

Matylda Sierakowska¹, Izabela Wysocka-Skurska², Stanisław Sierakowski², Elżbieta Krajewska-Kułał¹

¹Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

P

roblemy zdrowotne pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej

Health problems of patients with the rheumatoid arthritis depending on applied pharmacological therapy

STRESZCZENIE

Wstęp. Jedną z najczęstszych układowych chorób przewlekłych dotyczących tkanki łącznej, powodującej obniżenie poziomu zdrowia i jakości życia jest reumatoidalne zapalenie stawów. Charakterystycznymi objawami choroby jest ból i obrzęk symetrycznych stawów rąk i stóp, sztywność poranna o różnym czasie trwania oraz postępująca niesprawność w wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Cel pracy. Celem pracy była ocena porównawcza problemów zdrowotnych pacjentów z reumatologicznym zapaleniem stawów leczonych tradycyjnie i lekami biologicznymi w zakresie: odczuwania bólu, nasilenia sztywności porannej stawów, poziomu aktywności choroby oraz stopnia niesprawności w czynnościach dnia codziennego.

Materiał i metody. Badaniem objęto 100 pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Populację chorych podzielono na 2 grupy: I grupa to pacjenci leczeni lekami modyfikującymi przebieg choroby, II grupa lekami biologicznymi. Metodą był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem: skal analogowych: VAS (0–100 mm), nasilenia sztywności porannej (0–100 mm), oceny aktywności choroby (0–100 mm) oraz Indeksu Niesprawności (HAQ) (0–3 pkt).

Wyniki. Respondenci grupy I (50%) i grupy II (44%) określali średnie nasilenie sztywności porannej stawów (ok. 50 mm). Większość ankietowanych grupy I (66%) odczuwała średni stopień nasilenia bólu, zaś z grupy II 48% deklaruje ból silny (> 66 mm). Badani obu grup w 56% zgłaszali poważne ograniczenia lub potrzebę pomocy w codziennych czynnościach. Ponad połowa ankietowanych grupy I (52%) i II (68%) oceniała aktywność choroby na poziomie średnim.

Wnioski. Postępująca aktywność choroby wpływała na ocenę natężenia bólu i nasilenia sztywności porannej w obu grupach badanych. Wzrastający deficyt niesprawności w czynnościach dnia codziennego (HAQ) koreluje z pogarszającą się oceną aktywności choroby w I i II grupie badanych. U chorych leczonych lekami biologicznymi niesprawność koreluje ze stopniem odczuwania dolegliwości bólowych.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (2): 214–220

Słowa kluczowe: reumatoidalne zapalenie stawów, ból, niesprawność, leczenie

ABSTRACT

Introduction. A rheumatoid arthritis is one of the most frequent systemic chronic disease, concerning the connective tissue, causing lowering the level of the health and qualities of life. Pain and swelling on symmetrical ponds of hands and feet are characteristic symptoms of illness, stiffnesses morning about the different duration and progressing malfunction in the performance of activities of the everyday day.

Aim of the study. A comparative assessment of health problems of patients from rheumatoid arthritis cured traditionally is a purpose of the work and with biological medicines in the scope: of feeling pain, increasing the morning stiffness of joints, the activity level of illness and the degree of the incapacity in activities of the everyday day.

Material and methods. 100 patients were provided with the examination from rheumatoid arthritis. the Population of sick persons was divided in 2 groups: and a group is patients treated with LMPCh, II group with biological medicines. A diagnostic survey was a method with the application: of analogue scales: VAS (0–100 mm), of increasing the morning stiffness (0–100 mm), evaluations of the activity of illness (0–100 mm) and of Index of the Incapacity (HAQ) (0–3 of pt).

Adres do korespondencji: dr n. med. Matylda Sierakowska, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 7A, 15–096 Białystok, tel./faks: 85 748 55 28, e-mail: matyldasierakowska@gazeta.pl

Results. Group I respondents (50%) and group II (44%) averages determine increasing the morning stiffness of joints (c 50 mm). Majority of respondents Gr. And (66%) is feeling the medium degree of intensifying pain, whereas from the Gr. The II 48% is declaring intense pain (above 66 mm). Examined in the 56% major limitations are reporting both groups or the need of the help in everyday duties. Over half of group I those polled (52%) and II (68%) an activity is assessing illnesses on the average level.

Conclusions. The acting activity of illness influences a poor mark of straining pain and increasing the morning stiffness in both examined groups. Growing deficit of the incapacity in activities of the everyday day (HAQ) is correlating from deteriorating evaluation of the activity of illness in and and the II gr. examined. At sick persons treated with biological medicines the incapacity is correlating with the degree of sensing pain complaints.

Nursing Topics 2013; 21 (2): 214–220

Key words: rheumatoid arthritis, pain, incapacity, treatment

Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów (RA, *rheumatoid arthritis*) jest przewlekłym postępującym procesem zapalnym błony maziowej, doprowadzającym do niszczenia tkanek stawowych i okołostawowych. Zmiany te powodują upośledzenie funkcji stawów, co w konsekwencji prowadzi do trwałego kalectwa, niepełnosprawności, a nawet przedwczesnej śmierci [1]. Choroba charakteryzuje się stałym, nieubłagłym postępem zmian chorobowych z okresami zaostrzeń i remisji. Każde zaostrzenie powoduje dalsze niszczenie stawów.

Typowym objawem choroby jest ból oraz symetryczne obrzęki stawów śródrečno-paliczkowych i międzypaliczkowych bliższych, często również stawów śródstopno-paliczkowych. Ból towarzyszący chorobie przyczynia się do niepokoju pacjenta, drażliwości, wyczerpania, koncentracji na objawach chorobowych. Pacjent staje się pozbawiony chęci walki z chorobą, przygnębiony, pesymistycznie zapatrujący się na przyszłość. W konsekwencji może doprowadzić to do wycofania się chorego z życia społecznego, w wyniku poczucia bezradności, utraty perspektyw oraz niemożności wpływania na własne życie [2, 3]. Innymi dolegliwościami, z którymi borykają się chorzy są: sztywność poranna stawów, występująca po okresie bezruchu oraz nocne drętwienia i pieczenia rąk. Wskutek zmian destrukcyjnych w stawach i tkankach okołostawowych powstają przykurcze, zaniki mięśniowe, zniekształcenia stawowe, co w konsekwencji powoduje ograniczenia ich ruchomości [4].

Stopień niepełnosprawności zależy od wielu czynników, między innymi: wieku, płci, czasu trwania choroby, nasilenia dolegliwości bólowych, aktywności procesu zapalnego, stopnia zaawansowania destrukcji stawów, stanu psychicznego oraz warunków socjalno-ekonomicznych. Ograniczenie wydolności funkcjonalnej wpływa na różne dziedziny życia pacjenta, takie jak: praca zawodowa, wypoczynek, wzajemne relacje w rodzinie, zaspokojenie potrzeb fizjologicznych, osamotnienie oraz pogłębiająca się depresja [5, 6].

Bardzo ważnym elementem postępowania z chorym jest stałe monitorowanie leczenia, hamowanie aktywności choroby oraz stopnia uszkodzenia stawów. Osoba

cierpiąca na RA wymaga stałej opieki lekarskiej, potrzebuje wsparcia i opieki ze strony najbliższych oraz personelu medycznego (głównie pielęgniarek). Od chorego jednak głównie zależy, na ile pozwoli chorobie zmienić swoje życie prywatne i zawodowe, w jaki sposób poradzi sobie z problemami, jakie powoduje choroba. Umiejętność samoopieki przy współudziale rodziny i zespołu terapeutycznego ma niewątpliwie korzystny wpływ na poprawę jakości życia pacjentów [7].

Cel pracy

Celem pracy była ocena porównawcza problemów zdrowotnych pacjentów z RZS leczonych tradycyjnie i lekami biologicznymi w zakresie: odczuwania bólu, nasilenia sztywności porannej stawów, poziomu aktywności choroby oraz stopnia niesprawności w czynnościach dnia codziennego.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Klinice Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Analizą objęto 100 pacjentów z rozpoznaniem reumatoidalnym zapaleniem stawów, na podstawie standardów diagnostycznych *American College of Rheumatology* (ACR 1987). Respondentów podzielono na 2 grupy: I — to pacjenci leczeni lekami modyfikującymi przebieg choroby (N = 50), II — chorzy leczeni tak zwanymi lekami biologicznymi (N = 50). Badaniami objęto 70 kobiet (70%) i 30 mężczyzn (30%), średnia wieku badanych wynosiła 50,8 lat. Ponad połowa chorych zamieszkiwała miasta (63), zaś wieś 37. Najliczniejszą grupę stanowili ankietowani z czasem trwania choroby ≥ 10 lat (51), zaś ≤ 10 lat nieco mniej (49). Duży odsetek respondentów była na rencie/emeryturze (59), okresowo nie pracowało (16), 25 deklarowało czynną aktywność zawodową.

Metodą stosowaną w badaniach był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem: kwestionariusza ankiety, skal analogowych odczuwania bólu, nasilenia sztywności porannej stawów, oceny aktywności choroby oraz Indeksu Niesprawności (HAQ, *Health Assessment Questionnaire*).

Tabela I. Ocena ogólnej aktywności choroby u chorych leczonych lekami biologicznymi i lekami modyfikującymi przebieg choroby**Table I.** Ocena of the general activity of illness at sick persons treated with biological medicines and disease modifying drugs

Badana cecha	Wartość (0–100 mm)	Chorzy leczeni lekami modyfikującymi przebieg choroby		Chorzy leczeni lekami biologicznymi	
		N	%	N	%
Ogólna aktywność choroby	Minimalna aktywność choroby (0–35 mm)	7	14	3	6
	Średnia aktywność choroby (36–65 mm)	26	52	34	68
	Wysokie/maksymalne wyobrażalne nasilenie choroby (66–100 mm)	17	34	13	26

Skala oceny bólu VAS — ocena natężenia bólu w zakresie od 0 do 100mm.

Skala oceny sztywności porannej stawów — ocena nasilenia sztywności porannej w zakresie 0–100 mm.

Skala oceny aktywności choroby — ocena aktywności choroby w zakresie 0–100 mm.

Kwestionariusz oceny zdrowia jest to forma samooceny chorego, dotycząca zdolności wykonywania codziennych czynności życiowych. Punktacja zawiera się w zakresie 0–3 pkt.

Do analizy statystycznej zebranych danych wykorzystano metody opisu i badania współzależności właściwe dla cech ilościowych (współczynnik korelacji Pearsona i korelacji porządkowej rang Spearmana) i jakościowych. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki, gdzie $p \leq 0,05$.

Wyniki

Analiza aktywności choroby u pacjentów leczonych lekami modyfikującymi przebieg choroby i lekami biologicznymi

Do analizy aktywności choroby wykorzystano skalę liniową w zakresie 0–100 mm. Uzyskane wyniki interpretowano, biorąc pod uwagę wartości na trzech poziomach: 0–35 mm — minimalna aktywność choroby, 36–65 mm — średnia aktywność choroby, 66–100 mm — wysokie nasilenie choroby.

Oceniając ogólną **aktywność choroby**, respondenci w obu grupach badanych w większości stwierdzali średnią aktywność choroby 36–65 mm (grupa I — 52%, grupa II — 68%). Ankietowani leczeni lekami modyfikującymi przebieg choroby w 34% oceniali wysokie/maksymalne wyobrażalne nasilenie choroby (66–100 mm), zaś chorzy leczeni lekami biologicznymi w 26%.

Nie wykryto różnicy istotnej statystycznie w obu grupach badanych w ocenie aktywności choroby (tab. 1).

Analizując korelację porównawczą między stopniem aktywności choroby a odczuwaniem bólu oraz poziomem nasilenia sztywności porannej stawów, zaobserwowano wysoką korelację u chorych leczonych lekami biologicznymi między aktywnością choroby a odczuwaniem bólu ($r = 0,61$; $p < 0,0001$) oraz nasileniem sztywności porannej stawów ($r = 0,63$; $p < 0,0001$). U respondentów leczonych lekami modyfikującymi przebieg choroby zaobserwowano wysoką korelację między oceną aktywności choroby a nasileniem sztywności porannej stawów ($r = 0,51$; $p < 0,0001$) (ryc.1).

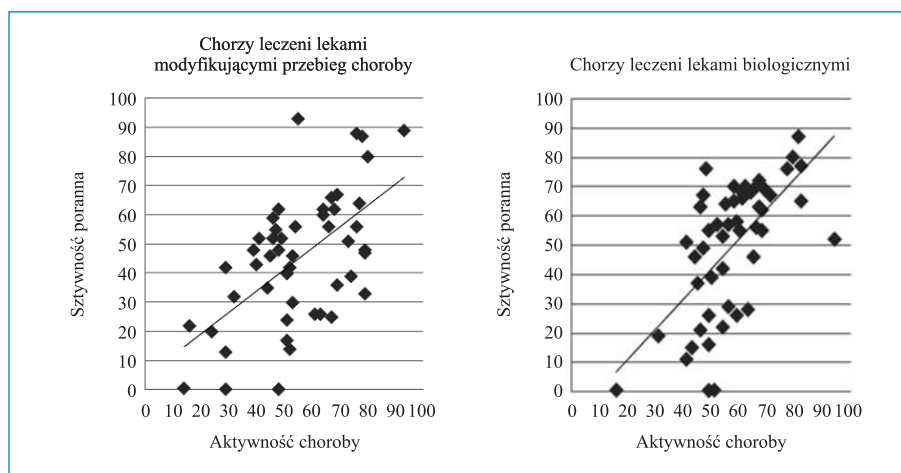
Ocena sprawności fizycznej (Indeks Nieprawności HAQ) w obu grupach badanych

W celu analizy stopnia nieprawności chorych w czynnościach dnia codziennego wykorzystano kwestionariusz ankiety HAQ, interpretując wyniki w skali 0–3 pkt.

W grupie chorych leczonych zarówno lekami biologicznymi, jak i lekami modyfikującymi przebieg choroby ponad połowa respondentów (grupa I — 56%, grupa II — 56%) zgłaszała poważne ograniczenia lub potrzebę pomocy w codziennych czynnościach. Ankietowani w obu grupach (grupa I — 36%, grupa II — 34%) deklarowali dysfunkcje o nieznacznym nasileniu w każdej dziedzinie codziennego życia.

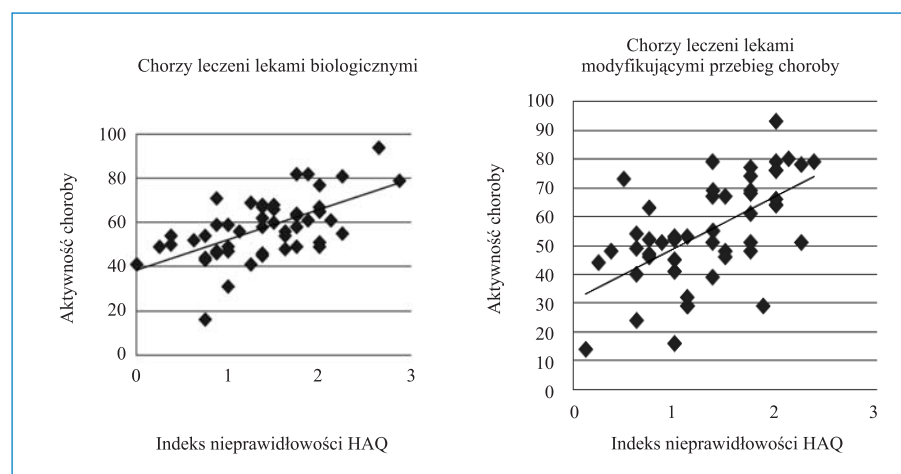
U ankietowanych leczonych lekami modyfikującymi przebieg choroby zaobserwowano bardzo wysoką korelację między poziomem nieprawności w wykonywaniu czynności dnia codziennego (HAQ) a stopniem aktywności choroby ($r = 0,58$; $p < 0,0001$).

U respondentów leczonych lekami biologicznymi stwierdzono zależność między stopniem nieprawności (HAQ) a oceną aktywności choroby ($r = 0,57$;



Rycina 1. Ocena aktywności choroby z oceną natężenia sztywności porannej stawów w obu grupach badanych

Figure 1. Evaluation of activities of illness with the evaluation of straining the morning stiffness of joints in both groups examined



Rycina 2. Nieprawność a ocena aktywności choroby w obu grupach badanych

Figure 2. The incapacity, but the evaluation of activities of illness in both groups examined

$p < 0,0001$) oraz poziomem odczuwania bólu (VAS) ($r = 0,47$; $p < 0,05$) (ryc. 2).

Ocena nasilenia sztywności porannej stawów

Do analizy oceny nasilenia sztywności porannej stawów wykorzystano skalę liniową, interpretując wyniki w skali 0–100 mm.

Większość respondentów leczonych zarówno lekami modyfikującymi przebieg choroby, jak i lekami biologicznymi określała średnie nasilenie sztywności porannej (36–65 mm) (grupa I — 50%, grupa II — 44%). Ankietowani grupy I w 18%, zaś grupy II w 30% oceniali wysoki/maksymalny poziom nasilenia sztywności porannej (66–100 mm) (ryc. 3).

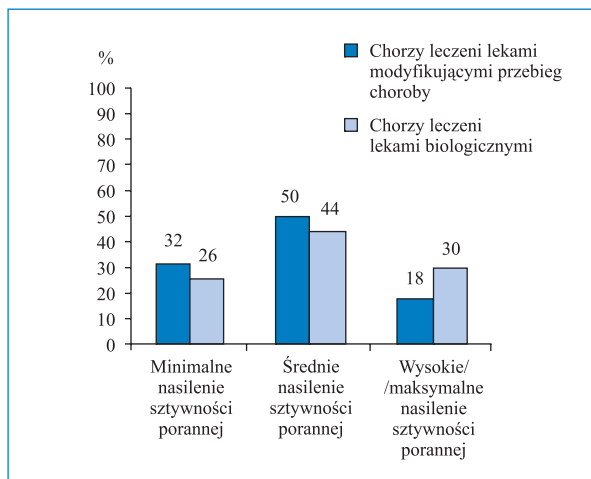
Ocena natężenia dolegliwości bólowych stawów

Do oceny natężenia bólu zastosowano skalę wzrokowo-analogową w wersji opisowej (0–100 mm).

Wartość średnia bólu chorych leczonych lekami modyfikującymi przebieg choroby wynosiła $59,5 \pm 12,9$, a u ankietowanych leczonych lekami biologicznymi $60,4 \pm 17,9$. Wskazuje to na średni stopień odczuwania bólu zarówno w grupie badawczej I, jak i II.

Analizując ocenę natężenia bólu respondentów w obu grupach badanych, nie zaobserwowano istotnej różnicy statystycznej.

U respondentów leczonych lekami biologicznymi zaobserwowano wysoką korelację między odczuwaniem dolegliwości bólowych a poziomem aktywności choro-



Rycina 3. Ogólna ocena sztywności porannej stawów w obu grupach badanych

Figure 3. Overall view of the morning stiffness of ponds in both groups examined

by ($r = 0,61$; $p < 0,0001$). Analizując korelację, można zaobserwować, że wraz z pogarszającą się aktywnością choroby wzrasta stopień odczuwania bólu (ryc. 4).

Dyskusja

Jedną z najczęstszych układowych chorób przewlekłych dotyczących tkanki łącznej, powodującej obniżenie poziomu zdrowia i jakości życia jest reumatoidalne zapalenie stawów. Częstość RA w zależności od populacji waha się 0,5–2%. Szacuje się, że w Polsce na RA choruje około 1% populacji, co oznacza, że choroba ta jest przyczyną niepełnosprawności i/lub inwalidztwa u 400 tys. osób [8].

Charakterystycznymi objawami RA są ból i obrzęk symetrycznych stawów rąk i stóp, czemu towarzyszy uczucie sztywności porannej o różnym czasie trwania. Zapa-

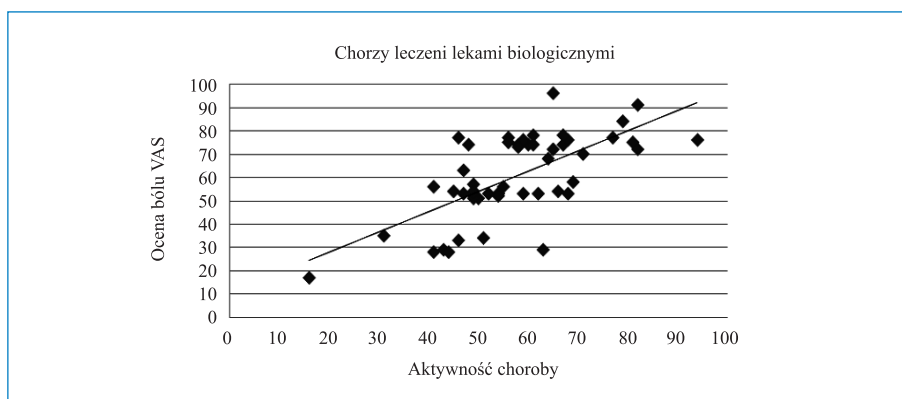
leniu małych stawów rąk może towarzyszyć zapalenie dużych stawów, na przykład kolanowych czy barkowych. U części chorych wystąpienie objawów chorobowych mogą poprzedzać stany podgorączkowe, bóle mięśni, męczliwość, brak łaknienia i spadek masy ciała.

Celem leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów jest uzyskanie całkowitej remisji, to znaczy nieobecności: bólu, sztywności porannej, przewlekłego zmęczenia itp. Przewlekły i okaleczający charakter choroby oraz ograniczona skuteczność i działania niepożądane postępowania terapeutycznego często prowadzą do różnorodnych zaburzeń zarówno w sferze somatycznej, w procesach psychicznych, jak i w aktywności społecznej. Z tego powodu leczenie chorych musi opierać się na podejściu wielodyscyplinarnym, stanowiącym próbę poradzenia sobie z różnymi problemami napotykanymi przez tych chorych, zarówno w kwestii funkcjonalnej, jak i oddziaływać psychosocjalnych. Leczenie musi obejmować, oprócz leczenia farmakologicznego, fizykoterapię, kinezyterapię, leczenie ortopedyczne, psychoterapię i edukację. Pacjentom należy pomóc w adaptacji nowej, trudnej i zmieniającej się sytuacji zdrowotnej i przygotować do życia z przewlekłą, postępującą chorobą [9].

Prowadzone w Klinice Reumatologii i Chorób Wewnętrznych UMB badania obejmowały 100 pacjentów z rozpoznaniem reumatoidalnego zapalenia stawów na podstawie standardów diagnostycznych ACR (1987). Wśród respondentów najliczniejszą grupę stanowią kobiety (70%), mężczyźni zaś 30%. Ankietowanych podzielono na 2 grupy: I grupa — chorzy leczeni lekami modyfikującymi przebieg choroby, II grupa — leczeni lekami biologicznymi.

Do oceny zaawansowania choroby oraz skuteczności leczenia konieczne jest ciągle monitorowanie subiektywnej i obiektywnej oceny aktywności choroby [4].

Badania własne subiektywnej oceny aktywności choroby wskazywali, że większość chorych zarówno le-



Rycina 4. Odczuwanie dolegliwości bólowych a ocena aktywności choroby w II grupie badanej

Figure 4. Sensing pain complaints, but the evaluation of the activity of illness in the II group examined

czonych lekami biologicznymi, jak i lekami modyfikującymi przebieg choroby deklarowało średnią aktywność choroby (I grupa — 52%, II grupa — 68%). Dość duży odsetek pacjentów w obu grupach badanych (I grupa — 26%, II grupa — 30%) oceniało swój stan zdrowia jako wyobraźalnie najgorszy. Porównując aktywność choroby z odczuwaniem bólu, nasileniem sztywności porannej wykryto istotne korelacje wpływające na subiektywną ocenę aktywności choroby. U chorych w II grupie badanej wykryto istotną statystycznie zależność między aktywnością choroby a odczuwaniem bólu ($r = 0,61$; $p < 0,0001$) oraz nasileniem sztywności porannej ($r = 0,63$, $p < 0,0001$). Analizując badania można zaobserwować, że wraz z coraz gorszą oceną zdrowia u respondentów I grupy badanej nasila się odczuwanie sztywności porannej stawów ($r = 0,51$, $p < 0,0001$) oraz na natężenie bólu ($r = 0,45$, $p < 0,05$).

Badania przeprowadzone przez Sierakowską i wsp., przedstawiające subiektywną ocenę aktywności choroby wskazują, że ponad połowa respondentów (64%) niezależnie od metody leczenia określa średnią aktywność choroby, jedyne 12% ankietowanych deklarowało zły i bardzo zły stan zdrowia [4].

Rupiński i Filipowicz-Sosnowska w swoich badaniach przeprowadzonych w grupie 169 chorych z RA zaobserwowali wysoką aktywność choroby (mediana DAS 28 = 5,43; Q1 = 4,43; Q3 = 6,22) u chorych leczonych metotreksatem (MTX) lub innymi lekami modyfikującymi przebieg choroby. Istotnie statystycznie zmniejszenie aktywności choroby odnotowano u osób otrzymujących skojarzone leczenie infiximabem i metotreksatem ($p < 0,01$) [6].

Postępujący charakter choroby powoduje coraz gorsze funkcjonowanie chorych w czynnościach dnia codziennego. Indeks niesprawności HAQ umożliwia ocenę funkcjonowania pacjentów w życiu codziennym [10].

Badania własne wskazują, że ponad połowa respondentów (56%) grupy I i II zgłaszała poważne ograniczenia lub potrzebę pomocy w codziennych czynnościach. Nie obserwuje się różnic istotnych statystycznie między pacjentami leczonymi lekami modyfikującymi przebieg choroby a lekami biologicznymi. Zaobserwowano zależność pomiędzy postępującą niepełnosprawnością w wykonywaniu czynności dnia codziennego a aktywnością choroby ($r = 0,58$, $p < 0,0001$) u chorych leczonych lekami modyfikującymi przebieg choroby. W II grupie badanych wykryto korelację między niepełnosprawnością a aktywnością choroby ($r = 0,57$, $p < 0,0001$) oraz poziomem natężenia dolegliwości bólowych ($r = 0,47$, $p < 0,05$).

Olewicz-Gawlicz i Hrycaj w swoich badaniach zaobserwowali również wpływ niesprawności na pogarszający się stopień odczuwania sztywności porannej ($r = 0,47$) oraz bólu ($r = 0,28$) [11].

Wyniki badań Jarockiej i wsp. wskazują, że u chorych leczonych lekami biologicznymi względem grupy otrzymującej placebo zaobserwowano znaczną poprawę wydolności funkcjonalnej, mierzonej indeksem niepełnosprawności HAQ [12].

Rupiński i Filipowicz-Sosnowska donoszą, że u chorych otrzymujących leczenie skojarzeniowe leku biologicznego z lekami modyfikującymi przebieg choroby odnotowano znaczne obniżenie współczynnika niepełnosprawności HAQ (wartość śr. $0,92 \pm 0,59$, $p < 0,01$) [6].

Charakterystycznym objawem w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów i ważnym czynnikiem obniżającym sprawność motoryczną pacjentów jest sztywność poranna stawów [5].

Analizując w pracy własnej ocenę nasilenia sztywności porannej grupy badanej, można zaobserwować, że większość respondentów leczonych lekami modyfikującymi przebieg choroby i lekami biologicznymi deklarowało średnią ocenę nasilenia sztywności porannej (grupa I — 50%, grupa II — 44%). Wartość średnia w grupie I wynosi $45,04 \pm 22,41$, zaś w grupie II — $49,72 \pm 22,84$. Nie wykryto różnicy istotnej statystycznie.

W badaniach Świerkota i wsp., które odnoszą się do oceny nasilenia sztywności porannej, można zauważyć, że ponad połowa badanych (64%) niezależnie od stosowanej metody leczenia deklaruje czas trwania sztywności porannej powyżej dwóch godzin. Niewielki odsetek ankietowanych (12%) stwierdza brak odczuwania objawów sztywności. Weryfikując dane dotyczące stopnia odczuwania sztywności w porównaniu z rodzajem stosowanego leczenia (Metotreksat p.o. i s.c.), wartość średnia (w min.) przed zastosowaniem leczenia wynosi p.o. $91,0 \pm 14,6$, s.c. $91,7 \pm 15$, zaś po 24 tygodniach stosowania MTX obserwuje się zmniejszenie nasilenia sztywności porannej (p.o. $41,9 \pm 11,4$; s.c. $38,7 \pm 10,5$) [13].

W badaniach własnych nie oceniano wpływu metod terapii na stan zdrowia z okresu przed zastosowaniem leczenia i po dłuższym czasie stosowania terapii.

Ból towarzyszący chorobie przyczynia się do tego, że pacjenci stają się niespokojni, drażliwi, wyczerpani, co w konsekwencji wywołuje zaburzenia w funkcjonowaniu w życiu codziennym. Nasilający się ból często powoduje izolację chorego od otoczenia oraz osamotnienie [8].

Dolegliwości bólowe o średnim nasileniu odczuwało 66% ankietowanych leczonych lekami modyfikującymi przebieg choroby, lekami biologicznymi tylko 36%. Duży odsetek respondentów II grupy (48%) odczuwało silny stopień natężenia bólu. Nie zaobserwowano różnic istotnych statystycznie w obu grupach badanych. Badania własne wskazują, że wraz ze wzrostem odczuwania bólu nasila się poziom niesprawności chorych w czynnościach dnia codziennego (HAQ) u pacjentów leczonych lekami biologicznymi ($r = 0,47$, $p < 0,05$). W I grupie badanej nie wykryto znaczącego wpływu bólu na pogarszającą się niesprawność.

Świerkot i wsp. w swoich badaniach zaobserwowali, że u chorych, którzy stosowali MTX p.o. i s.c. po 24 tygodniach stosowania zmniejszyło się natężenie dolegliwości bólowych (p.o $43,1 \pm 4,3$, s.c. $39,0 \pm 2,9$) [13, 14].

Z doniesień literaturowych wynika, że pacjenci skarżący się na dolegliwości bólowe znacznie niżej oceniają poziom sprawności (HAQ > 1,8 pkt). Chorzy niezgłaszający dolegliwości bólowych wyżej oceniają HAQ (< 1pkt) w porównaniu z pacjentami, których ból dotyczył [4, 15].

Wnioski

1. Głównymi problemami zdrowotnymi zgłaszanymi przez ankietowanych z reumatoidalnym zapaleniem stawów leczonych lekami modyfikującymi przebieg choroby i lekami biologicznymi są: sztywność poranna, bóle stawów, postępująca niesprawność w wykonywaniu czynności dnia codziennego.
2. Postępująca aktywność choroby wpływa na gorszą ocenę natężenia bólu i nasilenia sztywności porannej w obu grupach badanych.
3. Wzrastający deficyt niesprawności w czynnościach dnia codziennego (HAQ) koreluje z pogarszającą się oceną aktywności choroby w I i II grupie badanych. U chorych leczonych lekami biologicznymi niesprawność ma istotny wpływ na stopień odczuwania dolegliwości bólowych.
4. Ból oraz sztywność poranna stawów zarówno w I, jak i II grupie badanej jest oceniana na średnim poziomie.

Piśmiennictwo

1. Bączyk G., Gacek L. Ocena sprawności funkcjonalnej chorych na reumatoidalne zapalenie stawów na podstawie funkcjonalnego testu z wystandaryzowanym wyposażeniem. *Reumatologia* 2011; 49: 40–46.
2. Żuk B., Księżopolska-Orłowska K. Ochrona stawów w reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Czynności dnia codziennego. Reumatologia* 2009; 47: 193–201.
3. Sierakowska M., Matys A., Kosior A., Ołtarzewska B., Kita J., Sierakowski S., Krajewska-Kułak E. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia* 2006; 44: 298–303.
4. Sherrer U.S., Bloch D.A., Mitchell D.M. i wsp. Disability in rheumatoid arthritis: comparison of prognostic factors across three populations. *J. Rheumatol.* 1987; 14: 705–709.
5. Bączyk G. The evaluation of the functioning and the quality of life of patients with Rheumatoid Arthritis. *Ann. Acad. Med. Białostocensis* 2005; 50: 170–173.
6. Rupiński R., Filipowicz-Sosnowska A. Aktywność choroby a niepełnosprawność u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2005; 43:129–137.
7. Raińska-Giezek T., Pawlik A. Nowe cele terapeutyczne w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów. *Farmacja Polska* 2003; 59: 122–126.
8. Zimmermann-Górska I. *Reumatologia kliniczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
9. Wiland P. Monitorowanie stanu pacjenta w chorobach reumatycznych. Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2008.
10. Filipowicz-Sosnowska A., Stanisławska-Biernat E., Zubrzycka-Sienkiewicz A. Reumatoidalne zapalenie stawów. *Standardy Medycyny Lekarza Rodzinnego* 2003; 4: 1200–1209.
11. Olewicz-Gawlik A., Hrycaj P. Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów — badanie własne i przegląd literatury. *Reumatologia* 2007; 45: 346–349.
12. Jarecka M., Borowicz P. Rekombinowane leki biologiczne w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów. *Terapia i Leki* 2009; 8: 540–547.
13. Świerkot J., Sokolik R., Gruszecka-Marczyńska K., Międzybrodzki R., Szechiński J. Skuteczność leczenia i występowanie działań niepożądanych w trakcie terapii metotreksatem podawanym doustnie i podskórnie chorym na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2008; 46: 322–329.
14. Jansen L.M., van Schaardenburg D., van der Horst-Bruinsma I.E. i wsp. Predictors of functional status in patients with early rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 2000; 59: 223–226.
15. Hewlett S., Cockshott Z., Duddy J. i wsp. Anxiety is more common than depression in arthritis. *Rheumatology* 2002; 41 (supl. 2): 23.