitis in remission. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997; 9: 836-41.
10. Bartnik W. Wytyczne postępowania w nieswoistych zapalnych chorobach jelit. *Przegl Gastroenterol* 2007; 2: 215-29.
11. Rutgeerts P, Van Assche G, Vermeire S. Optimizing anti-TNF treatment in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2004; 126: 1593-610.
12. Petryszyn P. Nieswoiste zapalenia jelit w życiu zawodowym, ubezpieczeniach zdrowotnych i społecznych. Praca dyplomowa. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław 2007.

13. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (DzU nr 162, poz. 1118 z późn. zm.).
14. Marri SR, Buchman AL. The education and employment status of patients with inflammatory bowel diseases. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11: 171-7.
15. Bernstein CN, Kraut A, Blanchard JF i wsp. The relationship between inflammatory bowel disease and socioeconomic variables. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 2117-25.
16. Longobardi T, Jacobs P, Bernstein CN. Work losses related to inflammatory bowel disease in the United States: results from the National Health Interview Survey. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 1064-72.
17. Boonen A, Dagnelie PC, Feleus A i wsp. The impact of inflammatory bowel disease on labor force participation: results of a population sampled case-control study. *Inflamm Bowel Dis* 2002; 8: 382-9.
18. Feagan BG, Bala M, Yan S i wsp. Unemployment and disability in patients with moderately to severely active Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39: 390-5.
19. Eckardt VF, Lesshaft C, Kanzler G, Bernhard G. Disability and health care use in patients with Crohn's disease: a spouse control study. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 2157-62.
20. Lichtenstein GR, Yan S, Bala M, Hanauer S. Remission in patients with Crohn's disease is associated with improvement in employment and quality of life and a decrease in hospitalizations and surgeries. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 91-6.
21. Sonnenberg A. Disability from inflammatory bowel disease among employees in West Germany. *Gut* 1989; 30: 367-70.
22. Munkholm P, Langholz E, Davidsen M, Binder V. Disease activity courses in a regional cohort of Crohn's disease patients. *Scand J Gastroenterol* 1995; 30: 699-706.
23. Langholz E, Munkholm P, Davidsen M. Course of ulcerative colitis: analysis of changes in disease activity over years. *Gastroenterology* 1994; 107: 3-11.
24. Sonnenberg A. Disability and need for rehabilitation among patients with inflammatory bowel disease. *Digestion* 1992; 51: 168-78.
25. Wiercinska-Drapalo A, Jaroszewicz J, Flisiak R, Prokopowicz D. Epidemiological characteristics of inflammatory bowel disease in North-Eastern Poland. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 2630-3.