

PORADNIK DLA PACJENTÓW Z REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW

Reumatoidalne zapalenie stawów
- droga chorego do rozpoznania
i leczenia zgodnie z aktualnymi
zaleceniami

Opracowanie merytoryczne:
prof. dr hab. n. med. Maria Majdan

SPEAK/MED/055/11-2021/1



SANDOZ



Wprowadzenie

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to przewlekła uwarunkowana immunologicznie choroba zapalna, której cechą charakterystyczną jest:

- **przewlekłe zapalenie stawów - szczególnie rąk i stóp oraz**
- **objawy pozastawowe, które są konsekwencją przewlekłego nieopanowanego immunologicznego stanu zapalnego w organizmie (zajęcie płuc, serca, nerek)**

W reumatoidalnym zapaleniu stawów od momentu pojawienia się pierwszych objawów chorobowych **istotne znaczenie ma czas szczególnie w odniesieniu do:**

- **momentu rozpoznania choroby**
- **decyzji o włączeniu leczenia**
- **kontrolowaniu przebiegu i aktywności choroby**
- **kontrolowaniu skuteczności leczenia i w razie konieczności zmiany terapii**



1 Wczesne rozpoznanie – optymalnie w „oknie terapeutycznym”

W leczeniu RZS w Polsce kierujemy się aktualnymi zaleceniami międzynarodowego towarzystwa reumatologów europejskich - EULAR.

Zalecenia kliniczne mówią o tak zwanym „oknie terapeutycznym”, czyli okresie 12 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów choroby do włączenia terapii, która powinna doprowadzić pacjenta do ustąpienia objawów chorobowych (przede wszystkim zapalenia stawów), czyli do remisji. W polskich warunkach zmieszczenie się w „oknie”, czyli w tych 12 tygodniach od początku objawów do rozpoczęcia leczenia jest często trudne, z uwagi między innymi na długi okres oczekiwania na wizytę u specjalisty reumatologa.

i

Rozpoznanie reumatoidalnego zapalenia stawów oraz decyzji o rozpoczęciu leczenia musi towarzyszyć nadrzędne zalecenie: włączenie terapii choroby najwcześniej jak to jest możliwe.

Daje to szansę choremu na ustąpienie objawów zapalenia stawów, osiągnięcie remisji choroby, co pozwala na zahamowanie lub istotne jej spowolnienie i zapobieganie powikłaniom narządowym.

Gdy leczenie jest włączane z opóźnieniem, bardzo trudno jest uzyskać trwałą remisję objawów chorobowych i skuteczność leczenia jest mniejsza.



2 Cel leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów zgodny z aktualnymi zaleceniami

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami EULAR - celem leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów jest **osiągnięcie remisji**. Jeśli jej osiągnięcie nie jest w pełni możliwe (np. z powodu długiego czasu trwania choroby), celem leczenia może być osiągnięcie **niskiej aktywności choroby**.

Warto podkreślić, że jakakolwiek aktywność RZS wyższa niż niska (a więc umiarkowana czy ciężka) nie jest zadowalającym wynikiem terapii. Zatem, jeśli po okresie 3 i 6 miesięcy od wdrożenia określonego leczenia (leku w odpowiedniej dawce) pacjent nadal nie osiągnął oczekiwanej poprawy – to oznacza, że leczenie powinno być zmienione.

Szansa na osiągnięcie remisji jest tym większa im wcześniej wdrożona zostanie właściwa terapia (tak zwane leczenie modyfikujące przebieg choroby). Osiągnięcie remisji ma znaczenie nie tylko w odniesieniu do stanu pacjenta tu i teraz, ale także w perspektywie długofalowej (chodzi o hamowanie procesu destrukcji stawów i zapobieganie niepełnosprawności).

Wiadomo, że remisja uzyskana na wczesnym etapie choroby utrzymuje się zwykle dłużej niż w okresie zaawansowanego RZS. A zatem kolejnym nadrzędnym zaleceniem jest osiągnięcie **wczesnej remisji** poprzez włączenie terapii modyfikującej przebieg choroby tak wcześnie jak jest to możliwe.



wczesne reumatoidalne zapalenie stawów



3 lata trwania choroby



zaawansowane reumatoidalne zapalenie stawów

i

Remisja – stan, w którym pacjent praktycznie nie zgłasza dolegliwości, a choroba nie jest aktywna.

KROK 1

KROK 2

KROK 3

KROK 4

KROK 5

KROK 6

Droga pacjenta do osiągnięcia remisji

(ustąpienia objawów chorobowych) – miejsce leków klasycznych i biologicznych

KROK 1

KROK 2

KROK 3

KROK 4

KROK 5

KROK 6

Pierwszym krokiem (1) w drodze pacjenta do osiągnięcia remisji jest z całą pewnością moment postawienia rozpoznania reumatoidalnego zapalenia stawów.

Rozpoznanie wstępne (np. „nieokreślone zapalenie stawów”, „podejrzenie RZS”, „zapalenie stawów”, „wczesne zapalenie stawów” etc.) stawiane jest zazwyczaj już przez **lekarza rodzinnego lub internistę** w poradni podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Na tym etapie pacjent może mieć już wykonanych kilka podstawowych badań dodatkowych np.

- **morfologię**
- **OB**
- **czynnik reumatoidalny – RF**
- **badanie ultrasonograficzne stawów - USG**
- **zdjęcia radiologiczne stawów rąk i stóp**

Czasami, z powodu ograniczeń kosztowych, część z tych badań i inne potrzebne do postawienia rozpoznania (np. **przeciwciała przeciwko cyklicznemu cytrulinowemu peptydowi anty-CCP**), są już wykonywane u lekarza specjalisty reumatologa.

Do zapisania się do reumatologa potrzebne jest **skierowanie do poradni specjalistycznej**, na którym lekarz rodzinny wpisuje powód konsultacji (wizyty u specjalisty). **Rozpoznanie ostateczne jest zwykle stawiane przez reumatologa w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)**, a więc właśnie w reumatologicznej poradni specjalistycznej.

W niektórych przypadkach, np. u pacjentów z bardzo ciężkim albo niejednoznacznym obrazem choroby, konieczna może być hospitalizacja w oddziale szpitalnym (w oddziale chorób wewnętrznych i/lub reumatologii). O konieczności hospitalizacji decyduje lekarz rodzinny (internista) lub reumatolog w poradni w zależności od stanu pacjenta.



KROK 1

KROK 2

KROK 3

KROK 4

KROK 5

KROK 6

Kolejnym krokiem (2) w drodze pacjenta do remisji jest po raz pierwszy włączenie terapii modyfikującej przebieg choroby.

Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami klinicznymi EULAR leczenie RZS rozpoczyna się od leków **klasycznych**.

i

Leki klasyczne, to syntetyczne (nie-biologiczne) leki, których historia stosowania w tej chorobie sięga drugiej połowy ubiegłego wieku. Stoi za nimi bardzo długie doświadczenie kliniczne, a także udokumentowana skuteczność u dużej grupy chorych.

Nie każdy pacjent odpowie na takie leczenie, ale przyjmuje się, że około 60% pacjentów ma szansę na osiągnięcie celu terapii, czyli ustąpienia objawów chorobowych przy zastosowaniu właśnie leków klasycznych.

Niestety, obecnie nie są dostępne schematy, które pokazałyby, która terapia (który lek) będzie skuteczna w przypadku określonego pacjenta.

Dlatego właśnie grupy ekspertów stale analizują dostępne wyniki badań i opracowują **standardowe ścieżki terapii**, określając kolejność stosowania pewnych grup leków.

A zatem w przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów zaczyna się **od leków klasycznych modyfikujących przebieg choroby**. W zależności od stanu chorobowego pacjenta, czyli:

- **aktywności choroby**
- **wyników badań przeciwciał: anty-CCP, RF IgM**
- **obecności lub nie wczesnych nadżerek w stawach**
- **innych chorób towarzyszących**

podejmuje się leczenie jednym, lub kolejno następnym lekiem klasycznym w celu osiągnięcia remisji.



KROK 1

KROK 2

KROK 3

KROK 4

KROK 5

KROK 6

Trzeba pamiętać, że leki modyfikujące przebieg choroby, inaczej niż leki sterydowe czy niesteroidowe leki przeciwzapalne, nie działają z dnia na dzień. Na efekt ich działania trzeba trochę poczekać, zwykle nawet kilka tygodni. Dlatego ocena skuteczności leczenia modyfikującego nie ma miejsca **od razu, a dopiero po około 3 miesiącach terapii**. W momencie wdrażania leczenia i w oczekiwaniu na poprawę, lekarz może zaproponować pacjentowi dodatkowo krótkotrwałe zastosowanie glikokortykosteroidów.

Trzeba jednak pamiętać że w przypadku RZS, glikokortykosteroidy nie są lekami podstawowymi. Powinno się je stosować tylko „pomostowo” – czyli bardzo krótko, tak aby zmniejszyć dolegliwości w tym początkowym okresie, kiedy leki modyfikujące nie osiągnęły jeszcze swego docelowego działania. Długotrwałe stosowanie glikokortykosteroidów - nawet w małych dawkach niesie za sobą wiele działań niepożądanych - przede wszystkim osłabienia odporności, ryzyko osteoporozy, cukrzycy posterydowej, itd.

i

Jeśli twoje leczenie glikokortykosteroidami się przedłuży, koniecznie zapytaj swojego lekarza o powód tej decyzji. Nie odstawiaj także leków bez konsultacji z lekarzem!

Ci którzy nie odpowiadają na leczenie klasyczne pomimo stosowania odpowiednich jego dawek i przez odpowiednio długi czas (niejednokrotnie przez 3-6 miesięcy) mogą zostać zakwalifikowani do terapii biologicznych lub leków syntetycznych nowszej generacji.

Lek biologiczny nie jest zamiennikiem leku klasycznego i zazwyczaj stanowi kolejną linię leczenia. Zarówno leki klasyczne, jak i biologiczne i nowsze syntetyczne wymieniane w zaleceniach klinicznych stanowią standard leczenia w przewlekłych chorobach zapalnych stawów, w tym w RZS.



KROK 1

KROK 2

KROK 3

KROK 4

KROK 5

KROK 6

Kolejny krok (3) w drodze do remisji to ocena skuteczności wdrożonej terapii.

Zgodnie z zaleceniami klinicznymi grupy EULAR pacjent powinien osiągnąć remisję (lub ewentualnie niską aktywność choroby) **po 6 miesiącach** terapii danym lekiem (z uwzględnieniem stosowania właściwych jego dawek).

Optymalne dawkowanie wybranych leków klasycznych jest również określone zapisami wytycznych. Jeśli pacjent dobrze toleruje leczenie, powinien mieć odpowiednio zwiększane dawki leków do tych określonych zaleceniami.

Nie osiągnięcie celu terapii przy stosowaniu zbyt małych dawek leków, nie jest wyrazem nieskuteczności określonego leku, a co z tego wynika nie jest wskazaniem do zmiany terapii na kolejną linię. Zwiększanie dawek leków klasycznych może być podejmowane przez reumatologa w przychodni u większości pacjentów nie wymaga kierowania chorego do ośrodka o wyższej referencyjności, w tym do szpitala.

i

Jeśli masz wątpliwości, czy otrzymujesz właściwe dawki leków – zapytaj o to swojego lekarza reumatologa. Nigdy nie zmieniaj dawkowania samodzielnie, bez konsultacji z lekarzem!



KROK 1

KROK 2

KROK 3

KROK 4

KROK 5

KROK 6

Ocena skuteczności leczenia powinna być oparta o jak najbardziej obiektywne i wystandaryzowane wskaźniki oceny aktywności choroby.

W przypadku RZS, w ocenie aktywności choroby stosuje się następujące skale:

- **DAS** (ang. Disease Activity Score)
- **DAS28-OB lub CRP** (skala DAS uwzględniająca w ocenie 28 stawów oraz obiektywne parametry stanu zapalnego OB lub CRP – białko C-reaktywne)
- **SDAI** (uproszczona skala oceny aktywności choroby)

Te skale stosuje się na całym świecie, w tym także w Polsce. Wymienione skale uwzględniają liczbę bolesnych i obrzękniętych stawów, ogólną ocenę aktywności choroby, a także wyniki badań laboratoryjnych.

Jednocześnie z oceną skuteczności, lekarz będzie oceniał **tolerancję zastosowanego leczenia**. Nie ma leków bez działań niepożądanych, ale nie oznacza to oczywiście, że powikłania terapii pojawią się u każdego pacjenta. Wystąpienia działań niepożądanych nie zawsze można przewidzieć, niektóre z nich występują tylko przejściowo, np. na początku terapii.

DAS28

LICZBA BOLESNYCH STAWÓW	5
LICZBA OBRZĘKNIĘTYCH STAWÓW	3
VAS*	8
CRP (mg/l)	5

DAS28 4,46
Umiarkowana aktywność

Jak w przypadku każdej terapii przewlekłej, także i w RZS, należy wykonywać okresowe badania monitorujące stan pacjenta obejmujące także badania laboratoryjne oceniające między innymi:

- **nasilenie procesu zapalnego** (OB, CRP)
- **pracę nerek** (np. stężenie kreatyniny, GFR – wskaźnik przesączania kłębuszkowego)
- **analizę moczu**
- **pracę wątroby** (np. aktywność aminotransferaz, stężenie bilirubiny)
- **pracę szpiku kostnego** (np. morfologia krwi z rozmazem)

W trakcie terapii będziesz otrzymywał skierowania na takie badania od swojego lekarza reumatologa.

i

Pamiętaj, aby dopytać, kiedy dokładnie wykonać badania (np. w dniu, czy w przeddzień wizyty, rano, na czczo).

*VAS - ang. Visual Analogue Scale - wizualna skala analogowa; w przypadku kalkulatora DAS28 dotyczy oceny choroby dokonanej przez pacjenta.

KROK 1

KROK 2

KROK 3

KROK 4

KROK 5

KROK 6

Czwartym (4) krokiem ku remisji jest decyzja reumatologa w poradni specjalistycznej o kwalifikacji pacjenta do leczenia kolejnej linii (np. leczenia biologicznego).

Zgodnie z obowiązującymi zasadami leczenia lekami które stosuje się w RZS są: zarówno leki klasyczne jak i biologiczne i nowsze syntetyczne.

Zgodnie z dotychczasowymi obserwacjami nie wszyscy chorzy na RZS, u których zastosuje się leki klasyczne osiągną oczekiwaną poprawę. Jeśli pacjent nadal ma umiarkowaną lub dużą aktywność choroby, lub nie toleruje zastosowanych leków klasycznych powinien mieć zmodyfikowane leczenie. W takiej sytuacji stawiany jest **kolejny krok na drodze pacjenta do remisji**.

W chwili obecnej leczenie kolejnej linii jest refundowane dla pacjentów w ramach obowiązującego programu lekowego B.33. Aktualna treść programu, w którym są przedstawione kryteria włączenia do programu jest dostępna na stronie Ministerstwa Zdrowia pod adresem:

www.gov.pl/web/zdrowie/choroby-nieonkologiczne

W 2021 roku zapisy programów lekowych w reumatologii uległy istotnym zmianom, które miały na celu poprawę dostępu do terapii kolejnych linii, a przede wszystkim wydłużenie leczenia zgodnie z wiedzą medyczną, bez administracyjnego ograniczenia czasu terapii.

Wszyscy pacjenci, którzy są już lub właśnie są włączani do programu lekowego B.33, mogą mieć stosowane leczenie w tym programie (w tym leki biologiczne) tak długo jak jest to uzasadnione medycznie. Nie ma więc obaw, że po półrocznej terapii i osiągnięciu remisji leczenie to zostanie przerwane z powodu ograniczeń systemowych. **Leczenie biologiczne jest na całym świecie stosowane u pacjentów przez wiele lat.**

Otwórz stronę z pomocą kodu QR



i

Decyzja o przerwaniu terapii lub zmniejszeniu jej intensywności powinna być podejmowana przez lekarza reumatologa w porozumieniu z pacjentem.



KROK 1

KROK 2

KROK 3

KROK 4

KROK 5

KROK 6

W obecnej sytuacji refundacyjnej kwalifikację do leczenia biologicznego w ramach programu lekowego B.33 formalnie prowadzi ośrodek leczenia biologicznego, który ma podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) na prowadzenie takiej terapii.

Zanim pacjent trafi do ośrodka leczenia biologicznego, wstępna decyzja o kwalifikacji należy do reumatologa w rejonowej poradni specjalistycznej, a więc właśnie tego lekarza, który do tej pory sprawował opiekę reumatologiczną nad pacjentem. Niewystarczająca odpowiedź na dotychczasowe leczenie klasyczne powinna warunkować taką właśnie decyzję.

i

Jeśli chciałbyś dowiedzieć się, czy w Twoim przypadku zmiana leczenia mogłaby być uzasadniona, zapytaj o to swojego lekarza reumatologa.

Leki biologiczne zgodnie z wytycznymi klinicznymi to standard terapeutyczny. Choć nie są one na ten moment dostępne w refundacji poza ośrodkami biologicznymi, leczenie biologiczne nie jest terapią ratunkową, czy eksperymentalną.

To nie ostatnia deska ratunku, tylko kolejna linia leczenia dla tych pacjentów, którzy nie osiągnęli celu leczenia (remisji) lekami klasycznymi i jednocześnie nie mają przeciwwskazań do leczenia biologicznego.



KROK 1

KROK 2

KROK 3

KROK 4

KROK 5

KROK 6

Za decyzją kwalifikacji pacjenta do leczenia kolejną linią, powinny iść działania obejmujące:

- **wystawienie skierowania do szpitala (poradni przyszpitalnej),** w którym prowadzone jest leczenie biologiczne (jest podpisany kontrakt z NFZ na prowadzenie takiej terapii), wraz z rozpoznaniem i krótką notatką obejmującą dotychczasowe leczenie, nieskuteczność lub nietolerancję stosowanych leków, dawki leków, wyniki ostatniej oceny aktywności choroby;
- **wykonanie pierwszych badań dodatkowych potrzebnych w procesie kwalifikacji** (morfologii, OB, CRP, stężenie kreatyniny, aminotransferaz, analizy moczu, zdjęcia RTG klatki piersiowej). Dobrze, jeżeli chory ma oznaczony czynnik reumatoidalny oraz przeciwciała anti-CCP (ACPA).

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że wyniki różnych badań mają różny czas swej ważności. Na przykład w odniesieniu do zdjęcia radiologicznego, zwykle wystarczy zdjęcie z ostatnich 6 miesięcy. W odniesieniu do badań laboratoryjnych ten okres może być istotnie krótszy.



i

Jeśli Twój lekarz reumatolog zaproponował Ci skierowanie do ośrodka leczenia biologicznego, zapytaj go, które badania można zrobić jeszcze przed wizytą w ośrodku, a które nie. Zapytaj także do którego ośrodka powinieneś się zgłosić (warto, aby lekarz wpisał nazwę i adres placówki na skierowaniu).

KROK 1

KROK 2

KROK 3

KROK 4

KROK 5

KROK 6

Kolejnym krokiem (5) w drodze do remisji jest pierwsza wizyta w ośrodku prowadzącym leczenie biologiczne.

Ośrodki leczenia biologicznego są zwykle umiejscowione w dużych szpitalach: np. wojewódzkich czy uniwersyteckich, ale nie tylko. W ramach tych szpitali często funkcjonują także przychodnie przyszpitalne, w których pacjent prowadzony jest ambulatoryjnie. **Pierwsza wizyta w ośrodku prowadzącym leczenie biologiczne może być jednocześnie jednodzienną hospitalizacją, w trakcie której lekarz prowadzący wykona serię badań niezbędnych w procesie kwalifikacji do określonej terapii oraz ponownie określi aktywność choroby.**

Większość z tych badań to badania laboratoryjne, ale potrzebne mogą się także okazać inne badania dodatkowe (np. obrazowe) czy konsultacje specjalistyczne. Zakres badań jest częściowo określony procedurą programu lekowego. Inne ewentualne badania wynikać będą z indywidualnych potrzeb u danego pacjenta.

Zgodnie z zapisami programu lekowego, pierwsza kwalifikacja pacjenta do leczenia biologicznego musi zostać potwierdzona przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Takie akceptacje odbywają się na bieżąco. Aby było to jednak możliwe lekarz musi wprowadzić niektóre dane pacjenta, w tym jego wyniki badań, do systemu elektronicznego SMPT.

W ten sposób pacjent jest kwalifikowany do programu i do leczenia wybranym lekiem. W razie konieczności zmiany leku na inny w ramach tego samego programu, nie będzie już konieczne uzyskanie kolejnej zgody Zespołu Koordynacyjnego.



KROK 1

KROK 2

KROK 3

KROK 4

KROK 5

KROK 6

Kolejny krok (6) to już leczenie nowym lekiem.

Wcale nierzadko nowy lek (np. biologiczny) jest dołączany do już stosowanego leku klasycznego (w tej samej lub tym razem mniejszej dawce). Podobnie jak w przypadku leków klasycznych, tak i w przypadku leków biologicznych modyfikujących przebieg choroby, na ich pełne działanie trzeba poczekać kilka tygodni. Dlatego „pomostowo” (czyli czasowo) lekarz może ponownie zadecydować o włączeniu glikokortykosteroidów.

Pierwsza wizyta po włączeniu leczenia biologicznego odbywa się zgodnie z zapisami programu po około 3 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od włączenia nowego leku. Ma to również swoje uzasadnienie w wytycznych klinicznych (EULAR), które mówią o tym, że zauważalna poprawa powinna pojawić się właśnie w ciągu pierwszych 3 miesięcy, a cel leczenia, czyli remisja lub niska aktywność choroby po 6 miesiącach terapii.

W przypadku leków podawanych podskórnie, pacjent otrzymuje leki do domu, po uprzednim dokładnym szkoleniu dotyczącym zasad wykonywania zastrzyków. Warto pamiętać, że niektóre zasady są wspólne (np. czystość w trakcie wykonywania iniekcji), a inne mogą się różnić między lekami różnych producentów.

i

Nie zapomnij o szkoleniu dotyczącym podawania leku. Jeśli masz nadal wątpliwości skontaktuj się z ośrodkiem lub producentem leku i zadaj pytanie.



KROK 1

KROK 2

KROK 3

KROK 4

KROK 5

KROK 6

Oprócz zapasu leków możesz otrzymać także kartę ostrzegawczą/przypominającą zawierającą istotne informacje o bezpieczeństwie terapii lub inne materiały edukacyjne jeśli takie zostały przygotowane przez producenta.

i

Jeśli masz jakiegokolwiek pytania dotyczące terapii, porozmawiaj ze swoim lekarzem w ośrodku prowadzącym leczenie biologiczne.

Jeśli wystąpią jakieś działania niepożądane zgłoś je lekarzowi. Możesz je dodatkowo zgłosić do producenta leku (w ulotce powinny być podane dane kontaktowe) i/lub Polskiego Urzędu Rejestracji Leków.

Ocena skuteczności terapii danym lekiem biologicznym jest w trakcie dalszego leczenia oceniana okresowo - później już nawet co 6 miesięcy i przy skuteczności leczenia terapia jest kontynuowana.

W niektórych przypadkach po kilku, kilkunastu miesiącach skutecznej terapii danym lekiem może pojawić się wtórna nieskuteczność leku i wtedy powinien być on zamieniony na inny lek. Decyzję o ewentualnej zmianie terapii podejmuje lekarz prowadzący w ośrodku leczenia biologicznego w porozumieniu z pacjentem.

Przy utrzymywaniu się długotrwałej remisji na określonym schemacie leczenia, lekarz może rozważyć stopniową redukcję dawek leków i/lub wydłużenie odstępów pomiędzy kolejnymi dawkami.

Decyzje o stopniowej redukcji dawki leku biologicznego na którym uzyskano remisję powinna być dobrze rozważona i przedyskutowana przez chorego i reumatologa.

Gdy po redukcji dawkowania leku objawy chorobowe nasilą się zawsze można powrócić do poprzedniego schematu dawkowania leków.



3 Uwagi końcowe

Reumatoidalne zapalenie stawów jest poważną przewlekłą chorobą zapalną, która nieleczona prowadzi do nieuchronnego znacznego uszkodzenia układu ruchu w tym przede wszystkim rąk i stóp. Ponieważ jest to układowa choroba tkanki łącznej towarzyszy jej wiele zmian w różnych narządach które z czasem mogą przyczyniać się do skrócenia życia chorego.

Wieloletni przebieg aktywnej, niewłaściwie leczonej choroby prowadzi do znacznej niepełnosprawności i skróconej przeżywalności.

W ostatnich kilkudziesięciu latach w miarę coraz lepszego poznania patogenezы choroby (uwarunkowań i mechanizmów jej rozwoju) leczenie RZS stało się dostępne i skuteczne. Dysponujemy obecnie wieloma lekami o różnych mechanizmach działania, które można dobrać odpowiednio do danego pacjenta, do jego aktywności choroby oraz do innych chorób u niego występujących.

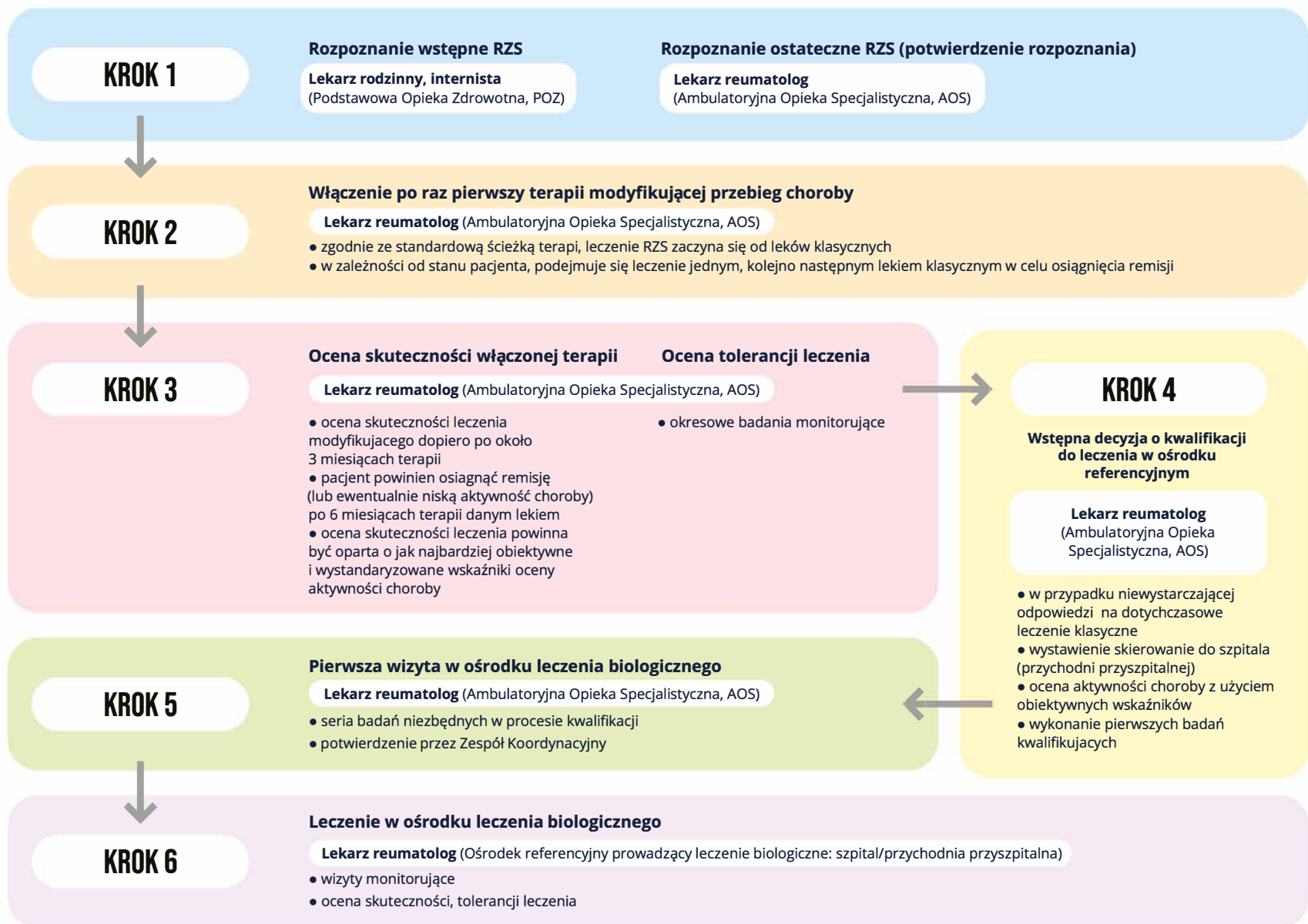
Wiadomo, że jak najwcześniejsze rozpoczęcie leczenia ma kluczowe znaczenie w ograniczeniu szkód jakie choroba może wywołać. Droga chorego na RZS od rozpoznania choroby do właściwego i skutecznego jej leczenia jest już określona przez międzynarodowe obowiązujące w Polsce schematy postępowania terapeutycznego. **Większość leków skutecznych w leczeniu RZS jest w Polsce dostępna.**

Bardzo ważne jest by zasady leczenia choroby były wprowadzone do praktyki klinicznej i dostępne dla chorego w każdym zakątku naszego kraju.

W niniejszym opracowaniu zostały przedstawione etapy postępowania od pojawienia się objawów klinicznych choroby do szybkiego postawienia rozpoznania i wdrożenia odpowiedniego leczenia.

Informacje te powinny ułatwić choremu na reumatoidalne zapalenie stawów poruszanie się w gęstwinie trudnych problemów związanych z rozpoznaniem i leczeniem choroby.





WYJAŚNIENIE: Hospitalizacja w oddziale szpitalnym: preferowany tryb hospitalizacji jednodniowej

SANDOZ