

**Robert Rupiński**

Rheuma Medicus, Warszawa

# Praktyczne wskazówki dotyczące postępowania we wczesnym zapaleniu stawów

## Wczesne zapalenie stawów – definicja

Ból stawu (artralgia) stanowi najważniejszy i najczęstszy objaw kliniczny przewlekłych chorób układu ruchu. Od 2020 r. posługujemy się definicją Międzynarodowego Stowarzyszenia Badań nad Bólem (*International Association for the Study of Pain – IASP*), w której podkreślono szczególne znaczenie osobistego doświadczenia oraz indywidualnej percepcji bólu [1]. Ból towarzyszy zarówno niezapalnym chorobom stawów (choroba zwyrodnieniowa stawów – ChZS), jak i zapalnym (np. reumatoidalne zapalenie stawów – RZS). U pacjenta zgłaszającego się po raz pierwszy z powodu dolegliwości ze strony układu ruchu podstawowe znaczenie ma określenie typu bólu stawów (tab. 1). Ból zapalny występuje w przebiegu dny moczanowej (zwykle zapalenie pojedynczego stawu – *monoarthritis*), układowych chorób tkanki łącznej oraz spondyloartropatii (zajęcie wielu stawów – *oligo-* lub *poliarthritis*). Jest on związany z rozwojem w błonie maziowej i płynie stawowym reakcji zapalnej o podłożu autoimmunologicznym. Ból w przebiegu zapalenia zwiększa się po okresie unieruchomienia stawu i występuje wtedy łącznie z uczuciem sztywności. Objaw ten, szczególnie mocno zaznaczony po okresie nocnego wypoczynku, określany jest jako sztywność poranna stawów,

a czas jego utrzymywania się koreluje z aktywnością zapalenia. Warto jednak wspomnieć, że tzw. ból zwyrodnieniowy w przebiegu ChZS, uważany do niedawna jedynie za dolegliwość o charakterze mechanicznym (ze zużycia chrząstki stawowej), charakteryzuje się również obecnością istotnego miejscowego komponentu zapalnego [2].

Warunkiem koniecznym rozpoznania zapalenia stawu, oprócz bólu, jest występowanie obrzęku. Obrzęk stawu to powiększenie jego wielkości, które nie jest związane z przerostem elementów kostnych (np. obecność osteofitów w przebiegu ChZS). Jest on natomiast spowodowany obrzękiem tkanek miękkich stawu (błona maziowa i torebka stawowa) oraz zwiększeniem ilości płynu stawowego (wysięk zapalny). W przypadku zapalenia stawu (ból i obrzęk) o niedawnym lub ostrym początku konieczne i oczywiste jest wykluczenie urazu (wywiad).

Wczesne zapalenie stawów (WZS) definiowane jest obecnie jako występowanie bólu (zapalnego) i obrzęku trwającego maksymalnie do roku od pojawienia się pierwszych objawów [3]. Arbitralne przyjęcie granicy 12 miesięcy związane jest z faktem, że po ok. 2 latach od początku trwania choroby u blisko 70% pacjentów leczonych konwencjonalnie rozwijają się nadżerki w stawach. Chodzi zatem o wyodrębnienie pacjentów, u których szybkie rozpoczęcie odpowied-

Tabela 1. Ból zapalny i „zwyrodnieniowy” w chorobach układu ruchu

Obraz kliniczny	Zapalenie (np. RZS)	Artralgia (ChZS)
nasilenie bólu stawu	++	+
ból stawu w spoczynku	+	-
obrzęk stawu	+	-
zaczerwienienie okolicy stawu	możliwe	-
zwiększona ciepłota okolicy stawu	możliwa	-
szttywność (poranna) stawu	powyżej 30 minut	zwykle do 15 minut
liczba zajętych stawów	kilka lub kilkanaście	zwykle pojedyncze
objawy ogólne	możliwe	-
odchylenia w badaniach laboratoryjnych	+	-
Leczenie:		
niesteroidowe leki przeciwzapalne	uzupełnienie terapii	podstawa terapii
leczenie przyczynowe (LMPCh)	+	-

RZS – reumatoidalne zapalenie stawów, ChZS – choroba zwyrodnieniowa stawów, LMPCh – leki modyfikujące przebieg choroby

niej terapii przyczynowej umożliwi zahamowanie postępu zmian radiologicznych. U pacjentów z WZS, którzy spełniają kryteria klasyfikacyjne reumatoidalnego zapalenia stawów, rozpoznajemy wczesne RZS. W przypadku braku możliwości postawienia diagnozy – wczesne niezróżnicowane zapalenie stawów. Niektórzy autorzy wyodrębniają dodatkowo okres pierwszych 12 tygodni, czyli tzw. bardzo wczesne zapalenie stawów (*very early arthritis*), co wiąże się z całkowicie odmiennym immunopatogenetycznym podłożem tej fazy w porównaniu z dalszym przebiegiem choroby (*late early arthritis*). Rozpoczęcie skutecznego leczenia lekami immunosupresyjnymi w okresie pierwszych 3 miesięcy, czyli w tzw. oknie terapeutycznym (*window of opportunity*), umożliwia przesunięcie obrazu klinicznego choroby w stronę łagodniejszego przebiegu zapalenia stawów.

### Czy można rozpoznać zapalenie stawów jeszcze wcześniej?

Na najwcześniejszych etapach przewlekłych zapaleń stawów zwykle pojawiają się dolegliwości bólowe stawów bez towarzyszącego obrzęku. W tym okresie nie można jeszcze rozpoznać zapalenia stawów, ponieważ obecny jest jedynie ból (artralgia) bez towarzyszącego obrzęku (*synovitis*). Już na tym przedklinicznym etapie choroby mogą jednak wystąpić objawy kliniczne, które wskazują na wysokie prawdopodobieństwo przejścia bólu w pełnoobjawowe przewlekłe zapalenie stawów. Dolegliwości bólowe o takim właśnie charakterze określa się jako tzw. artralgię podejrzaną klinicznie (*clinically suspect arthralgia* – CSA) [4]. U każdego pacjenta spełniającego kryteria CSA należy oznaczyć przeciwciała przeciwcytrulinowe

(*anti-cyclic citrullinated peptide autoantibodies* – aCCP) oraz czynnik reumatoidalny (*rheumatoid factor* – RF), a w przypadku ich obecności skierować chorego na konsultację reumatologiczną (tab. 2). Zwykle CSA poprzedza rozwój RZS – najczęstszej autoimmunologicznej choroby tkanki łącznej (0,5–1% populacji krajów europejskich), w której przebiegu dochodzi do symetrycznego zapalenia małych i średnich stawów (przede wszystkim rąk i stóp). Po zadziałaniu czynnika środowiskowego (czasami na długo przed rozwinięciem się pełnoobjawowego zapalenia stawów) obserwuje się pobudzenie układu immunologicznego prowadzące do nadprodukcji prozapalnych cytokin (szczególnie TNF- $\alpha$ , IL-1, IL-6), które wiążą się z rozwojem odpowiedzi zapalnej w błonie maziowej zajętych stawów oraz wielu narządach wewnętrznych.

Tabela 2. Kryteria rozpoznania artralgi podejrzaną klinicznie (*clinically suspect arthralgia* – CSA)

Pojawienie się nowych bólów stawów (bez obrzęku) w ciągu ostatnich 12 miesięcy
Zajęcie stawów śródrečno-paliczkowych
Uczucie sztywności porannej trwające powyżej 60 minut
Objawy najsilniej wyrażone we wczesnych godzinach porannych
Reumatoidalne zapalenie stawów u krewnych pierwszego stopnia
Trudność w zaciśnięciu palców w pięść
Pozytywny wynik testu ściskania ( <i>squeeze test</i> ) – ból przy ucisku ręki pacjenta na wysokości stawów śródrečno-paliczkowych I–IV
<b>Spełnienie 4 z 7 kryteriów pozwala na rozpoznanie CSA (czułość – 70%, specyficzność – 93%)</b>

**Tabela 3.** Kryteria klasyfikacyjne reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) (ACR/EULAR 2010)

Kryteria wstępne (konieczne spełnienie obu):	
przynajmniej 1 staw z pewnym klinicznie zapaleniem błony maziowej przyczyna zapalenia stawu nie jest wytłumaczona przez inną chorobę	
A. Zapalenie stawów	
1 duży staw	0
2–10 dużych stawów	1
1–3 małych stawów (niezależnie od zajęcia dużych stawów)	2
4–10 małych stawów (niezależnie od zajęcia dużych stawów)	3
> 10 stawów (przynajmniej 1 mały staw)	5
B. Badania serologiczne	
RF i aCCP nieobecne	0
niski poziom RF lub aCCP	2
wysoki poziom RF lub aCCP	3
C. Wskaźniki ostrej fazy	
prawidłowe wartości CRP i OB	0
nieprawidłowe wartości CRP lub OB	1
D. Czas trwania zapalenia stawów	
< 6 tygodni	0
≥ 6 tygodni	1
<b>Rozpoznanie reumatoidalnego zapalenia stawów (suma A–D)</b>	<b>≥ 6</b>

RF (rheumatoid factor) – czynnik reumatoidalny, aCCP (anti-cyclic citrullinated peptide autoantibodies) – przeciwciała przeciwcitrulinowe, CRP (C-reactive protein) – białko C-reaktywne, OB – odczyn Biernackiego

### Kliniczna ocena pacjenta z WZS

U pacjenta zgłaszającego się z objawami WZS należy zawsze wykluczyć inne choroby (niereumatyczne), które mogą przebiegać z zapaleniem stawów. Do tej grupy zalicza się m.in. reaktywne (związane z immunologiczną odpowiedzią na patogen) zapalenia stawów towarzyszące infekcjom wirusowym (różyczka, mononukleozą zakaźną, wirusowe zapalenia wątroby, zakażenie HIV), bakteryjnym (zwykle *Salmonella*, *Yersinia*, *Chlamydia trachomatis*, *Borrelia burgdorferi*, rzeżączka), a także sarkoidozę i hemochromatozę. Osobną przyczynę, na szczęście rzadką, stanowi bezpośrednie zakażenie stawu przez bakterie (najczęściej *Staphylococcus aureus*), czyli septyczne zapalenie stawu. Występuje ono przeważnie u pacjentów w podeszłym wieku, leczonych immunosupresyjnie lub z wszczepioną endoprotezą i dotyczy najczęściej stawu kolanowego. Zajęty staw jest niezwykle bolesny, a równocześnie obserwuje się występowanie silnie wyrażonych objawów ogólnych. Wykluczenie ww. chorób pozwala na rozpoznanie wczesnego niezróżnicowanego lub

reumatoidalnego zapalenia stawów. Wykazano, że skłonność do utrzymywania się przetrwałego zapalenia stawów, ewolucji niezróżnicowanego zapalenia stawów do RZS oraz aktywność samego WZS pozytywnie korelują z pewnymi cechami klinicznymi: płcią żeńską, czasem trwania choroby powyżej 12 tygodni, większą liczbą stawów bolesnych i obrzękniętych, zajęciem stawów ręki, palaniem papierosów, podwyższonymi wartościami odczynu Biernackiego (OB) i/lub stężenia białka C-reaktywnego (*C-reactive protein* – CRP), obecnością RF i/lub przeciwciał aCCP, a także ze stwierdzeniem wczesnych nadżerek w badaniu radiologicznym [5]. U części pacjentów już na początku WZS możliwe jest rozpoznanie RZS. Dotyczy to w szczególności chorych z dużą liczbą zajętych stawów (w tym stawów rąk) oraz nieprawidłowościami w badaniach serologicznych (obecność w surowicy RF i/lub aCCP). Aktualnie ostateczną diagnozę RZS stawia się najczęściej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych EULAR/ACR z 2010 r. (tab. 3) [6]. Pozwalają one na bardzo wczesne rozpoznanie choroby, a co za tym idzie – szybkie rozpoczęcie leczenia. Warto zwrócić uwagę, że u pacjenta z zapaleniem powyżej 10 stawów trwającym przynajmniej 6 tygodni możliwe jest rozpoznanie RZS (po wykluczeniu innych przyczyn) nawet przy prawidłowych wynikach badań laboratoryjnych (w tym serologicznych). Ze względu na wysoką specyficzność należy jednak podkreślić ogromną przydatność oznaczania przeciwciał aCCP. Stanowią one marker przewlekłego i aktywnego zapalenia stawów, zostały uwzględnione w najnowszych kryteriach klasyfikacyjnych, a ponadto mogą na wiele lat poprzedzać wystąpienie RZS. Warto o nich pamiętać w codziennej praktyce klinicznej, tym bardziej że znalazły się ostatnio wśród badań refundowanych w POZ.

W przypadkach, w których nie jest możliwe ustalenie rozpoznania wczesnego RZS, należy pamiętać o innych chorobach reumatycznych, które w początkowym okresie mogą przebiegać z zapaleniem nawet pojedynczego stawu. W razie podejrzenia tych schorzeń warto zwrócić uwagę na dodatkowe cechy kliniczne mogące ułatwić ustalenie prawidłowego rozpoznania:

- dna moczanowa – zapalenie pierwszego stawu śródstopno-paliczkowego, silny ból i tkliwość stawu, podwyższone surowicze stężenia kwasu moczowego;
- grupa spondyloartropatii (choroby przebiegające z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych oraz stawów kręgosłupa):

- » zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) – zapalny ból pleców, ograniczenie ruchomości kręgosłupa, nawracające zapalenie tęczy, tęczy,
- » łuszczykowe zapalenie stawów (ŁZS) – łuszczyca plackowata, łuszczyca paznokci, zapalenie przyczepów ścięgien (*enthesitis*), zapalenie tkanek miękkich całego palca (*dactylitis*),
- » zapalenie stawów towarzyszące nieswoistym zapalnym chorobom jelit – współistnienie choroby Leśniowskiego-Crohna lub wrzodziejącego zapalenia jelita grubego;
- toczeń rumieniowaty układowy (TRU) – obecność przeciwciał przeciwjądrowych (*anti-nuclear antibodies* – ANA), leukopenia, uczulenie na światło słoneczne, rumień na twarzy w kształcie motyla, nadżerki błony śluzowej jamy ustnej;
- zespół Sjögrena – obecność ANA, uczucie suchości jamy ustnej i oczu.

### Farmakoterapia WZS – wskazówki praktyczne

Głównym celem terapii przewlekłych chorób układu ruchu jest zwalczanie bólu oraz przywrócenie prawidłowej funkcji zajętych stawów i w konsekwencji poprawa jakości życia. W przypadku WZS efektywna terapia wymaga zawsze skojarzenia farmakoterapii oraz metod niefarmakologicz-

nych [7]. Obowiązują dwie nadrzędne zasady leczenia farmakologicznego:

- możliwie jak najszybsze włączenie leku skutecznie kontrolującego aktywność choroby,
- prowadzenie terapii ukierunkowanej na cel, którym jest osiągnięcie i utrzymanie remisji choroby (strategia *treat to target* – T2T).

Remisja zapalenia stawów może być definiowana jako brak aktywnego zapalenia stawów (*synovitis*) w połączeniu z prawidłowymi wynikami badań laboratoryjnych (OB, CRP).

Rozpoznanie wczesnego RZS (także ŁZS, ZZSK czy TRU) obliuguje do zastosowania leków, które działają przyczynowo (immunosupresyjnie lub immunomodulująco). Odpowiednie i szybkie włączenie tzw. leków modyfikujących przebieg choroby (LMPCh), najczęściej metotreksatu (15–25 mg/tydzień doustnie lub podskórnie), powinno w okresie 3–6 miesięcy doprowadzić do remisji zapalenia stawów, a tym samym zatrzymać postęp choroby i uwolnić pacjenta od bólu [8]. Należy podkreślić, że w przypadku wczesnego RZS to właśnie LMPCh stanowią najskuteczniejszą terapię przeciwbólową (tab. 4). Kliniczna odpowiedź na terapię LMPCh występuje jednak z opóźnieniem od 2 tygodni do nawet 3 miesięcy i w tym okresie, podobnie jak w okresach zaostrzeń, konieczne może się okazać zabezpieczenie pacjenta działającym objawowo niesteroidowym lekiem przeciwzapalnym (NLPZ) lub niską dawką

Tabela 4. Podział i wskazania wybranych leków modyfikujących przebieg choroby (LMPCh)

Grupa leków	Mechanizm działania	Przykłady	Wskazania
klasyczne syntetyczne LMPCh	immunosupresyjne, immunomodulujące	metotreksat (złoty standard terapii RZS)	UChTŁ (szerokie zastosowanie)
		leflunomid	RZS, ŁZS
		sulfasalazyna	RZS
		hydroksychlorochina	RZS, TRU
syntetyczne celowane LMPCh	hamowanie kinaz janusowych	tofacytynib	RZS, ŁZS, ZZSK
		baricytynib	RZS
		upadacytynib	RZS, ŁZS, ZZSK
biologiczne LMPCh (oryginalne oraz biopodobne)	hamowanie TNF- $\alpha$	infliksimab	RZS, ŁZS, ZZSK, SpA
		adalimumab	
		etanercept	
		certolizumab	
		golimumab	
	hamowanie IL-6	tocilizumab	RZS
	hamowanie IL-17	sekukinumab	ŁZS, SpA
	hamowanie limfocytów B	rytuksymab	TRU
belimumab		TRU	

UChTŁ – układowe choroby tkanki łącznej, RZS – reumatoidalne zapalenie stawów, ŁZS – łuszczykowe zapalenie stawów, ZZSK – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, SpA – spondyloartropatie, TRU – toczeń rumieniowaty układowy, TNF- $\alpha$  (tumor necrosis factor  $\alpha$ ) – czynnik martwicy nowotworów  $\alpha$ , IL-6 (-17) – interleukina 6 (17)

kortykosteroidów (prednizon  $\leq 10$  mg/dobę lub metyloprednizolon  $\leq 8$  mg/dobę). W przebiegu spondyloartropatii z dominującym zajęciem kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych (ZZSK, osiowa postać ŁZS) przy dobrej odpowiedzi klinicznej dopuszczalne jest długotrwałe leczenie jedynie NLPZ [9].

U niektórych pacjentów z nieodróżnionym WZS można rozważyć ogólne (doustne, domięśniowe) podanie kortykosteroidów [10]. Wykazano, że u chorych, u których nie stwierdza się ww. czynników ryzyka wystąpienia agresywnej (nadżerkowej) postaci zapalenia stawów, terapia kortykosteroidami może doprowadzić do długotrwałej remisji klinicznej.

### Wczesne zapalenie stawów – nie tylko farmakoterapia

Wysoką skuteczność metod nefarmakologicznych wykazano zarówno w zapalnych, jak i niezapalnych chorobach układu ruchu. Ich wykorzystanie pozwala ograniczyć dawki leków, przede wszystkim NLPZ, a co za tym idzie – poprawia bezpieczeństwo terapii. Interwencje nefarmakologiczne obejmują:

- edukację pacjenta i rodziny – wyjaśnienie istoty choroby, objawów i możliwości terapeutycznych a także zachęcenie do zmiany stylu życia (dieta, aktywność fizyczna, rzucenie palenia) [11];
- kinezyterapię i podnoszenie ogólnej sprawności fizycznej. Kinezyterapia, w tym systematyczna gimnastyka w domu, odgrywa podstawową rolę w walce z bólem w chorobach układu ruchu. Inne polecane formy aktywności fizycznej to pływanie i ćwiczenia w wodzie, ćwiczenia rozciągające i izometryczne, aerobik, spacer, *nordic walking* czy jazda na rowerze. Celem kinezyterapii jest poprawa koordynacji ruchowej, ruchomości zajętych stawów, zmniejszenie napięcia mięśniowego oraz zwiększenie wydolności fizycznej. Ćwiczenia wzmacniają ponadto mięśnie, aparat ścięgnisto-więzadłowy i stymulują remodeling tkanki kostnej (profilaktyka osteoporozy). Aktywność fizyczna powinna być dostosowana do aktualnej wydolności pacjenta, mieć umiarkowane natężenie i nie powinna nadmiernie przeciążać stawów (optymalnie pod kontrolą rehabilitanta lub trenera);
- redukcję masy ciała u pacjentów z otyłością lub nadwagą;
- zaopatrzenie ortopedyczne (wkładki korygujące szpotawość lub koślawość, stabilizatory, laski, kule itp.);
- zabiegi fizykoterapii wykorzystujące bodźcowe działanie pola magnetycznego, pola elektrycz-

nego, fal ultradźwiękowych, światła (promieniowanie podczerwone, laser), wysokiej bądź niskiej temperatury mogą przynieść istotny efekt przeciwbólowy.

Metodą znajdującą się na pograniczu farmakoterapii oraz działań nefarmakologicznych jest aplikacja NLPZ w postaci zewnętrznej (żel, plaster). Ten rodzaj terapii polecany jest szczególnie w przypadku małych i średnich stawów, a jej skuteczność wzrasta wraz z długością i systematycznością stosowania. Aplikowanie miejscowe często jest jedyną możliwą formą stosowania NLPZ u pacjentów w podeszłym wieku oraz z przeciwwskazaniami do leczenia ogólnego (wysokie ryzyko kardologiczne, gastrologiczne, niewydolność nerek). Wykorzystanie preparatów miejscowych u pacjentów z zapalnym bólem stawów (najczęściej diklofenak, ketoprofen) umożliwia redukcję o ok. 40% stosowanych jednocześnie doustnych NLPZ [12].

### Wczesne zapalenie stawów – najważniejsze rozpoznanie w reumatologii XXI wieku

Obecnie zdaliśmy sobie sprawę, że kilka pierwszych tygodni lub miesięcy – czyli WZS – stanowi najważniejszy rokowniczo czas w całym przebiegu przewlekłego zapalenia stawów, przede wszystkim RZS. Jest to, jak wspomniano wyżej, okres tzw. okna terapeutycznego, w którym rozpoczęcie leczenia immunosupresyjnego ma podstawowe znaczenie dla kontroli objawów choroby w przyszłości. Wykazano, że opóźnienie włączenia LMPCh (zwykle metotreksatu) powyżej 12 tygodni u pacjentów z WZS skutkuje 87-procentowym wzrostem ryzyka braku możliwości utrzymania remisji klinicznej po zaprzestaniu terapii oraz o 30% większą destrukcją stawów po 6 latach trwania choroby [13].

Rozpoczęcie leczenia RZS w okresie okna terapeutycznego umożliwia:

- szybsze uzyskanie stabilnej remisji choroby,
- utrzymanie długotrwałej remisji nawet po odstawieniu leków,
- spowolnienie postępu zmian destrukcyjnych w stawach,
- redukcję ryzyka pozastawowych (narządowych) powikłań choroby, w tym związanych z przyspieszoną miażdżycą (choroby układu sercowo-naczyniowego),
- skuteczniejszą profilaktykę niepełnosprawności oraz absencji zawodowej.

Rozpoczęcie właściwej farmakoterapii w okresie WZS napotyka jednak trudności w związku z pod-



stępnym i powolnym w wielu przypadkach rozwojem choroby oraz barierami administracyjno-organizacyjnymi w opiece zdrowotnej. Stąd kluczowa rola lekarza rodzinnego w wykrywaniu wczesnego zapalenia stawów, ocenie czynników ryzyka przewlekłej nadżerkowej postaci choroby (RZS) oraz odpowiednio szybkim kierowaniu pacjentów do poradni reumatologicznej. Należy podkreślić, że opiekę nad pacjentem z przewlekłym zapaleniem stawów zawsze powinien sprawować (koordynować) reumatolog. W gestii reumatologa pozostaje wykonanie oraz interpretacja specjalistycznych badań laboratoryjnych i obrazowych. To właśnie reumatolog posiada wiedzę i doświadczenie, które umożliwiają inicjację oraz bezpieczne prowadzenie leczenia immunosupresyjnego, także z użyciem leków biologicznych. Problem opóźnienia w rozpoczęciu terapii WZS znalazł wyraz w opracowanym wspólnie przez Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie oraz Ministerstwo Zdrowia programie kompleksowej opieki nad pacjentem z WZS [14]. Pilotaż projektu „Kompleksowa opieka nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów – KOWZS” wraz ze zmianą wycen procedur w reumatologii zaczął obowiązywać od 1 stycznia 2023 r. Program będzie prowadzony na razie tylko w ośmiu wyspecjalizowanych ośrodkach, a jego cel to kierowanie pacjentów z WZS na szybką ścieżkę diagnostyczną oraz objęcie ich kompleksową opieką reumatologiczną w ciągu pierwszych 12 tygodni choroby. Należy wierzyć, że sukces pilotażu przyczyni się do szybkiego wdrożenia programu bądź jego kluczowych elementów w całej Polsce.

#### Piśmiennictwo

- Raja SN, Carr DB, Cohen M i wsp. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020; 161: 1976-1982.
- Orlowsky EW, Kraus VB. The role of innate immunity in osteoarthritis: when our first line of defense goes on the offensive. *J Rheumatol* 2015; 42: 363-371.
- Kwiatkowska B. Wstępna diagnostyka i leczenie wczesnego zapalenia stawów przez lekarzy rodzinnych. *Terapia* 2021; 11: 62-69.
- van Steenberg HW, Aletaha D, Beart-van de Voorde LJ i wsp. EULAR definition of arthralgia suspicious for progression to rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2017; 76: 491-496.
- Ajeganova S, Catrina AI, Huizinga TWJ. Early arthritis: diagnosis and management. W: EULAR Textbook on Rheumatic Diseases. 3rd Ed. Bijlsma JWJ, Hachulla E (eds.). BMJ Publishing Group Ltd, 2018.
- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ i wsp. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 2569-2581.
- Combe B, Landewe R, Daien CI i wsp. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis* 2017; 76: 948-959.
- Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ i wsp. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis* 2020; 79: 685-799.
- Ortolan A, Webers C, Sepriano A i wsp. Efficacy and safety of non-pharmacological and non-biological interventions: a systematic literature review informing the 2022 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2022; ard-2022-223297.
- Verstappen SM, McCoy MJ, Roberts C i wsp. Beneficial effects of a 3-week course of intramuscular glucocorticoid injections in patients with very early inflammatory polyarthritis: results of the STIVEA trial. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 503-509.
- Daien CI, Hua C, Combe B i wsp. Non-pharmacological and pharmacological interventions in patients with early arthritis: a systematic literature review informing the 2016 update of EULAR recommendations for the management of early arthritis. *RMD Open* 2017; 3: e000404.
- Derry S, Conaghan P, Da Silva JA i wsp. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 4: CD007400.
- van der Linden MP, le Cessie S, Raza K i wsp. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 3537-3546.
- <https://www.mp.pl/reumatologia/aktualnosci/308286,pilotaz-kompleksowej-opieki-w-reumatologii>. Dostęp: 10.11.2022.

#### Adres do korespondencji:

dr n. med. Robert Rupiński  
Rheuma Medicus  
ul. Pruszkowska 6  
02-118 Warszawa  
e-mail: r.rupinski@rheuma-medicus.pl