

# Reumatoidalne zapalenie stawów

Raport „Codzienność z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Wiedza, postawy i psychospołeczne doświadczenia osób z RZS” powstał z inicjatywy firmy KnowPR, która jest jego wydawcą, we współpracy z Ogólnopolską Federacją Stowarzyszeń Reumatyków „REF”. Autorem raportu jest dr Tomasz Sobierajski z Uniwersytetu Warszawskiego. Wyniki przeprowadzonego badania ankietowego, na podstawie którego został opracowany raport, opatrzone są komentarzami Jolanty Grygielskiej, prezes Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Reumatyków „REF”. Raport został również oceniony przez prof. Brygidę Kwiatkowską, która opatrzyła go merytorycznym wstępem.

Patronatów udzielili także konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii – prof. Marek Brzosko, Polskie Towarzystwo Reumatologiczne oraz Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.

## Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to przewlekła zapalna układowa choroba tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. Etiologia RZS nie została dotychczas wystarczająco poznana, a w patogenezie tego schorzenia odgrywają rolę czynniki genetyczne i środowiskowe (np. palenie tytoniu). Choroba charakteryzuje się zapaleniem przeważnie symetrycznych stawów, głównie drobnych stawów rąk i stóp – pojawia się bolesność stawu podczas ucisku, obrzęk stawu i tkanek okołostawowych, wysięk w stawie, bez zaczerwienienia skóry. Bólom i obrzękom stawów towarzyszy sztywność poranna wywołana gromadzeniem się płynu obrzękowego w zmienionych zapalnie tkankach podczas snu. Ponadto obserwuje się występowanie zmian ogólnoustrojowych – stany podgorączkowe, bóle mięśni, uczucie zmęczenia, brak łaknienia, utrata masy ciała.

**Tabela 1.** Kryteria rozpoznania RZS zgodnie z ACR/EULAR z 2010 r.

A. Zajęcie stawów	Liczba punktów
1 duży staw	0
2–10 dużych stawów	1
1–3 małe stawy (z lub bez zajęcia dużych stawów)	2
4–10 małych stawów (z lub bez zajęcia dużych stawów)	3
> 10 stawów (co najmniej 1 mały staw)	5
B. Testy serologiczne	
negatywny wynik RF i ACPA	0
dodatni wynik w niskim mianie: RF lub ACPA	2
dodatni wynik w wysokim mianie: RF lub ACPA	3
C. Wskaźniki ostrej fazy	
prawidłowe wartości CRP i OB	0
nieprawidłowe wartości CRP lub OB	1
D. Czas trwania objawów	
< 6 tygodni	0
> 6 tygodni	1

RZS można rozpoznać przy sumie punktów  $\geq 6$ .

## Epidemiologia

Choroba 3-krotnie częściej dotyka kobiet, a szczyt jej występowania przypada między 30. a 50. rokiem życia. U ok. 10–20% chorych choroba rozpoczyna się po 65. roku życia i różnica między zachorowalnością kobiet i mężczyzn jest znacznie mniejsza niż w przypadku RZS u młodych osób. Choroba dotyka 0,5–1,5% populacji ludzi dorosłych. W Polsce szacuje się, że dotyczy 0,9% populacji ludzi dorosłych.

## Diagnostyka

Diagnostyka RZS opiera się na stwierdzeniu bólu i obrzęku (zapalenia) stawów, ich lokalizacji i rodzaju zajętych stawów, czasie trwania zapalenia stawów oraz podwyższonych parametrów laboratoryjnych aktywności choroby, takich jak odczyn opadania krwinek (OB) i białka ostrej fazy (CRP), a także obecności autoprzeciwciał występujących w tej chorobie, takich jak czynnik reumatoidalny (RF) i przeciwciała przeciwcytrulinowe (anty-CCP, anty-ACPA).

Wszystkie te parametry mieszczą się w najnowszych kryteriach diagnostycznych RZS wspólnych dla Europejskiej Ligi Reumatycznej (EULAR) i Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (ACR) z 2010 r. (tab. 1).

## Leczenie

Stosowana terapia powinna być oparta na wspólnej decyzji pacjenta i lekarza.

**Leczenie RZS jest oparte na trzech głównych zasadach:**

- 1) ustalenie rozpoznania i włączenie leczenia w ciągu 12 tygodni od pierwszych objawów choroby,
- 2) dobór terapii poprzez stałą kontrolę samopoczucia chorego i aktywności choroby, tak aby jak najszybciej uzyskać remisję choroby, a kiedy to jest niemożliwe – niską aktywność choroby,
- 3) monitorowanie bezpieczeństwa stosowanego leczenia i schorzeń współistniejących.

Ostatnie lata badań nad RZS udowodniły, że skuteczność stosowanego leczenia, bez względu na rodzaj leku, uzależniona jest od długości trwania choroby. Dla RZS stworzono pojęcie tzw. okna terapeutycznego, tzn. czasu, w którym zastosowanie leczenia daje choremu największe szanse na osiągnięcie remisji, czyli

całkowitego zahamowania postępu choroby, a co za tym idzie – utrzymanie pełnej sprawności. Czas ten został zdefiniowany na 12 tygodni. Wiele badań prowadzonych jest nawet na wcześniejszym etapie choroby i włączenia terapii i dotyczy tzw. stanów przedklinicznych RZS, kiedy istnieje duże prawdopodobieństwo zachorowania, a nie stwierdza się jeszcze typowych objawów klinicznych RZS. Według definicji EULAR są to osoby, u których ktoś w rodzinie (w pierwszej linii pokrewieństwa) chorował na RZS, u których występuje ból stawów rąk – stawów śródrečno-palcowych, ze sztywnością poranną trwającą ponad godzinę, i u których stwierdza się dodatni test uciskowy. Do czynników dających ryzyko rozwoju RZS należy również obecność przeciwciał anti-CCP. Niemniej jednak nie ma aktualnie zaleceń, aby tę grupę jeszcze zdrowych osób leczyć profilaktycznie.

**Do leków stosowanych w terapii RZS zalicza się:**

- 1) klasyczne syntetyczne leki modyfikujące przebieg choroby – ksLMPCh (metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna, hydroksychlorochina),
- 2) celowane syntetyczne leki modyfikujące przebieg choroby – csLMPCh (baricitinib, tofacitinim – w Polsce jeszcze nierefundowane),
- 3) biologiczne leki modyfikujące przebieg choroby – bLMPCh:
  - inhibitory TNF-alfa (infliksimab, adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab),
  - inhibitor IL-6 (tocilizumab),
  - bloker cząstki CD80 i CD86 na powierzchni komórek prezentujących antygen (abatacept – w Polsce nierefundowany),
  - przeciwciało monoklonalne przeciw limfocytom B CD20 (rituksimab),
- 4) biopodobne leki modyfikujące przebieg choroby (aktualnie dostępne są leki biopodobne dla infliksimabu, etanerceptu i adalimumabu).

Do leków najważniejszych w leczeniu tej choroby i stosowanych w pierwszej kolejności należy metotreksat. Lek ten cechuje duże bezpieczeństwo i skuteczność (zwłaszcza we wczesnej fazie choroby). Dodatkowym pozytywnym efektem metotreksatu jest jego działanie przeciwmiażdżycowe. Jest to o tyle ważne, że miażdżycą, będącą chorobą o podłożu zapalnym, rozwija się niezwykle szybko u chorych na RZS i jest przyczyną przedwczesnego zgonu z powodu powikłań sercowo-naczyniowych. Wykazano, że chorzy przyjmujący metotreksat rzadziej umierają z powodu tych powikłań i żyją dłużej niż chorzy niestosujący tego leku. Lek ten zwiększa skuteczność leków biologicznych i powinien być stosowany razem z nimi. Dawka skuteczna metotreksatu to 25–30 mg przyjmowane raz w tygodniu.

W przypadku przeciwwskazań do stosowania metotreksatu lub jego nietolerancji można stosować inne leki z tej grupy pojedynczo lub w terapii skojarzonej, z wyjątkiem hydroksychlorochiny, która powinna być

stosowana tylko w terapii skojarzonej ze względu na słabą siłę działania.

Glikokortykosteroidy (GKS) powinny być stosowane tylko na początku leczenia, w małych dawkach i nie dłużej niż 6 miesięcy. Zastosowanie glikokortykosteroidów wraz z metotreksatem jako terapii inicjującej zwiększa szansę chorego na uzyskanie remisji i dlatego jest rekomendowane. Nie zaleca się stosowania glikokortykosteroidów przez okres dłuższy niż 6 miesięcy ze względu na objawy niepożądane, takie jak zwiększone ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych i zgonu zależne od stosowanej dawki i czasu przyjmowania oraz ryzyko nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, osteoporozy, zaćmy, jaskry i szeregu innych schorzeń.

Jeżeli leczenie 2 klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby jest nieskuteczne, należy niezwłocznie zastosować leki biologiczne lub biopodobne, lub celowane syntetyczne leki modyfikujące przebieg choroby (w Polsce jeszcze nierefundowane). W przypadku nieskuteczności jednego leku biologicznego lub biopodobnego wymienia się go na inny, przy czym w terapii można zastosować 2 inhibitory TNF-alfa, tocilizumab lub abatacept (w Polsce nierefundowany), zaś rituksimab jest lekiem ostatniej linii – stosuje się go, kiedy dotychczasowe leczenie jest nieskuteczne.

Zmiany leków i stosowana terapia powinny być ukierunkowane na uzyskanie remisji lub niskiej aktywności choroby i na jej utrzymanie.

**Jednym z najważniejszych elementów skutecznego leczenia tej choroby jest:**

- dobra współpraca między pacjentem i lekarzem,
- wykrywanie i monitorowanie schorzeń współistniejących, m.in. takich jak: depresja, fibromialgia, choroby sercowo-naczyniowe, choroby płuc, cukrzyca,
- zmniejszenie wpływu czynników środowiskowych wpływających negatywnie na przebieg choroby, takich jak: otyłość, palenie tytoniu, infekcje w obrębie jamy ustnej (parodontoza),
- stosowanie diety śródziemnomorskiej jako jedynej o udokumentowanym działaniu przeciwzapalnym,
- suplementacja witaminy D,
- stała rehabilitacja.

### Metodologia badania

Reumatoidalne zapalenie stawów jest przewlekłą, bolesną, układową chorobą tkanki łącznej o podłożu immunologicznym<sup>1</sup>. Jest to choroba, która charakteryzuje się progresywnym niszczeniem stawów i uporczywym bólem. Przyczyny zachorowania na RZS nie są do końca znane, a „w patogenezie tego schorzenia rolę odgrywają takie czynniki, jak: zakażenie, czynniki genetyczne, środowiskowe”<sup>2</sup>, przy czym według szacunków czynniki genetyczne są przyczyną choroby w 50–60%<sup>3</sup>.

RZS „charakteryzuje się zapaleniem przeważnie symetrycznych stawów, uczuciem sztywności porannej stawów powodującej ograniczenie w codziennym

funkcjonowaniu, mogą także wystąpić takie objawy ogólne, jak: gorączka, stany podgorączkowe, ogólne osłabienie, przewlekłe zmęczenie, zmniejszenie masy ciała; osłabienie może wynikać z pogłębiającej się niedokrwistości”<sup>4</sup>. RZS dotyka osoby w różnym wieku, przy czym najczęściej choroba rozpoznawana i diagnozowana jest u osób w wieku produkcyjnym, między 30. a 50. rokiem życia. Choroba może w dużym stopniu wpływać na ograniczenie lub nawet niemożność pełnienia określonych ról społecznych, takich jak rola pracownika czy rodzica. Przebieg choroby jest trudny do przewidzenia i nierzadko towarzyszy jej depresja i wyłączenie z głównego nurtu społecznego. Jak pokazało wiele badań realizowanych na całym świecie, duże znaczenie w procesie terapeutycznym dla osób z RZS ma nie tylko forma terapii, która jest przez nich stosowana, ale również umiejętność radzenia sobie z emocjami na polu psychologicznym i społecznym. Mowa tu m.in. o akceptacji choroby, poczuciu wykluczenia, możliwości realizacji codziennych zadań w życiu prywatnym i zawodowym, a także poziomu świadomości (wiedzy) tego, czym RZS jest jako choroba, jakie niesie ze sobą konsekwencje i jaki ma wpływ na osobę chorą i jej otoczenie. Z tego powodu ważną wydała się socjologiczna eksploracja środowiska osób z RZS i poznanie postaw, wiedzy i doświadczeń związanych z chorobą.

### Cel badania i pytania badawcze

Celem badania było poznanie postaw, wiedzy i doświadczeń osób z RZS związanych z chorobą w odniesieniu do środowiska społecznego, w którym chorzy funkcjonują na co dzień.

W toku procesu przygotowawczego, służącego realizacji badań właściwych, postawiono szereg pytań badawczych, na które szukano odpowiedzi w czasie realizacji badania.

#### Przykładowe pytania badawcze:

Jaki jest stan wiedzy osób z RZS na temat choroby, stosowanej terapii? Jak wyglądał proces wyboru danej terapii?

Z jakich źródeł wiedzy i w jakim stopniu korzystają osoby z RZS w celu zdobycia informacji o chorobie? Jaki jest stosunek osób z RZS do choroby?

Jak choroba wpływa na codzienne społeczne funkcjonowanie osób z RZS? W jakim stopniu choroba zmieniła życie osób z RZS?

Czy osoby z RZS spotykają się z dyskryminacją ze względu na chorobę?

Na ile choroba wymusiła zmiany w życiu osób z RZS?

### Metoda i technika badania

Cel badania, pytania badawcze, a także wiedza ekspercka osób zaangażowanych w przygotowanie pytań posłużyły do konstrukcji kwestionariusza ankiety. Badanie właściwe zostało poprzedzone konsultacjami na-

rzędzia z ekspertami medycznymi oraz osobami z RZS. W wyniku tych konsultacji wprowadzono nieznaczne zmiany w kwestionariuszu. W finalnym kwestionariuszu ankiety znalazło się łącznie 15 pytań, w tym: 4 pytania metryczkowe, 9 pytań zamkniętych (w tym 2 pytania z możliwością wielokrotnego wyboru) i 2 pytania otwarte.

Badanie właściwe trwało miesiąc i było realizowane od 2 stycznia do 2 lutego 2019 r. Zebrane dane z badania zostały zagregowane i włączone do wspólnej dla wszystkich respondentów bazy danych, a następnie poddane zostały obróbce statystycznej i analizie socjologicznej.

W badaniu wzięło udział 619 osób, które samodzielnie odpowiadały na pytania zawarte w kwestionariuszu. Badanie zostało zrealizowane metodą o charakterze ilościowym z zastosowaniem techniki CAWI (*Computer Assisted Web-Interview*), polegającej na samodzielnym wypełnieniu kwestionariusza on-line, a także – w 10% ogólnej puli badanych – z zastosowaniem techniki PAPI (*Paper and Pencil Interview*), w ramach której badani otrzymali papierowe kwestionariusze, które wypełniali samodzielnie. Włączenie PAPI jako techniki badania miało na celu poznanie postaw najstarszych osób z RZS, które nie mogłyby z racji cyfrowego wykluczenia wypełnić kwestionariusza on-line. Badanie miało charakter anonimowy i poufny.

### Charakterystyka demograficzna osób z RZS

RZS jest najczęstszą zapalną chorobą reumatyczną, na którą może zachorować każdy w każdym wieku, choć szczyt zachorowań przypada na okres między 40. a 50. rokiem życia. Według danych z 2015 r. częstość występowania RZS w Polsce wynosi 0,9%, przy czym dla kobiet wynosi 1,06%, a dla mężczyzn 0,7%<sup>5</sup>. Warto zaznaczyć, że w skali globalnej (na podstawie danych z 40 krajów)<sup>6</sup> częstotliwość występowania RZS wynosi 0,24% dla osób między 5. a 100. rokiem życia. W przypadku kobiet wskaźnik występowania choroby jest trzykrotnie wyższy niż w przypadku mężczyzn – 0,35% dla kobiet i 0,13% dla mężczyzn<sup>7</sup>. Zatem liczba zachorowań na RZS w Polsce jest cztero-, a nawet pięciokrotnie wyższa niż średnia liczba zachorowań na świecie.

Szacuje się, że rocznie liczba osób z nowo rozpoznanym RZS w krajach europejskich oscyluje wokół 27,5 na 100 000 osób. W przypadku mężczyzn diagnozuje się 5–30 osób mających RZS na każde 100 000 osób rocznie, w przypadku kobiet 11–56 osób mających RZS na każde 100 000 osób rocznie<sup>8</sup>. Roczna zapadalność na RZS w Polsce wyniosła w 2018 r. 10 675 osób, w tym zdiagnozowano 3284 mężczyzn i 7391 kobiet<sup>9</sup>. Przyjmując, że na RZS choruje ok. 1% Polaków, to odnosząc to do całkowitej populacji, na RZS choruje w Polsce ok. 380 000 osób. Jednak warto zaznaczyć, że „dostęp do danych epidemiologicznych odnoszących się do chorób reumatycznych dla Polski jest bardzo ogra-

niczony – dotyczy to zarówno źródeł pierwotnych, jak i wtórnych<sup>10</sup>, ponieważ dostępne rejestry mają swoje ograniczenia wynikające z ich charakteru: rozliczeniowy – rejestr Narodowego Funduszu Zdrowia, wsobny – ewidencja leczenia biologicznego, hospitalizacyjny – rejestr Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny<sup>11</sup>. Jak zauważają badacze przedmiotu, dane GUS z raportu „Stan Zdrowia Polaków” z 2009 r., w których 8% dorosłej populacji Polaków deklaruje, że choruje na reumatoidalne zapalenie stawów, są zawyżone, ponieważ opierają się na deklaracjach respondentów, a nie na zewidencjonowanych diagnozach lekarzy specjalistów<sup>12</sup>.

### Charakterystyka demograficzna badanych

Zdecydowaną większość respondentów stanowiły kobiety (90%), co dziesiąty (10%) badany był mężczyzną.

Co dziewiąty (11%) badany zaliczał się do najmłodszej grupy wiekowej (18–30 lat). Trzech na czterech badanych (29%) było w wieku 31–45 lat. Najliczniejszą grupę – co trzeci badani (34%) – stanowiły osoby między 46. a 60. rokiem życia. Co czwarta (24%) badana osoba miała 61–75 lat. Kilkanaście osób (2%) miało więcej niż 76 lat.

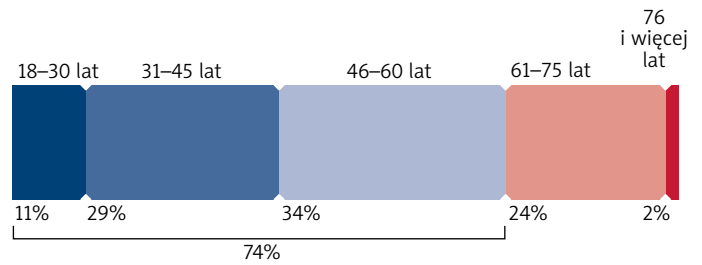
#### KOMENTARZ

Warto odnotować, że wśród respondentów 40% uczestników badania miało nie więcej niż 45 lat, a więc były to osoby w okresie największej aktywności zawodowej i rodzinnej. W tej grupie ponad jedną trzecią stanowili młodzi dorośli do 30. roku życia. Te osoby były w okresie inwestowania w życie – okres zdobywania wykształcenia, rozpoczynania kariery zawodowej, wchodzenia w związki. Należy zwrócić również uwagę, że 74% respondentów, a więc prawie 3/4, jest w wieku produkcyjnym. Przy postępującej aż do niepełnosprawności chorobie głównym dylematem jest: pracować czy przejść na rentę inwalidzką. (JG)

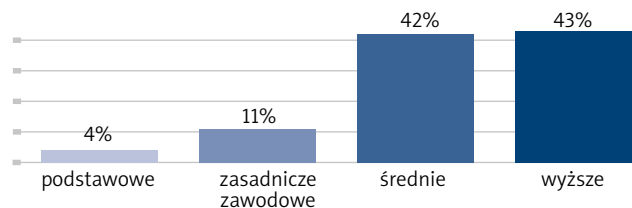
Znakomita większość badanych (85%) miała wykształcenie średnie i wyższe, przy czym wykształcenie średnie zadeklarowało 42% badanych, a wykształcenie wyższe 43% badanych. Wykształcenie zasadnicze zawodowe miał co dziewiąty (11%) badany, a podstawowe 4% badanych.

#### KOMENTARZ

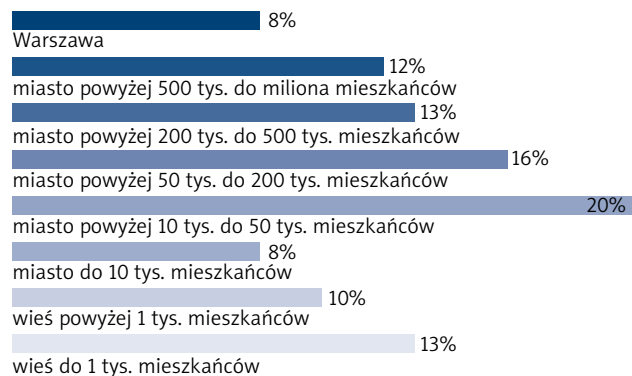
Respondenci byli lepiej wykształceni niż nasze społeczeństwo. W Polsce według danych za 2016 r. wskaźnik osób z wykształceniem co najmniej średnim wyniósł 60,1%, w tym z wyższym wykształceniem 25,2% ludności. Warto odnotować, że wskaźnik osób z wyższym wykształceniem wśród kobiet był wyższy i wynosił 30,1%, co i tak jest niższym wskaźnikiem prawie o 13 punktów procentowych od wskaźnika respondentów, w znaczącej większości kobiet. (JG)



Wykres 1. Wiek badanych



Wykres 2. Wykształcenie badanych



Wykres 3. Miejsce zamieszkania badanych

Reprezentacja badanych, jeśli chodzi o miejsce zamieszkania, była bardzo zróżnicowana. Na wsi mieszka co czwarty badany (23%), z czego 13% mieszka w małej wsi do 1 tys. mieszkańców, a 10% w dużej wsi powyżej 1 tys. mieszkańców. W małych miasteczkach do 50 tys. mieszkańców mieszka co czwarty (28%) badany, z czego 8% mieszka w mieście do 10 tys. mieszkańców, a 20% w mieście od 10 tys. do 50 tys. mieszkańców. W średniej wielkości mieście – od 50 tys. do 200 tys. mieszkańców mieszka 16% ogółu badanych. Co trzecia (33%) badana osoba mieszka w dużym mieście, z czego 13% mieszka w mieście od 200 tys. do 500 tys. mieszkańców, 12% w mieście od 0,5 mln do 1 mln mieszkańców i 8% ogółu badanych mieszka w mieście powyżej 1 mln mieszkańców, czyli w Warszawie.

#### KOMENTARZ

Struktura miejsca zamieszkania różni się nieznacznie od struktury miejsca zamieszkania ludności w Polsce. Na wsi w naszym kraju mieszka prawie 40% osób. W małych miastach mieszka 24% ludności – z tego w tych do 10 tys. ludności – 6%. W średniej wielkości



miastach mieszka 16% ludności Polski, a w dużych – 20%. Należy jednak podkreślić zróżnicowanie miejsca zamieszkania respondentów. W przypadku miejsca zamieszkania może to mieć wpływ na dostęp do opieki reumatologicznej, która zazwyczaj skupiona jest w dużych miastach, a w dalszej kolejności w miastach powiatowych. (JG)

W grupie badanych znajdowały się osoby, które chorują na RZS (w rozumieniu: zostały zdiagnozowane) od kilku miesięcy, jak i takie, które chorują od ponad 40 lat. Co szósta (17%) badana osoba choruje na RZS krótko, do 2 lat; co czwarta (24%) 3–5 lat, co siódma (14%) 6–9 lat; co szósta (16%) 10–14 lat; co dziewiąta (11%) 20–24 lata; co czternasta (7%) 20–24 lata, a co jedenasta (9%) 25 lat i więcej. W sumie nie dłużej niż 10 lat choruje ponad połowa (55%) badanych. Średnia liczba lat trwania choroby u badanych to 10,4 roku, czyli 123 miesiące.

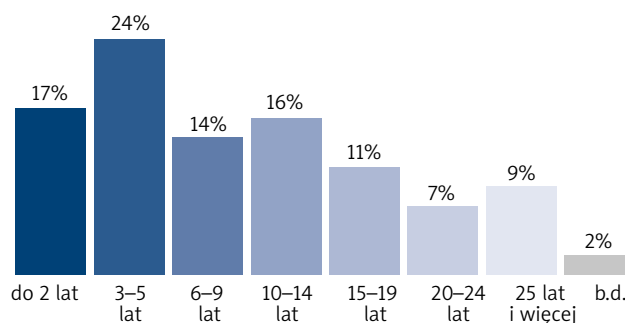
#### KOMENTARZ

Okres trwania choroby ma wpływ na postawę samych chorych. W początkowym okresie chorowania poszukuje się potwierdzenia diagnozy i sposobu na wyleczenie się. Jest to czas, w którym jest szansa na spowolnienie postępu choroby poprzez rozpoczęcie odpowiedniego leczenia. Nieprzyjęcie diagnozy, zaprzeczanie istnieniu choroby odbiera bezpowrotnie tę szansę. Jak pokazują badania, jest to najbardziej kosztowny okres choroby. Są to m.in. koszty medyczne związane z diagnostyką, ale także koszty ponoszone przez samych chorych w celu potwierdzenia diagnozy i wyleczenia się z choroby. Drugim okresem generującym znaczące koszty jest okres od 10 lat chorowania. Tu ze względu na postęp choroby konieczne są wyższe koszty m.in. usprawniających zabiegów operacyjnych. Część chorych zmęczona długim chorowaniem i niezadowolającymi efektami leczenia poszukuje cudownych terapii. Zarówno okres początków choroby, jak i długi staż chorobowy mogą prowadzić do stanów depresyjnych, zwłaszcza przy agresywnym przebiegu choroby. Trzeba zaznaczyć, że RZS to nie tylko choroba stawów, ale też całego organizmu. (JG)

#### Choroby współistniejące

Do chorób współistniejących z RZS, które wpływają znacząco na życie i codzienne funkcjonowanie osób z RZS, zalicza się szereg powikłań, w tym:

- zwiększone ryzyko zawału serca, które „u kobiet chorych na RZS jest porównywalne do ryzyka u mężczyzn, natomiast jest 2-krotnie częstsze w porównaniu z ogólną populacją kobiet”<sup>13</sup>, a w pierwszych latach choroby ryzyko zawałów serca zwiększa się o 60%<sup>14</sup>;

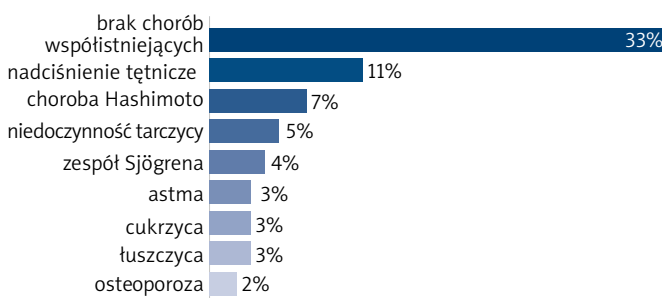


Wykres 4. Okres trwania choroby

- zwiększone (3-krotnie) ryzyko zakrzepicy żyłnej kończyn dolnych<sup>15</sup>;
- zwiększone (2-krotnie) ryzyko zatorowości płuc<sup>16</sup>;
- zwiększone (8-krotnie) ryzyko wystąpienia choroby śródmiąższowej płuc<sup>17</sup>;
- zwiększone (2,5-krotnie) ryzyko zachorowania na chłoniaki nieziarnicze<sup>18</sup>;
- zaburzenia funkcjonowania nerek;
- amyloidozę;
- osteoporozę posteroiową;
- nadciśnienie tętnicze;
- cukrzycę;
- jaskrę, zaćmę oraz inne choroby oczu.

Należy zwrócić uwagę na to, że deklaracje respondentów i ich wiedza na temat chorób współistniejących z RZS mogą rozbiegać się z danymi epidemiologicznymi, a także diagnozowaniem chorób współistniejących przez lekarzy. To, jak duży wpływ na odsetek chorób współistniejących z RZS może mieć postawienie lub niepostawienie diagnozy lekarskiej, pokazują przekrojowe, międzynarodowe badania COMORA, w ramach których przeanalizowano dane blisko 4 tys. osób z RZS z 17 krajów, z pięciu kontynentów. Dla przykładu – najczęstszą chorobą współistniejącą wykazaną w tym badaniu była depresja (stwierdzona u 15% ogółu badanych), przy czym diagnozowano ją u 2% badanych w Maroku i aż u 33% badanych w USA; incydenty sercowo-naczyniowe zdiagnozowano u 1% osób z RZS w Maroku i u 33% badanych osób z RZS na Węgrzech; nowotwory lite zdiagnozowano u 0,3% osób z RZS w Egipcie i u 12,5% osób z RZS w USA<sup>19</sup>.

Dwie trzecie badanych (67%) zadeklarowało, że ma choroby współistniejące z RZS. Najczęściej wskazy-



Wykres 5. Proszę wymienić choroby współistniejące z RZS, na które Pani/Pan choruje

wanymi chorobami współistniejącymi wymienianymi przez badanych były nadciśnienie tętnicze (11%), choroba Hashimoto (7%), niedoczynność tarczycy (5%), zespół Sjögrena (4%), astma (3%), cukrzyca (3%), łuszczyca (3%), osteoporoza (2%). Pozostałe choroby były wymieniane przez badanych w kilku przypadkach, co znamionuje szeroki wachlarz chorób współistniejących z RZS. Jednocześnie w co trzecim (37%) przypadku wśród osób, które deklarują, że chorują na choroby współistniejące z RZS, tych chorób jest więcej niż jedna. W grupie, która deklaruje, że nie ma żadnych chorób współistniejących z RZS, blisko połowę (47%) stanowią osoby, które chorują nie więcej niż 5 lat, choć co szósta (18%) osoba choruje 15 lat i więcej.

Statystyczny portret respondenta w zaprezentowanym badaniu to kobieta między 30. a 60. rokiem życia, mieszkająca w mieście średniej wielkości, ze średnim lub wyższym wykształceniem, chorująca na RZS mniej niż 10 lat, mająca co najmniej jedną chorobę współistniejącą z RZS.

#### KOMENTARZ

Wystąpienie choroby współistniejącej powoduje dodatkowe problemy. Często są to choroby podobnie jak RZS autoimmunologiczne, czyli związane z nieprawidłowym funkcjonowaniem układu odpornościowego. Kolejna choroba wymaga nowego podejścia do własnego zdrowia, wprowadzenia dodatkowej dyscypliny, jak to ma miejsce chociażby w przypadku cukrzycy. Część chorób współistniejących wiąże się ze zmianą diety, co pozwoli na w miarę normalne funkcjonowanie. Choroby współistniejące to dodatkowe leki, które powinny być skonsultowane ze wszystkimi specjalistami leczącymi „swoje choroby”, aby nie doszło do polipragmazji (wielolekowości), która może zagrozić zdrowiu osoby leczonej – ryzyko zatrucia lekowego. Wystąpienie choroby współistniejącej może być skutkiem ubocznym leczenia RZS. Znana jest osteoporoza posteroidea występująca po długim okresie stosowania dużych dawek glikokortykosteroidów w celu umożliwienia choremu w miarę normalnego funkcjonowania. Niektóre leki, jak np. niesteroidowe leki przeciwzapalne, stosowane zbyt długo i w nadmiarze mogą niekorzystnie wpłynąć na funkcjonowanie układu pokarmowego. (JG)

#### Terapia w RZS

Leczenie RZS ma charakter kompleksowy, a jego bardzo ważnym składnikiem – obok rehabilitacji – jest leczenie farmakologiczne, które powinno być rozpoczęte w ciągu 6–12 tygodni od wystąpienia pierwszych objawów choroby. To tzw. okno terapeutyczne jest najsilniejszym predyktorem osiągnięcia remisji<sup>20</sup>. Najważniejsze w leczeniu RZS są: klasyczne leki modyfikujące przebieg choroby (kLMPCCh), do których zalicza się



\*Możliwość wyboru wielu odpowiedzi

**Wykres 6.** Jaką terapię w leczeniu RZS obecnie Pani/Pan stosuje?\*

m.in. metotreksat, oraz biologiczne leki modyfikujące przebieg choroby (bLMPCCh)<sup>21</sup>, stosowane w oparciu o leczenie biologiczne polegające na „zastosowaniu substancji/cząsteczek, których działanie terapeutyczne polega na działaniu przeciwzapalnym oraz neutralizowaniu wybranych mediatorów zapalenia”<sup>22</sup>. Oprócz powyższych leków stosuje się również leki, które wpływają na objawy choroby, ale nie hamują jej postępu, mowa tu o niesteroidowych lekach przeciwzapalnych (NLPZ), które „powodują szybkie złagodzenie objawów choroby, czyli zmniejszają ból odczuwany przez chorego i czas trwania sztywności porannej”; glikokortykosteroidach (GKS), które są „zalecane w pierwszym rzucie leczenia razem z lekami modyfikującymi przebieg choroby”<sup>24</sup>, oraz lekach przeciwbólowych<sup>25</sup>.

W leczeniu RZS ponad połowa (56%) badanych stosuje metotreksat i inne klasyczne leki modyfikujące przebieg choroby, co druga (48%) osoba stosuje leki przeciwbólowe, czterech na dziesięciu (42%) badanych stosuje niesteroidowe leki przeciwzapalne, co szósta (16%) glikokortykosteroidy. Co siódma (15%) badana osoba korzysta z leczenia w ramach programów lekowych, a 7% stosuje inne, niewymienione wcześniej terapie. W jednostkowych przypadkach badani zadeklarowali, że nie stosują żadnej terapii.

Spośród ogółu badanych ponad połowa (58%) stosuje więcej niż jedną formę terapii, a w tej grupie 4 na 10 (41%) osób stosuje trzy i więcej form terapii. Przykładając to do całej puli badanych – co czwarta (24%) osoba stosuje co najmniej trzy formy terapii.

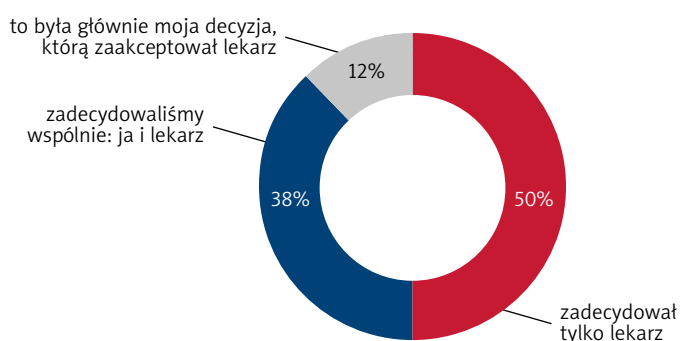
#### KOMENTARZ

To, że 58% badanych stosuje w terapii metotreksat i inne klasyczne leki modyfikujące przebieg choroby, jest niezgodne z rekomendacjami EULAR, gdzie terapia tymi lekami powinna być prowadzona jako podstawowa w leczeniu RZS, a leki te powinny być wprowadzone zaraz po diagnozie, a nawet w przypadku podejrzenia choroby<sup>26</sup>. W badaniu potwierdziło się, że większość chorych (71%) leczy się lekami modyfikującymi przebieg choroby – klasycznymi i biologicznymi (programy lekowe). Niepokoi fakt, że nie jest to prawie 100%. Leki modyfikujące przebieg choroby są podstawą leczenia rekomendowaną przez towarzystwa naukowe. Z ba-

dania również wynika, że dużym problemem w RZS są dolegliwości bólowe. Przyjmowanie typowych leków przeciwbólowych przez prawie połowę respondentów nie upoważnia do wyciągnięcia wniosku, że co drugi respondent cierpi z powodu bólu. Działanie przeciwbólowe mają również niesteroidowe leki przeciwbólowe i glikokortykosteroidy. Stąd można domniemywać, że problem jest poważniejszy. Warto zwrócić uwagę, że tylko 15% respondentów jest leczonych biologicznie. Nie mając szczegółowych informacji na temat stanu chorobowego respondentów, trudno ocenić, na ile wynika to z niespełnienia warunków włączenia do programu lekowego, a na ile z braku dostępności takiej terapii. (JG)

W połowie (50%) przypadków o terapii, którą obecnie stosuje badany, zdecydował tylko lekarz. W co trzecim (38%) przypadku decyzja o terapii została podjęta wspólnie przez lekarza i pacjenta, w co ósmym (12%) decyzja o terapii została podjęta tylko przez badanego, przy akceptacji lekarza.

Biorąc pod uwagę swoistość choroby, jaką jest RZS, gdzie bardzo ważnym elementem w dobraniu terapii jest samopoczucie pacjenta, który zgodnie z zaleceniami Europejskiej Ligi do Walki z Reumatyzmem (EULAR) powinien być przy aktywnym stadium choroby monitorowany co 3 miesiące, oraz otwartość lekarza reumatologa na subiektywne odczucia pacjenta względem stosowanej terapii, nieco zaskakujący może być fakt, że w połowie przypadków o zastosowanej terapii zdecydował tylko lekarz. Pewnym wyjaśnieniem tego faktu może być to, że w tej grupie, w porównaniu z ogólną liczbą badanych, jest nieco większa proporcja osób, które chorują na RZS nie dłużej niż 2 lata – 17% (co szósta osoba) ogólnej liczby badanych *vs* 21% (co piąta osoba) w grupie, która zadeklarowała, że o terapii RZS zdecydował tylko lekarz. Poziom zaufania do lekarzy reumatologów w tej grupie jest bardzo zbliżony do poziomu zaufania do lekarzy reumatologów deklarowanego przez ogół badanych.



**Wykres 7.** Kto zdecydował o wyborze terapii, którą Pani/Pan stosuje?

## KOMENTARZ

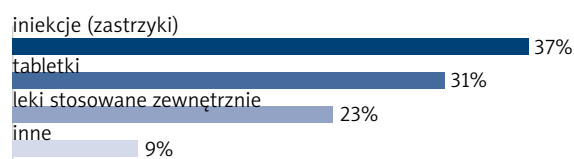
Samodzielny wybór terapii przez lekarza bez świadomej akceptacji pacjenta może być niebezpieczny dla chorego. Pacjent, aby zastosować się do zaleceń lekarza, musi być do nich przekonany. Wyraźnie na to wskazuje prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>27</sup> z 6 listopada 2008 r. z późniejszymi zmianami. Brak porozumienia na linii lekarz–pacjent, a co za tym idzie – wzajemnego zaufania, może skutkować odstępniem od leczenia albo samodzielnym zmniejszaniem dawek leku. Brak świadomości pacjenta o konieczności stałego przyjmowania leków pod kontrolą lekarza może powodować szybszy postęp choroby i ograniczenie sprawności. (JG)

Co trzeci (37%) badany, mając możliwość wyboru opcji podania leku (np. tabletki, iniekcje), wybrałby zastrzyki jako preferowaną formę. Trzech na dziesięciu (31%) badanych wybrałoby tabletki. Co czwarty (23%) wybrałby leki stosowane zewnątrznie, a co jedenasta (9%) osoba inne formy podawania leku. Wyraźne statystycznie różnice występują w sytuacji, kiedy zestawimy odpowiedzi badanych dotyczące wyboru sposobu podawania leku z liczbą lat, które upłynęły od zdiagnozowania RZS.

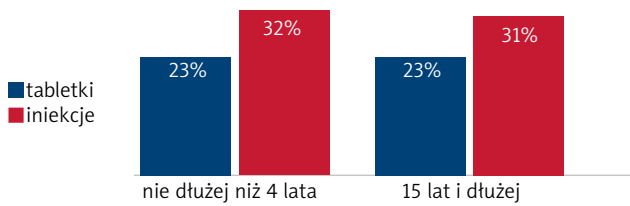
## KOMENTARZ

Może dziwić wybór zastrzyków częściej niż tabletek. Wydaje się, że jest to związane z działaniami niepożądanymi takich leków jak metotreksat. Podawanie leku w zastrzykach zwiększa jego przyswajalność i znacząco zmniejsza dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, które w przypadku przyjmowania leku w tabletkach mogą trwać nawet przez kilka dni w tygodniu. Taka sytuacja nie pozwala na prowadzenie normalnego życia. Niektórzy respondenci leczenia biologicznie będą wybierać w tym leczeniu zastrzyki. Alternatywą są tu wlewy dożylnie wymagające podania przez personel medyczny, a więc mniej dogodne, zwłaszcza dla osób aktywnych zawodowo. (JG)

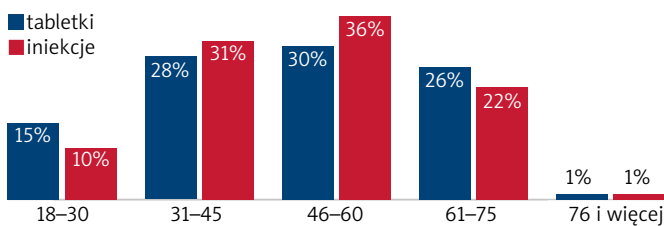
W grupie, w której od diagnozy nie upłynęło więcej niż 4 lata, co czwarta (23%) osoba wybrałaby tabletki, a co trzecia (32%) zastrzyki. W grupie, w której od



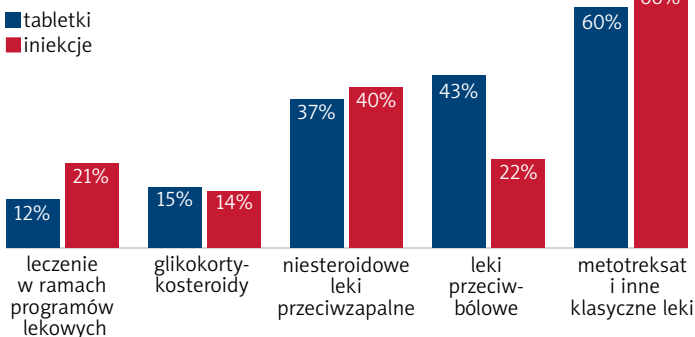
**Wykres 8.** Jeśli miałaby Pani/miałby Pan wybór dotyczący sposobu podania leku, to którą z opcji by Pani wybrała/Pan wybrał?



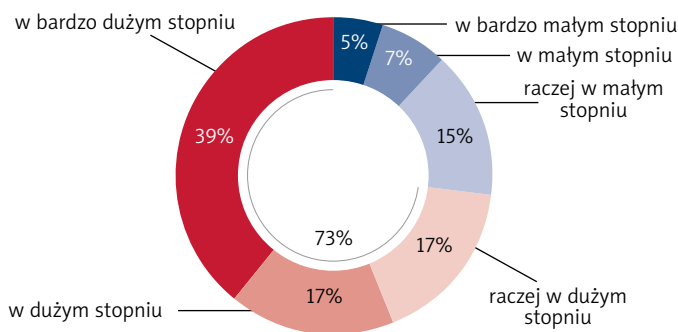
**Wykres 9.** Jeśli miałyby Pani/miałby Pan wybór dotyczący sposobu podania leku, to którą z opcji by Pani wybrała/Pan wybrał? (zestawienie wskazań osób wybierających tabletki lub iniekcje w odniesieniu do wybranych grup liczby lat choroby)



**Wykres 10.** Jeśli miałyby Pani/miałby Pan wybór dotyczący sposobu podania leku, to którą z opcji by Pani wybrała/Pan wybrał? (zestawienie wskazań osób wybierających tabletki lub iniekcje w odniesieniu do wieku badanych)



**Wykres 11.** Jeśli miałyby Pani/miałby Pan wybór dotyczący sposobu podania leku, to którą z opcji by Pani wybrała/Pan wybrał? (zestawienie wskazań osób wybierających tabletki lub iniekcje w odniesieniu do rodzaju terapii)



**Wykres 12.** W jakim stopniu ból stawów jest dla Pani/Pana uciążliwy/dokuczliwy w życiu codziennym?

diagnozy upłynęło więcej niż 15 lat, tabletki wybrała by co czwarta (23%) osoba, a zastrzyki 3 na 10 (31%) osób.

Wybór tabletek lub zastrzyków jako sposobu leczenia warunkuje również wiek badanych, szczególnie w najmłodszej grupie.

Tabletki jako sposób leczenia RZS wybrałyby co siódma (15%) osoba w najmłodszej grupie badanych (do 30 lat), a iniekcje co dziesiąta (10%) osoba w tej grupie. Natomiast na zastrzyki nieco częściej zdecydowałoby się badani w przedziale wiekowym 46–60 lat – 3 na 10 osób (30%) wybrałyby tabletki, a co trzecia osoba (36%) wybrałyby zastrzyki. W najstarszej grupie badanych (po 65. roku życia) nieco częściej badani wskazywali na tabletki (27%) jako wybrany sposób leczenia niż zastrzyki – 23% wskazań. Osoby, które wybrałyby tabletki, rzadziej od osób, które wybrałyby iniekcje, stosują leczenie w ramach programów lekowych oraz częściej stosują tabletki przeciwbólowe.

Leczenie w ramach programów lekowych stosuje co ósma (12%) osoba, która wybrała by tabletki i co piąta (21%) osoba, która wybrała by iniekcje. Leki przeciwbólowe zażywa statystycznie dwa razy większa grupa osób, które wybrałyby jako sposób leczenia tabletki, niż osób, które wybrałyby zastrzyki (43% vs 22%). Nieco częściej statystycznie osoby, które wybrałyby zastrzyki jako sposób leczenia, stosują metotreksat – 66% dla osób, które wybrałyby zastrzyki vs 60% dla osób, które wybrałyby tabletki.

### Podsumowanie

Ponad połowa (56%) badanych stosuje w terapii metotreksat i inne klasyczne leki modyfikujące przebieg choroby.

Co drugi (48%) badany stosuje w ramach terapii leki przeciwbólowe, a 4 na 10 (42%) niesteroidowe leki przeciwzapalne.

W co drugim (50%) przypadku o wyborze terapii zdecydował tylko lekarz.

W co trzecim (38%) przypadku decyzja o wyborze terapii była wspólna i została podjęta wspólnie przez lekarza i pacjenta.

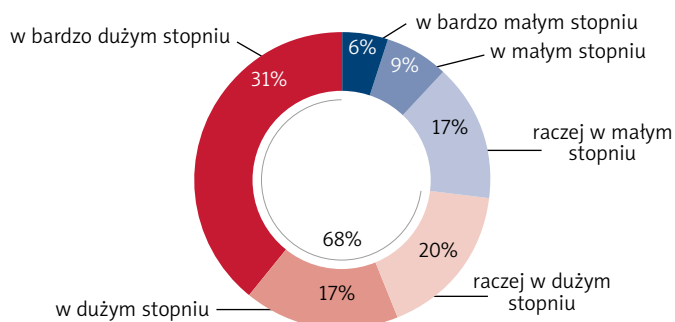
Gdyby badani mieli wybór, jeśli chodzi o opcję podania leku, to nieco częściej wybraliby zastrzyki niż tabletki – na zastrzyki wskazał co trzeci (37%) badany, a na tabletki 3 na 10 (31%) badanych.

Zastrzyki jako forma terapii były chętniej wybierane przez ludzi, którzy chorują na RZS nie dłużej niż 4 lata i przez tych, którzy chorują 15 lat i więcej.

### Codziennosc z RZS

Reumatoidalne zapalenie stawów ma duży wpływ na codzienne funkcjonowanie pacjentów, którzy muszą zmagać się z bólem, sztywnością stawów, deformacjami kończyn, co przekłada się również na ich samopoczucie – nie tylko fizyczne, ale również psychiczne.





**Wykres 13.** W jakim stopniu ograniczenie sprawności jest dla Pani/Pana uciążliwe/dokuczliwe w życiu codziennym?

Największym problemem w codziennym funkcjonowaniu jest dla badanych – co nie dziwi – ból stawów.

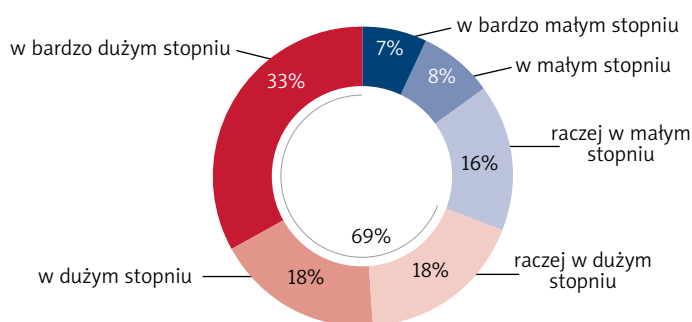
Cztery na dziesięć (39%) badanych osób z RZS przyznało, że ból stawów jest dla nich bardzo dokuczliwy w życiu codziennym. Dla co trzeciej (34%) osoby jest dokuczliwy w dużym lub raczej dużym stopniu. W małym stopniu ból stawów w codziennym życiu dokucza co czwartej badanej osobie (łączna suma odpowiedzi w tej kategorii – 27%). Łącznie w dużym stopniu ból stawów jest uciążliwy dla 73% badanych, a w małym stopniu dla 27% badanych.

Zmiany zwyrodnieniowe u osób z RZS sprawiają, że ich sprawność jest często ograniczona.

Dla trzech z dziesięciu (31%) badanych osób z RZS ograniczenie ich sprawności jest dokuczliwe w bardzo dużym stopniu. W dużym stopniu jest dokuczliwe dla 17% badanych, a w raczej dużym stopniu dla co piątej (20%) badanej osoby. Łącznie ograniczenie sprawności jest dokuczliwe w dużym stopniu dla 48% badanych. W raczej małym stopniu ograniczenie sprawności jest dokuczliwe dla 17% badanych, dla co jedenastej osoby (9%) w małym stopniu, a dla 6% w bardzo małym stopniu. Łącznie ograniczenie sprawności jest dokuczliwe w życiu codziennym w dużym stopniu dla 68% badanych, a w małym stopniu dla 32% badanych.

**KOMENTARZ**

O poziomie dokuczliwości ograniczenia sprawności fizycznej decyduje zakres tych ograniczeń i ich wpływ na codzienne funkcjonowanie. Najbardziej dokuczliwa jest utrata niezależności i konieczność korzystania z pomocy osób trzecich. W części przypadków ograniczenia sprawności decydują o konieczności zmian w życiu, w tym zmiany pracy bądź przejścia na rentę inwalidzką. W przypadku osób ze zbyt małym stażem zawodowym i niespełniających minimalnych wymagań prawnych przejście na rentę inwalidzką może być niemożliwe. Jeżeli już wystąpią ograniczenia sprawności i pojawią się wątpliwości co do możliwości kontynuacji pracy zawodowej w pełnym wymiarze, warto zapoznać się z przepisami dotyczącymi orzekania o zdolności do pracy i orzekania o stopniu niepełnosprawności. Pozwoli to uniknąć konsekwencji formalnoprawnych niewiedzy w tym zakresie. (JG)



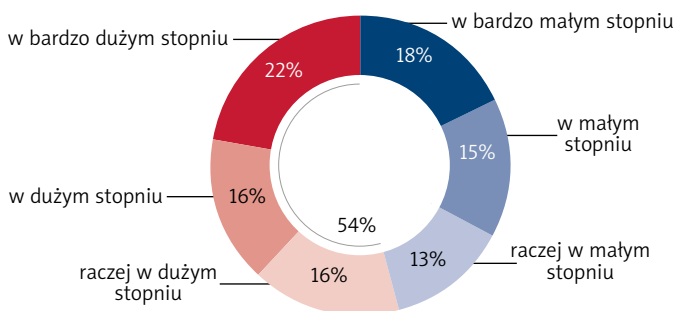
**Wykres 14.** W jakim stopniu stałe zmęczenie jest dla Pani/Pana uciążliwe/dokuczliwe w życiu codziennym?

Codzienna „walka z ciałem” przy RZS powoduje u badanych częste poczucie zmęczenia, wywołuje stany lękowe i ma wpływ na obniżenie nastroju.

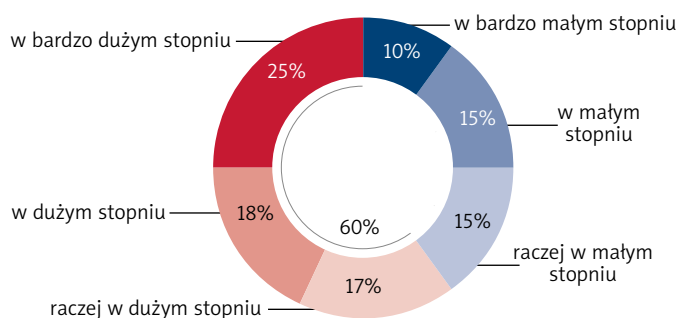
Co trzeci (33%) respondent twierdzi, że stałe zmęczenie towarzyszące RZS dokucza mu w bardzo dużym stopniu. W dużym stopniu stałe zmęczenie jest dokuczliwe dla 18% badanych, a w raczej dużym stopniu dla 18%. W raczej małym stopniu stałe zmęczenie jest dokuczliwe dla 16% badanych, a dla pozostałych 15% badanych w małym lub bardzo małym stopniu. Łącznie stałe zmęczenie jest dokuczliwe w życiu codziennym w dużym stopniu dla 69% respondentów, a mało dokuczliwe dla 31% respondentów.

**KOMENTARZ**

Jak wynika z przedstawionych rezultatów, stałe zmęczenie towarzyszy wszystkim chorym na RZS, a 69% co najmniej raczej w dużym stopniu. Notoryczne zmęczenie uniemożliwia normalne funkcjonowanie w życiu codziennym. Niestety, realizacja większości zadań wymaga ekonomizacji energii życiowej. Między innymi może się okazać, że dotychczasowe łączenie obowiązków domowych i rodzinnych z pracą zawodową w pełnym wymiarze stanie się nierealne. Nieprzewidywalność choroby, naprzemienne okresy nasilenia objawów i ich zmniejszenie nawet w krótkim okresie mogą stać się przyczyną rezygnacji z aktywności w życiu społecznym: uczestniczenia w spotkaniach towarzyskich, wydarzeniach kulturalnych i sportowych. Stałe zmęczenie jest drugim problemem dla chorych na RZS po dolegliwościach bólowych. (JG)



**Wykres 15.** W jakim stopniu niepokój/stany lękowe są dla Pani/Pana uciążliwe/dokuczliwe w życiu codziennym?



**Wykres 16.** W jakim stopniu obniżenie nastroju jest dla Pani/Pana uciążliwe/dokuczliwe w życiu codziennym?

Co piąta (22%) badana osoba deklaruje, że niepokój/stany lękowe związane z RZS są dla niej dokuczliwe w bardzo dużym stopniu. W dużym stopniu niepokój jest uciążliwy dla 16% badanych, a raczej w dużym stopniu dla kolejnych 16%. Stany lękowe są uciążliwe w bardzo małym stopniu dla 18% badanych, w małym stopniu dla 15% badanych, a raczej mało uciążliwe dla 13% badanych. Łącznie stany lękowe są uciążliwe w dużym stopniu dla 54% badanych, a w małym stopniu dla 46% badanych.

Co czwarty (25%) respondent twierdzi, że obniżenie nastroju towarzyszące RZS jest dla niego uciążliwe w bardzo dużym stopniu. Dla co trzeciej (35%) osoby jest uciążliwe w dużym lub raczej dużym stopniu. Obniżenie nastroju jest mało uciążliwe dla czterech z dziesięciu (40%) badanych, przy czym dla co dziesiątego (10%) badanego jest uciążliwe w bardzo małym stopniu. Łącznie w dużym stopniu obniżenie nastroju jest dokuczliwe dla 60% badanych, a w małym stopniu dla 40% badanych.

Poniżej zestawiono wybrane codzienne dolegliwości, które mogą być uciążliwe w codziennym życiu dla osób z RZS, ze stopniem tej uciążliwości. Jak widać, badanym najbardziej dokucza ból stawów, stałe zmęczenie i ograniczenie sprawności.

Przykładając wagi do sześciostopniowej skali uciążliwości/dokuczliwości w poszczególnych kategoriach, otrzymamy następujące wyniki:

**Tabela 2.** Zestawienie łączne stopnia dokuczliwości w życiu codziennym poszczególnych kategorii stanów fizycznych i psychicznych u osób z RZS

	W dużym stopniu łącznie	W małym stopniu łącznie
Ból stawów	73%	27%
Stale zmęczenie	69%	31%
Ograniczenie sprawności	68%	32%
Obniżenie nastroju	60%	40%
Niepokój/stany lękowe	54%	46%

- ból stawów – uciążliwość na poziomie 4,54,
- ograniczenie sprawności – uciążliwość na poziomie 4,26,
- stałe zmęczenie – uciążliwość na poziomie 4,31,
- niepokój/stany lękowe – uciążliwość na poziomie 3,61,
- obniżenie nastroju – uciążliwość na poziomie 3,92.

#### KOMENTARZ

Wszystkie oceniane objawy choroby obniżające poziom jakości życia są ze sobą powiązane. Można nawet stwierdzić, że chory wpada w zakłęty krąg choroby. Porównując wyniki uzyskane przy zastosowaniu wag, gdzie 1 oznacza w bardzo małym stopniu, a 6 w bardzo dużym – widać wyraźnie, że niepokój/stany lękowe zostały najniżej ocenione, średnio pomiędzy w raczej w małym i raczej dużym stopniu – bliżej tego drugiego. Ból stawów, stałe zmęczenie, ograniczenie sprawności zostały średnio ocenione powyżej opcji raczej w dużym stopniu, a obniżenie nastroju niewiele poniżej tej opcji. Biorąc pod uwagę różną aktywność choroby, staż chorobowy, wiek respondenta, z obliczeń jasno wynika, że RZS jest chorobą poważnie ograniczającą życie. Gdyby tak nie było, wyniki przy zastosowaniu tej samej skali byłyby niższe. Świadczy o tym również mały odsetek respondentów oceniających w poszczególnych kategoriach ograniczenia jako w bardzo małym stopniu – jest to 5–10%. Jedynie dla stanów lękowych jest to 18%. Przeciwnie jest dla oceny w bardzo dużym stopniu – tę opcję wybrało od 22% (stany lękowe) do 39% (ból stawów). (JG)

#### Podsumowanie

Najbardziej dokuczliwy dla badanych w życiu codziennym jest ból stawów, który jako dokuczliwy w bardzo dużym stopniu wskazało 4 na 10 (39%) badanych.

W bardzo dużym stopniu w życiu codziennym u osób z RZS jest dokuczliwe dla co trzeciej (33%) badanej osoby poczucie stałego zmęczenia, a dla 3 na 10 badanych ograniczenie sprawności wywołane chorobą.

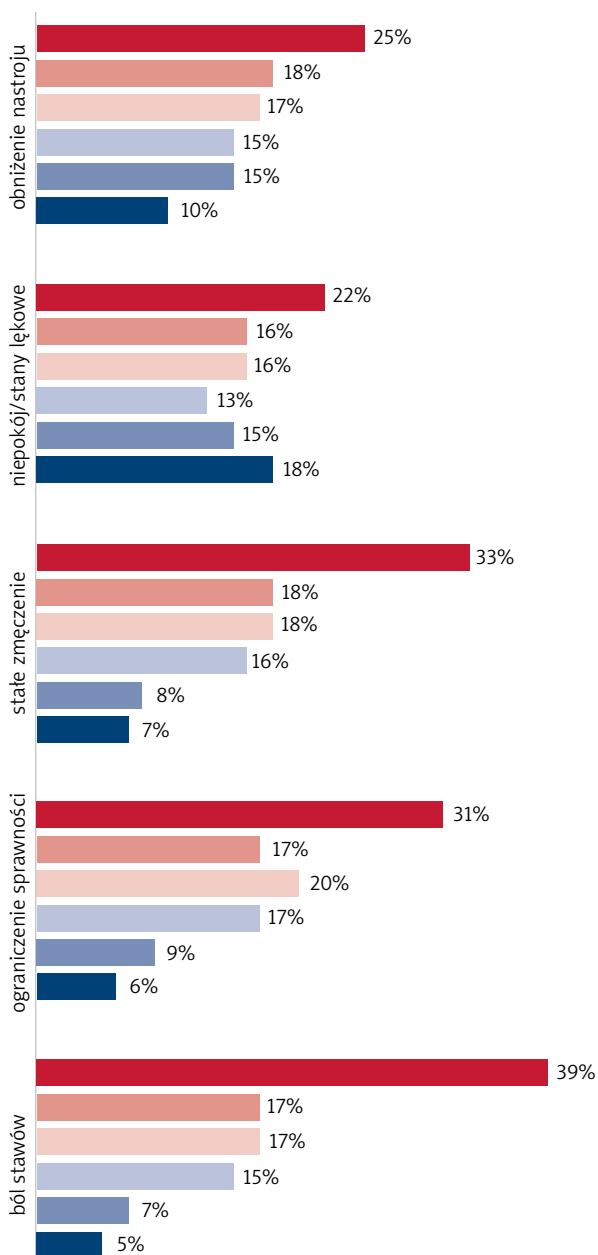
Co czwarta (25%) osoba deklaruje, że uciążliwe w bardzo dużym stopniu w RZS jest obniżenie nastroju, a dla co piątej (22%) – niepokój i stany lękowe.

Tylko co 20. badany (5%) deklaruje, że ból stawów nie jest dla niego uciążliwy w chorobie.

Łącznie dla trzech czwartych (73%) badanych w życiu codziennym ból stawów jest dokuczliwy w dużym stopniu.

Łącznie dla co siódmego (69%) respondenta dokuczliwe w życiu codziennym jest poczucie stałego zmęczenia.

Łącznie dla dwóch trzecich (68%) badanych w życiu codziennym w dużym stopniu dokuczliwe jest ograniczenie sprawności.



**Wykres 17.** W jakim stopniu uciążliwe/dokuczliwe w życiu codziennym jest dla Pani/Pana? (zestawienie odpowiedzi z sekcji „Codzienność z RZS”)

- w bardzo dużym stopniu
- w dużym stopniu
- raczej w dużym stopniu
- raczej w małym stopniu
- w małym stopniu
- w bardzo małym stopniu

## Przypisy

- <sup>1</sup>Gajewski P. (red.), Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych, Medycyna Praktyczna, Kraków 2012, s. 1788.
- <sup>2</sup>Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samel-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych. Ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii w Warszawie, Warszawa 2014, s. 16.
- <sup>3</sup>Tobon G.J., Youinou P., Saraux A., The environment, geo-epidemiology, and autoimmune disease, *Rheumatoid Arthritis Journal Autoimmunity* 35, 2010, s. 10-14.
- <sup>4</sup>Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samel-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób..., ibidem, s. 16.
- <sup>5</sup>Batko B., Stajszczyk M., Świerkot J., Raciborski F., Wiland P., Prevalence and clinical characteristic of rheumatoid arthritis in Poland: first nationwide study (abstract), *Arthritis Rheumatology*, 2015, 67.
- <sup>6</sup>Cross M., Smith E., Hoy i wsp., The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study, *Ann. Rheum. Dis.*, 2014, 73, s. 1316-1322.
- <sup>7</sup>Op. cit.
- <sup>8</sup>Tobon G.J., Youinou P., Saraux A., The environment, geo-epidemiology..., ibidem.
- <sup>9</sup>Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samel-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób..., ibidem, s. 13.
- <sup>10</sup>Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samel-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych..., ibidem, s. 26.
- <sup>11</sup>Op. cit., s. 26.
- <sup>12</sup>Op. cit., s. 27.
- <sup>13</sup>Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samel-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych..., ibidem, s. 72.
- <sup>14</sup>Holmqvist M.E., Wedren S., Jacobsson L.T. i wsp., Rapid increase in myocardial infarction risk following diagnosis of rheumatoid arthritis patients diagnosed between 1995 and 2006, *Journal International Medicine*, 268, 2010, s. 578-585.
- <sup>15</sup>Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samel-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych..., ibidem, s. 72.
- <sup>16</sup>Op. cit., s. 72.
- <sup>17</sup>Bongartz T., Nannini C., Medina-Velasquez Y.F. i wsp., Incidence in patients with rheumatoid arthritis as assessed by high resolution computed tomography, chest radiography, and pulmonary function test, *Thorax*, 58, 2001, s. 622-627.
- <sup>18</sup>Symmons DPM, Lymphoma and rheumatoid arthritis – again, *Rheumatology*, 46, 2007, s. 273-276.
- <sup>19</sup>Dougados M., Soubrier M., Antunez A., Balint P., Balsa A., Buch M.H., Casado G., Detert J., El-Zorkany B., Emery P., Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA), *Annual Rheumatoid Disease*, 73(1), 2014, s. 62-68.
- <sup>20</sup>Gremese E., Salaffi F., Bosselo S.A. i wsp., Very early rheumatoid arthritis as predictor of remission; a multicentre real life prospective study, *Ann. Rheum. Dis.*, 72, 2013, s. 858-862.
- <sup>21</sup>Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samel-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych..., ibidem, s. 52.
- <sup>22</sup>Op. cit., s. 62.
- <sup>23</sup>Op. cit., s. 54.
- <sup>24</sup>Op. cit., s. 56.
- <sup>25</sup>Op. cit., s. 52.
- <sup>26</sup>Smolen J.S. i wsp., EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update, *Ann Rheum Dis.*, 76, 2017, s. 960-977.
- <sup>27</sup>Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU-20090520417/U/D20090417Lj.pdf>