



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Oceny Technologii Medycznych

Profilaktyka i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów

Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych,
działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej
oraz warunków realizacji tych programów
(art. 48aa ust. 1 Ustawy)

Raport nr: OT.423.4.2018

Warszawa, czerwiec 2020

Streszczenie

Problem decyzyjny

Agencja do dnia 24.06.2020 roku, zgodnie z trybem określonym w Ustawie o świadczeniach, otrzymała 1 PPZ z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania RZS. Agencja do ww. PPZ wydała opinię warunkowo pozytywną.

Podsumowanie problemu zdrowotnego

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest to przewlekła choroba układowa tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. RZS charakteryzuje się nieswoistym zapaleniem symetrycznych stawów oraz występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych, które mogą prowadzić do niepełnosprawności, inwalidztwa i przedwczesnej śmierci. Wyróżnia się serologicznie dodatnią albo ujemną postać choroby (Szczeklik 2017).

Etiologia RZS nie jest dotychczas wystarczająco poznana, a w patogenezie tego schorzenia rolę odgrywają takie czynniki, jak: zakażenia, czynniki genetyczne i środowiskowe. Szacuje się, że wpływ genów na ryzyko zachorowania na RZS wynosi około 50-60%. Wystąpienie RZS w rodzinie zwiększa ryzyko zachorowania u osób w pierwszym stopniu pokrewieństwa od 2 do 10 razy. Kobiety częściej zapadają na to schorzenie w stosunku do mężczyzn (ryzyko 3:1), a przyczyny tego stanu nadal nie są znane (IRW 2014). Czynniki środowiskowe związane z występowaniem RZS to m.in. palenie tytoniu i choroby przyzębia (Szczeklik 2017).

Rozpoznanie RZS ustala się obecnie na podstawie kryteriów EULAR/ACR z 2010 r. u pacjentów, u których występuje klinicznie jawne zapalenie błony maziowej ≥ 1 stawu lub u których zapalenia błony maziowej nie można lepiej wyjaśnić inną chorobą (Szczeklik 2017).

Badania pomocnicze w diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów obejmują badania laboratoryjne, badanie płynu stawowego i badania obrazowe. Ponadto każda napotkana forma zapalenia stawów, w szczególności zajmująca stawy rąk, wymaga różnicowania z RZS (Szczeklik 2017).

Choroba typowo atakuje te same miejsca po obu stronach ciała. Początkowo są to drobne stawy rąk i stóp, a w miarę postępu choroby wiele innych stawów. Charakterystycznymi objawami tej choroby są: ból i sztywność poranna, obrzęki, tkliwość stawów na ucisk, ograniczenie ruchomości stawów oraz deformacje stawów (Guła 2017).

Podstawowym celem leczenia chorego na RZS jest długotrwała poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem, którą można osiągnąć poprzez kontrolę objawów choroby, zapobieganie zmianom destrukcyjnym oraz przywrócenie sprawności i funkcjonowania w społeczeństwie. Metody stosowane w leczeniu RZS obejmują edukację pacjenta, leczenie farmakologiczne, rehabilitację oraz leczenie ortopedyczne (Szczeklik 2017).

Zastosowanie strategii wczesnego wykrywania i intensywnego leczenia, umożliwia osiągnięcie remisji i wpływa na opóźnienie rozwoju niesprawności w ciągu 2 pierwszych lat choroby. Chorzy z RZS żyją zazwyczaj 7 lat krócej w porównaniu z populacją ogólną. Główne przyczyny to częstsze i wcześniejsze występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego (Szczeklik 2017). Etiologia RZS nie jest jeszcze w pełni poznana, dlatego nie ma możliwości wdrożenia skutecznej profilaktyki. Można jednak starać się wpływać na niektóre czynniki środowiskowe przyczyniające się do zwiększenia liczby zachorowań, takie jak: ograniczenie palenia tytoniu, zapobieganie infekcjom czy zwalczanie nadwagi (IRW 2014).

Podsumowanie epidemiologii

Oszacowanie liczby pacjentów chorych na choroby reumatyczne w Polsce jest trudne. Brakuje wiarygodnych danych dotyczących pacjentów reumatologicznych leczonych w systemie otwartym, sprawozdawczość poradni reumatologicznych jest niepełna, a dane NFZ nie uwzględniają świadczeniodawców niezawierających umów z płatnikiem (UŁ 2011).

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układowych tkanki łącznej w Polsce, w roku 2016, zgłoszono ponad 15 tys. przypadków schorzeń z ww. grupy chorób. Najwyższy współczynnik zapadalności rejestrowanej w 2016 r., na choroby układu tkanki łącznej, odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (38,4/100 tys. osób). Najniższą wartość tego wskaźnika odnotowano natomiast w województwie kujawsko-pomorskim (23,2/100 tys. osób) (MPZ 2018).

Zapadalność rejestrowana na choroby układowe tkanki łącznej różni się w ściśle określonych grupach wiekowych. Szczyt zapadalności w przypadku mężczyzn przypada na grupę wiekową 65+ (39,9/100 tys.).

Natomiast wśród kobiet największy wskaźnik zapadalności przypada na grupę wiekową 54-64 lat (80,8/1000 tys.). Najmniejszą zapadalność na choroby układowe tkanki łącznej odnotowuje się w przedziale wiekowym <18, w przypadku kobiet (10,9/100 tys.) oraz w wieku 18-44 lat, w przypadku mężczyzn (4,3/100 tys.) (MPZ 2018).

Główny Urząd Statystyczny w raporcie opisującym liczbę zgonów wśród Polaków na reumatoidalne zapalenie stawów, nie podaje szczegółowych danych dotyczących ww. choroby. Należy podkreślić, iż RZS jest zaliczane do grupy chorób układowych tkanki łącznej, przez co poniższe dane mają charakter zbiorczy. Między latami 2007 a 2018, liczba zgonów z powodu chorób układowych tkanki łącznej oscyluje między 400-500 zgonów. Najmniejszą liczbę zgonów odnotowano w 2010 roku na poziomie 473 przypadków. W roku 2013 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu ww. grupy chorób na poziomie 612 zgonów (GUS 2020).

Podsumowanie rekomendacji

Do analizy włączono 9 najaktualniejszych rekomendacji/wytycznych. Nie odnaleziono żadnych aktualnych rekomendacji polskich towarzystw naukowych.

Odnalezione rekomendacje nie odnoszą się do działań profilaktycznych. Większość skupia się na późnej diagnostyce oraz leczeniu rozwiniętej postaci RZS. Autorzy rekomendacji podkreślają, że brak jest jednoznacznych dowodów klinicznych, które pozwoliłyby na jednoznaczne stwierdzenie zasadności prowadzenia działań nakierowanych na profilaktykę reumatoidalnego zapalenia stawów (NICE 2018, EULAR 2015, SIGN 2011).

W większości rekomendacji zaleca się prowadzenie działań edukacyjnych dla pacjentów z RZS oraz ich rodzin. W ramach edukacji należy skupić się nie tylko na metodach leczenia, ale także na modyfikowalnych czynnikach ryzyka, które mogły stanowić przyczynę wystąpienia RZS lub mogą prowadzić do zaostrzeń choroby (NICE 2018, EULAR 2015, FSR 2014, SIGN 2011, TLAR 2011, OP 2011).

W 7 rekomendacjach zaleca się prowadzenie kontrolnych wizyt u lekarza w celu identyfikacji osób, u których pojawiają się wczesne objawy RZS lub dochodzi do niewyjaśnionego opuchnięcia i bolesności stawów. W oparciu o postawioną diagnozę należy skierować pacjenta do dalszej diagnostyki oraz, jeśli jest to uzasadnione, na leczenie (NICE 2018, FSR 2014, BSR 2013, SIGN 2011, TLAR 2011, HKSR 2010, ACR/EULAR 2010).

W ramach działań profilaktycznych RZS, możliwe jest także prowadzenie szkoleń na temat pozytywnych i prewencyjnych aspektów aktywności fizycznej (NICE 2018, EULAR 2015, SIGN 2011).

W części rekomendacji podkreśla się potrzebę zapewnienia pacjentom z RZS dostępu do zespołu wielodyscyplinarnego celem zwiększenia efektywności edukacji oraz poprawy efektywności działań leczniczych (EULAR 2015, SIGN 2011).

Podsumowanie dowodów skuteczności klinicznej

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do skuteczności aktywności fizycznej w ograniczaniu prawdopodobieństwa wystąpienia RZS. W przeglądzie systematycznym Zaccardelli 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu aktywności fizycznej na prawdopodobieństwo wystąpienia RZS. Prowadzenie przez pacjentów z grupy ryzyka działań z zakresu aktywności fizycznej prowadzi do obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia RZS do poziomu $RR=0,62$ [95%CI: (0,42-0,92)] w stosunku do ich niestosowania. W oparciu o wyniki przeglądu można stwierdzić, że należy edukować populację na temat prewencji RZS poprzez aktywność fizyczną.

W ramach wyszukiwania odnaleziono także dowody wtórne odnoszące się do zidentyfikowania czynników ryzyka wystąpienia RZS w populacji ogólnej. Autorzy przeglądu systematycznego Zaccardelli 2019 stwierdzają, iż palenie tytoniu prowadzi do zwiększenia szansy wystąpienia RZS w populacji do poziomu $OR=1,87$. Tyczy się to także osób, które zaprzestały lub ograniczyły palenie tytoniu, $OR=1,76$. Autorzy przeglądu dokonali w tym przypadku oszacowania średniego OR w oparciu o 16 badań obserwacyjnych. Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Lahiri 2012 gdzie dokonano oszacowania szansy wystąpienia RZS zarówno w populacji palących kobiet jak i mężczyzn. W przypadku palących mężczyzn szansa wystąpienia RZS wzrasta do poziomu $OR= 3,91$ [95%CI: (2,78-5,50)]. W populacji palących kobiet natomiast szansa rozwinięcia RZS wzrasta do poziomu $OR=1,29$ [95%CI: (0,94-1,77)].

W oparciu o wyniki analiz można uznać, że należy edukować populację na temat szkodliwości palenia oraz związanego z nim ryzykiem rozwoju RZS. Istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia RZS jest także nadwaga lub otyłość. Autorzy przeglądu systematycznego Zaccardelli 2019 stwierdzają, że prawdopodobieństwo wystąpienia RZS u osób z nadwagą/otyłych wacha się między $RR=1,21$ [95%CI: (1,02-1,44)] a $RR=1,45$ [95%CI: (1,07-1,95)]. Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Feng 2019. W publikacji tej

autorzy dokonali oszacowania wpływu nadwagi i otyłości na rozwój RZS. Zgodnie z wynikami tej metaanalizy, nadwaga w porównaniu do prawidłowej wagi sprzyja zachorowaniu na RZS, podnosząc prawdopodobieństwo do poziomu $RR=1,12$ [95%CI: (1,04-1,20)]. Tyczy się to także nadwagi, gdzie prawdopodobieństwo wystąpienia RZS wzrasta do poziomu $RR=1,23$ [95%CI: (1,09-1,39)].

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do prowadzenia działań skierowanych na samo ochronę stawów, w tym ćwiczeń rozluźniających i poprawiających ruchomość stawów. W przypadku metaanalizy Bobos 2019 autorzy oszacowali skuteczność ww. metody w minimalizowaniu bólu oraz poprawie funkcjonalności stawów dłoni, dotkniętych wczesną postacią RZS. W przypadku stosowania ww. ćwiczeń dochodzi do ogólnego zminimalizowania odczuwanego bólu. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że stosowanie tej metody jest efektywne w dłuższych perspektywach czasowych. Stosowanie tych działań przez okres krótszy niż 5 miesięcy, okazało się być nieistotne statystycznie - $MD=0,00$ [95%CI: (-0,42-0,42)]. Autorzy metaanalizy oszacowali, że prowadzenie działań z zakresu samooprochrony stawów prowadzi do obniżenia częstotliwości odczuwania bólu do poziomu $MD = -0,49$ [95%CI: (-0,75 - -0,22)] w sytuacji prowadzenia tych działań przez okres między 5 a 8 miesięcy. Podobne wyniki można otrzymać w sytuacji prowadzenia tych działań przez okres roku, kiedy to częstotliwości odczuwania bólu obniża się o $MD= -0,32$ [95%CI: (-0,53 - -0,11)]. Prowadzenie tych działań prowadzi także do poprawy ruchomości stawów. W efekcie dochodzi do zmniejszenia częstotliwości występowania ograniczenia ruchomości stawów do poziomu $MD=-0,49$ [95%CI: (-0,75 - -0,22)], dla średniej perspektywy czasu (5-8 miesięcy), oraz do poziomu $MD= -0,31$ [95%CI: (-0,50 - -0,11)], w przypadku dłuższej perspektywy (12 miesięcy). W oparciu o te dane można założyć, że należy prowadzić działania edukacyjne w tym zakresie.

Podsumowanie dowodów bezpieczeństwa

W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono dowodów wtórnych, które odnosiły się do potencjalnych działań niepożądanych związanych z prowadzeniem działań profilaktycznych skierowanych na reumatoidalne zapalenie stawów. W ramach rekomendacji również nie wskazano żadnych szkód, które byłyby związane z prowadzeniem działań profilaktycznych RZS.

Niniejsze opracowanie stanowi wyjściową wersję Raportu.

Zastosowane skróty:

| | |
|---------------------|--|
| ACPA | przeciwciała przeciwko cytrulinowanym białkom ang. <i>anti-citrullinated protein autoantibodies</i> |
| ACR | ang. <i>American College of Rheumatology</i> |
| ALT | aminotransferaza alaninowa |
| AMSTAR | ang. <i>Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews</i> |
| ANA | przeciwciała przeciwjądrowe ang. <i>antinuclear antibodies</i> |
| anty-CCP | przeciwciała przeciw cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi ang. <i>anti-cyclic citrullinated peptide autoantibodies</i> |
| AOS | Ambulatoryjna Opera Specjalistyczna |
| AOTMiT | Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji |
| AST | aminotransferaza asparaginianowa |
| BMI | wskaźnik masy ciała ang. <i>body mass index</i> |
| BSR | ang. <i>Brazilian Society of Rheumatology</i> |
| CDAI | kliniczny wskaźnik aktywności choroby ang. <i>clinical indicator of disease activity</i> |
| CRP | białko C-reaktywne ang. <i>c reactive protein</i> |
| DAS28 | wskaźnik aktywności choroby ang. <i>disease activity score</i> |
| DNA | ang. <i>deoxyribonucleic acid</i> |
| DPPZ | Dział Programów Polityki Zdrowotnej |
| EFS | Europejski Fundusz Społeczny |
| EULAR | ang. <i>European League Against Rheumatism</i> |
| FSR | ang. <i>French Society for Rheumatology</i> |
| GRADE | ang. <i>The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i> |
| GUS | Główny Urząd Statystyczny |
| HAQ | kwestionariusz oceny stanu zdrowia ang. <i>health assessment questionnaire</i> |
| HKSR | ang. <i>Hong Kong Society of Rheumatology</i> |
| HLA-DRB1 | antygen ludzkich leukocytów ang. <i>human leukocyte antigens</i> |
| ICD | Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> |
| ICER | ang. <i>Incremental Cost Effectiveness Ratio</i> |
| IgM | immunoglobuliny typu M |
| IOHSGI | ang. <i>Irish Oral Health Services Guideline Initiative</i> |
| IRW | Instytut Reumatologii w Warszawie |
| JST | Jednostki Samorządu Terytorialnego |
| KK | Konsultant Krajowy |
| KW | Konsultant Wojewódzki |
| LMPCh | leki modyfikujące przebieg choroby |
| MD | wartość środkowa ang. <i>middle value</i> |
| mHAQ/ HAQ-DI | wskaźnik zdolności funkcjonalnej/ niepełnosprawności ang. <i>health assessment questionnaire /disability</i> |
| min | minuta |
| mm | milimetr |
| mmol/l | milimol na litr |
| MPZ | mapy potrzeb zdrowotnych |
| MR | rezonans magnetyczny ang. <i>magnetic resonance</i> |
| MZ | Ministerstwo Zdrowia |
| NFZ | Narodowy Fundusz Zdrowia |
| NICE | ang. <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> |

| | |
|-----------------------|--|
| OB | odczyn Biernackiego |
| OP | ang. <i>Ottawa Panel</i> |
| OR | ang. <i>odds ratio</i> |
| Power Doppler | technika ultrasonograficzna stosowana przy badaniu naczyń obwodowych |
| POZ | Podstawowa Opieka Zdrowotna |
| PPZ | Program Polityki Zdrowotnej |
| PTPN2 | niereceptorowe białko fosfatazy tyrozynowej typu 2 ang. <i>phosphatase tyrosine protein non-receptor type2</i> |
| RACGP | ang. <i>Royal Australian College of General Practitioners</i> |
| RF | czynnik reumatoidalny ang. <i>Rheumatoid Factors</i> |
| Rozporządzenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej Dz. U. 2019 poz. 736. |
| RR | ang. <i>Relative Risk</i> |
| RTG | rentgenografia |
| RTG AP | rentgenografia w projekcji przednio-tylnej ang. <i>anterior posteriorly</i> |
| RZS | reumatoidalne zapalenie stawów |
| SDAI | liczba bolesnych stawów ang. <i>simplified disease activity index</i> |
| SIGN | ang. <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i> |
| TK | tomografia komputerowa |
| TLAR | ang. <i>Turkish League Against Rheumatism</i> |
| US DHHS | ang. <i>U.S. Department of Health and Human Services</i> |
| USG | ultrasonografia |
| USPSTF | ang. <i>U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement</i> |
| Ustawa | Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm. |
| WHO | ang. <i>World Health Organization</i> |

Spis treści

| | |
|---|----|
| 1. Problem decyzyjny | 8 |
| 2. Problem zdrowotny | 9 |
| 2.1. Opis jednostki chorobowej..... | 9 |
| 2.2. Wskaźniki epidemiologiczne..... | 15 |
| 2.3. Znaczenie dla zdrowia obywateli..... | 22 |
| 3. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania..... | 23 |
| 3.1. Aktualne postępowanie i stan finansowania ze środków publicznych w innych krajach..... | 26 |
| 3.2. Wskazanie opcjonalnych technologii medycznych (zgodnie z art. 48aa ust. 7 pkt. 4)..... | 26 |
| 4. Rekomendacje kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu | 27 |
| 5. Opinie ekspertów klinicznych | 39 |
| 6. Analiza kliniczna | 54 |
| 6.1. Metodologia wyszukiwania dowodów naukowych..... | 54 |
| 6.2. Ocena jakości włączonych badań wtórnych..... | 54 |
| 6.3. Wyniki analizy skuteczności i bezpieczeństwa..... | 56 |
| 6.3.1. Charakterystyka badań włączonych do analizy | 56 |
| 6.3.2. Wyniki analizy skuteczności | 59 |
| 6.3.3. Wyniki analizy bezpieczeństwa | 62 |
| 6.3.4. Przegląd analiz ekonomicznych | 62 |
| 6.4. Ograniczenia analizy klinicznej..... | 62 |
| 7. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego..... | 63 |
| 8. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej w danym problemie zdrowotnym | 64 |
| 9. Uzasadnienie dla modelowego rozwiązania | 66 |
| 10. Piśmiennictwo..... | 67 |
| 11. Załączniki..... | 69 |

1. *Problem decyzyjny*

<Opisać historię zlecenia, ew. korespondencję ze zleciennodawcą lub opisać szczegółowo wynik weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej >

Zgodnie z art. 48aa. 1. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy Ministra właściwego do spraw zdrowia, dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów PPZ i na podstawie wskazanej weryfikacji przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Zgodnie z art. 48aa ust. 6 Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Prezesowi Agencji opracowanie i wydanie rekomendacji, o której mowa w ust. 5, dotyczącej danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Dnia 9.11.2018 do Agencji wpłynęło zlecenie FZR.9081.60.2018.JI dotyczące przygotowania rekomendacji o których mowa w art. 48aa ust. 5 ustawy w zakresach zgodnych z realizowanymi przez Ministerstwo Zdrowia, posiadającymi pozytywne opinie Agencji, programami współfinansowanymi przez Unię Europejską w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Zlecenie otrzymało numer 226/2018.

Agencja do dnia 24.06.2020 roku, zgodnie z trybem określonym w Ustawie o świadczeniach, otrzymała 1 PPZ z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania RZS. Agencja wydała do niego opinię pozytywną.

2. Problem zdrowotny

<Opis problemu zdrowotnego, którego dotyczy Raport, w tym znaczenie dla sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, czynniki ryzyka, etiologia, objawy, najważniejsze informacje na temat leczenia i diagnostyki>

2.1. Opis jednostki chorobowej

Opis jednostki chorobowej

Reumatoidalne zapalenie stawów (ICD10: M05 - serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów, M06 - inne reumatoidalne zapalenia stawów)¹.

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) dawniej gościec przewlekłe postępujący, jest to przewlekła choroba układowa tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. RZS charakteryzuje się nieswoistym zapaleniem symetrycznych stawów oraz występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych, które mogą prowadzić do niepełnosprawności, inwalidztwa i przedwczesnej śmierci. Zależnie od występowania lub braku w surowicy autoprzeciwciał (czynnika reumatoidalnego w klasie IgM lub przeciwciał przeciwko cytrulinowanym peptydom – ACPA) wyróżnia się serologicznie dodatnią albo serologicznie ujemną postać choroby².

Etiologia i patogenez

Etiologia RZS nie jest dotychczas wystarczająco poznana, a w patogenezie tego schorzenia rolę odgrywają takie czynniki, jak: zakażenia, czynniki genetyczne i środowiskowe. Szacuje się, że wpływ genów na ryzyko zachorowania na RZS wynosi około 50-60%. Wystąpienie RZS w rodzinie zwiększa ryzyko zachorowania u osób w pierwszym stopniu pokrewieństwa od 2 do 10 razy. Niektóre geny odgrywają kluczową rolę w podatności na zachorowanie na RZS oraz przebieg tej choroby. W Europie u 50% chorych na RZS występują 2 geny HLA-DRB1 i PTPN2. Obecność tych genów u chorych na RZS świadczy o ich rzeczywistym związku ze zwiększonym ryzykiem zachorowania. Kolejnym czynnikiem wpływającym na ryzyko wystąpienia reumatoidalnego zapalenia stawów jest płeć. Kobiety częściej zapadają na to schorzenie w stosunku do mężczyzn (ryzyko 3:1), a przyczyny tego stanu nadal nie są znane. Wiadomo, że nie są one jedynie skutkiem wpływu hormonów żeńskich, ale prawdopodobnie również wynikają z mutacji w chromosomie X³.

Czynniki środowiskowe związane z występowaniem RZS to m.in. palenie tytoniu i choroby przyzębia (zakażenie bakterią *Porphyromonas gingivalis*). Bakteria ta wywołuje nieprawidłową cytrulinację białek, powodując konwersję argininy w cytrulinę, co w następstwie powoduje przełamanie miejscowej tolerancji cytrulinowanych peptydów. Limfocyty B produkujące przeciwciała przeciwko cytrulinowanym peptydom (ACPA) występują we krwi i w błonie maziowej stawów. ACPA aktywują makrofagi, w tym osteoklasty, poprzez tworzenie kompleksów immunologicznych lub wiązanie cytrulinowanej wimentyny znajdującej się na powierzchni tych komórek. W procesie zapalnym istotną rolę odgrywają chemokiny i cytokiny, prowadzące do nasilenia i indukcji odpowiedzi immunologicznej poprzez aktywację komórek śródbłonna i przeniknięcie do jamy stawowej komórek immunokompetentnych. W miejscach połączenia chrząstki, kości i okostnowego przyczepu błony maziowej powstają nadżerki kostne. Chrząstka stawowa jest wtedy rozkładana przez metaloproteinazy i inne enzymy. RZS pod względem patologii jest uznawana za chorobę heterogenną, co implikuje występowanie różnych podtypów choroby i jej zróżnicowany przebieg⁴.

¹ World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf, dostęp z 25.05.2020

² Flisiak, R., Szechiński, J. (2017). Choroby przenoszone przez kleszcze. Interna Szczeklika 2017. Rozdział VII.D, 1958-1973.

³ Instytut Reumatologii w Warszawie. (2014). Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych - ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii. Pozyskano z: https://spartanska.pl/wp-content/uploads/raport_wczesna_diagnostyka_ChR.pdf, dostęp z 25.05.2020

⁴ Flisiak, R., Szechiński, J. (2017). Choroby przenoszone przez kleszcze. Interna Szczeklika 2017. Rozdział VII.D, 1958-1973.

Rozpoznanie⁵

Rozpoznanie RZS ustala się obecnie na podstawie kryteriów EULAR/ACR z 2010 r. przedstawionych w poniższej tabeli (Tabela 1).

Tabela 1. Kryteria klasyfikacyjne RZS wg ACR i EULAR z 2010 r.

| Oceniana populacja (u kogo należy przeprowadzić ocenę w kierunku RZS?) | |
|---|-------|
| Pacjenci, u których: | |
| 1) występuje klinicznie jawne zapalenie błony maziowej ≥ 1 stawu (obrzęk), | |
| 2) zapalenia błony maziowej nie można lepiej wyjaśnić inną chorobą ^a . | |
| Poniższe kryteria są przeznaczone dla pacjentów ocenianych po raz pierwszy. Ponadto jako chorych na RZS należy klasyfikować pacjentów z nadżerkami typowymi dla RZS ^b lub z długotrwałą chorobą (także nieaktywną [leczoną albo nieleczoną]), którzy wcześniej spełniali poniższe kryteria (o czym świadczą dane z historii choroby). | |
| Kryteria klasyfikacyjne RZS (dodać liczbę punktów z każdej kategorii [A–D], wynik ≥ 6 pkt = pewne rozpoznanie RZS)^c | |
| A. zajęcie stawów^d | |
| 1 duży staw ^e | 0 pkt |
| 2–10 dużych stawów | 1 pkt |
| 1–3 małych stawów ^f (z zajęciem dużych stawów albo bez) | 2 pkt |
| 4–10 małych stawów (z zajęciem dużych stawów albo bez) | 3 pkt |
| >10 stawów ^g (w tym ≥ 1 mały staw) | 5 pkt |
| B. serologia (konieczny jest wynik ≥ 1 testu)^h | |
| RF i ACPA ujemne | 0 pkt |
| RF lub ACPA obecne w niskim mianie | 2 pkt |
| RF lub ACPA obecne w wysokim mianie | 3 pkt |
| C. wskaźniki ostrej fazy (konieczny jest wynik ≥ 1 testu) | |
| stężenie CRP w normie i OB w normie | 0 pkt |
| stężenie CRP zwiększone lub OB przyspieszone | 1 pkt |
| D. czas trwania objawów | |
| <6 tyg. | 0 pkt |
| ≥ 6 tyg. | 1 pkt |
| ^a Rozpoznanie różnicowe może obejmować takie choroby jak toczeń rumieniowaty układowy, łuszczycowe zapalenie stawów i dna. | |
| ^b Nadżerki (zdefiniowane jako przerwanie ciągłości warstwy korowej kości) uwidocznione na RTG stawów rąk i stóp w ≥ 3 oddzielnych stawach spośród stawów międzypaliczkowych bliższych, śródrečno-paliczkowych, stawów nadgarstka (liczone jako 1 staw) oraz śródstopno-paliczkowych. | |
| ^c Pacjentów z wynikiem <6 pkt nie klasyfikuje się jako chorych na RZS, ale mogą oni spełnić kryteria w późniejszym czasie (niekoniecznie jednocześnie), podczas kolejnej oceny. | |
| ^d Zajęcie stawu oznacza obrzęk lub tkliwość w trakcie badania, można je potwierdzić, wykazując zapalenie błony maziowej za pomocą badań obrazowych. Nie uwzględnia się stawów międzypaliczkowych dalszych, stawu nadgarstkowo-śródręcznego I i stawu śródstopno-paliczkowego I (są one typowo zajęte w chorobie zwyrodnieniowej stawów). | |
| ^e stawy: ramienny, łokciowy, biodrowy, kolanowy, skokowy | |
| ^f stawy: śródrečno-paliczkowe, międzypaliczkowe bliższe, śródstopno-paliczkowe II–V, międzypaliczkowy kciuka i stawy | |

⁵ Ibidem

nadgarstka

^g Oprócz ≥ 1 małego stawu mogą być zajęte inne małe stawy, duże stawy lub stawy niewymienione jako małe lub duże (np. skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojczykowy, mostkowo-obojczykowy itd).

^h Wynik „ujemny” oznacza wartości (wyrażone w jednostkach międzynarodowych [IU]) nieprzekraczające górnej granicy normy (ggn) dla danego testu w danym laboratorium, „niskie miano” = wartości przekraczające ggn ≤ 3 -krotnie, „wysokie miano” = wartości przekraczające ggn >3 -krotnie.

ⁱ Podany przez pacjenta czas trwania podmiotowych lub przedmiotowych objawów zapalenia błony maziowej (np. ból, obrzęk, tkliwość) stawów zajętych klinicznie w chwili oceny pacjenta (niezależnie od tego, czy jest leczony).

ACPA – przeciwciała przeciwko cytrulinowanym peptydom, CRP – białko C-reaktywne, OB – odczyn Biernackiego, RF – czynnik reumatoidalny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Szczeklik 2017

Badania pomocnicze w diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów

- **Badania laboratoryjne:**
 - odczyn Biernackiego (OB) - przyspieszony OB >30 mm po 1 h - często występuje już na początku choroby,
 - stężenie fibrynogenu i CRP w surowicy – zwiększone stężenie może świadczyć o chorobie,
 - ocena niedokrwistości normocytowej i hipochromicznej – stężenie hemoglobiny ok. 10 g/dl wykazuje korelację z aktywnością choroby,
 - morfologia krwi z obrazem odsetkowym – o chorobie świadczyć może niewielka leukocytoza z prawidłowym obrazem odsetkowym,
 - liczba płytek krwi – nadpłytkowość występuje w bardzo aktywnej postaci choroby natomiast małopłytkowość występuje jako powikłanie polekowe,
 - proteinogram osocza – o RZS świadczyć może zwiększone stężenie globulin α_1 i α_2 w osoczu,
 - oznaczenie czynnika reumatoidalnego klasy IgM – RF występuje u ok. 75 % chorych, wysokie miano RF koreluje z szybką destrukcją stawów i wystąpieniem zmian pozastawowych,
 - oznaczenie przeciwciał przeciwko cytrulinowanym peptydom ACPA we krwi - dla RZS czułość badania wynosi $>50\%$ a swoistość 98%,
 - oznaczenie przeciwciał przeciwjądrowych we krwi – przeciwciała obecne w niskim mianie występują u 10% chorych z aktywną postacią choroby,
 - badanie ogólne moczu - białkomocz może się pojawić w późniejszym okresie choroby.
- **Badanie płynu stawowego** – o stanie zapalnym świadczy jasno-mętny kolor wywołany fibryną i obniżone stężenie glukozy $<1,5$ mmol/l. Obecność RF w płynie stawowym może poprzedzić jego pojawienie się we krwi.
- **Badania obrazowe:**
 - Rentgenografia (RTG) stawów – zmiany widoczne na RTG są zależne od okresu choroby. Gdy zmiany zapalne są w małych naczyniach błony maziowej i przestrzeniach międzybełczkowych nasad, w RTG zauważa się obrzęk części miękkich i osteoporozę przystawową. Rozrost ziarniny zapalnej powoduje destrukcję chrząstki i kości manifestując się: zwężeniem szpar stawowych, geodami, nadżerkami, zwężeniem szpar stawowych i podwichnięciami stawów w obrębie rąk i stóp. W ostatnim okresie choroby następuje bliznowacenie i wytwarzania się zrostów włóknistych lub kostnych.
 - Ultrasonografia (USG) mięśni, ścięgien i stawów – pozwala na wykrycie zapalenia błony maziowej i obecność płynu w małych oraz dużych stawach. Umożliwia wcześniejsze wykrycie nadżerki powierzchni stawowych niż w RTG. W ścięgnach można wykryć utratę architektury włóknistej, obecność torbieli lub przerwanie ścięgna. Badanie przepływu naczyniowego w błonie maziowej stawów metodą Power Doppler umożliwia ocenę angiogenezy w stawach zapalnie zmienionych. Przepływ naczyniowy jest skorelowany z aktywnością procesu zapalnego.
 - Rezonans magnetyczny (MR) – pozwala na wczesne wykrycie nadżerek stawowych, zapalenia błony maziowej oraz obrzęku szpiku kostnego, który może pojawiać się przed zapaleniem błony maziowej.

- Tomografia komputerowa (TK) – pozwala na wcześniejsze niż RTG, wykrywanie zmian destrukcyjnych w stawach. Jest najlepszą metodą obrazowania geod przy zachowanej ciągłości warstwy korowej lub z niewielkim jej przerwaniem, które wykazują prawidłowy sygnał w MR i mogą nie zostać uwidocznione. Technika ta jest bardzo przydatna do oceny zmian w kręgosłupie szyjnym.

Rozpoznanie różnicowe

Każda napotkana forma zapalenia stawów, w szczególności zajmująca stawy rąk, wymaga różnicowania z RZS. Niezależnie od objawów układowych, zapalenie kilku lub wielu stawów, wraz z zajęciem stawów śródrečno-paliczkowych i międzypaliczkowych bliższych, może wystąpić w układowych chorobach tkanki łącznej, takich jak: twardzina układowa, mieszana choroba tkanki łącznej, toczeń rumieniowaty układowy, układowe zapalenie naczyń, zapalenie skórno-mięśniowe i wielomięśniowe, polimialgia reumatyczna. RZS może przypominać także zapalenie stawów wywołane zakażeniem wirusowym lub bakteryjnym zapaleniem wsierdza. Do różnicowania z RZS bierze się również pod uwagę: reaktywne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, zapalenie stawów w chorobach jelit (przebiegające z zapaleniem stawów obwodowych) oraz wczesny okres łuszczycowego zapalenia stawów.

Obraz kliniczny⁶

U 55-65% pacjentów RZS rozwija się w czasie kilku tygodni. Ostry początek choroby obserwowany jest w 10-15% przypadków, wówczas objawy pojawiają się nagle w ciągu kilku dni, z niesymetrycznym zajęciem stawów. Za nietypowy początek choroby przyjmuje się zapalenie jednego stawu lub krótkotrwałe napadowe zapalenie stawów (gościec palindromiczny). Pozostałe 15-20% przypadków dotyczy rozwoju choroby w ciągu kilkunastu dni, z dość wyraźnymi objawami ogólnoustrojowymi.

U pacjentów z bólem stawów, bez dodatkowych objawów zapalenia i innych przyczyn bólu, duże ryzyko progresji do RZS występuje, w przypadku spełnienia ≥ 3 spośród 7 poniższych kryteriów:

- w badaniu podmiotowym
 - objawy stawowe o niedawnym początku (<1 roku),
 - objawy pochodzące ze stawów śródrečno-paliczkowych,
 - nasilone poranne objawy,
 - sztywność poranna >60 min,
 - RZS u krewnego pierwszego stopnia,
- w badaniu przedmiotowym
 - problemy w zaciśnięciu ręki w pięść,
 - pozytywny wynik testu ściskania stawów śródrečno-paliczkowych.

Objawy reumatoidalnego zapalenia stawów⁷

Choroba typowo atakuje te same miejsca po obu stronach ciała. Początkowo są to drobne stawy rąk i stóp, a w miarę postępu choroby wiele innych stawów. Nietypowym początkiem RZS jest zapalenie jednego dużego stawu albo wędrowanie choroby po wielu stawach.

Charakterystyczne objawy:

- ból i sztywność – najbardziej uciążliwe po obudzeniu się lub po okresie nieruszania stawem, gdy dochodzi do nagromadzenia płynu zapalnego i obrzęku tkanek. Charakterystyczna jest sztywność poranna, która w RZS trwa zwykle ponad godzinę,
- obrzęk – jest wynikiem rozrostu błony maziowej tworzącej tzw. łuszczkę, może mu towarzyszyć wysięk spowodowany nadprodukcją płynu stawowego o charakterze zapalnym,
- tkliwość stawu na ucisk – charakterystyczny jest na przykład bolesny uścisk dłoni przy podawaniu ręki choremu na RZS,

⁶ Ibidem

⁷ Guła Z., Korkosz, M. (2017). Reumatoidalne zapalenie stawów. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/63732,reumatoidalne-zapalenie-stawow>, dostęp z 26.05.2020

- ograniczenie ruchomości – zajęty staw traci zdolność do wykonywania pełnego zakresu ruchów, a jeśli dojdzie do uszkodzenia struktur stawu w wyniku zapalenia i wtórnych zmian zwyrodnieniowych, upośledzenie funkcji stawu staje się nieodwracalne,
- deformacja stawów – jest konsekwencją długo trwającej choroby.

Zmiany pozastawowe:

- guzki reumatoidalne – bezbolesne guzki podskórne, najczęściej zlokalizowane w okolicy łokci, stawów rąk oraz w innych miejscach narażonych na ucisk, mogą też powstawać w narządach wewnętrznych,
- miażdżyca – jej przyspieszony rozwój jest wynikiem aktywacji procesów zapalnych. Powikłania miażdżycy są główną przyczyną przedwczesnego zgonu u osób z RZS. U tych chorych ryzyko wystąpienia zawału i niewydolności serca, nagłego zgonu sercowego czy udaru mózgu jest 2–3-krotnie większe niż u osób zdrowych,
- serce – oprócz choroby niedokrwiennej serca i zawału wynikających z rozwoju miażdżycy może wystąpić: zapalenie osierdzia, kardiomiopatia, uszkodzenie zastawek serca – objawami tych chorób są: ból w klatce piersiowej, duszność i zmniejszona tolerancja wysiłku,
- naczynia – zapalenie naczyń jest rzadkim, ale poważnym powikłaniem RZS, prowadzącym do niedokrwienia różnych narządów wewnętrznych. Może się również pojawić owrzodzenie opuszek palców i skóry,
- płuca – RZS sprzyja m.in. zapaleniu opłucnej i śródmiąższowemu zapaleniu płuc, choroby te powodują suchy kaszel, duszność i ból w klatce piersiowej,
- osteoporoza – zarówno RZS, jak i stosowane w jego leczeniu steroidy znacznie przyspieszają rozwój osteoporozy. Ważne jest odpowiednio wczesne rozpoczęcie leczenia zmniejszającego ryzyko wystąpienia złamań kości,
- oczy – częstym objawem jest zespół suchości wywołany zapaleniem spojówek, dla którego charakterystyczne jest uczucie piasku lub ciała obcego pod powiekami. Rzadziej dochodzi do zajęcia innych struktur oka i problemów z widzeniem,
- nerwy – często występuje tzw. zespół kanału nadgarstka. Rzadkim, ale groźnym powikłaniem jest ucisk na rdzeń kręgowy spowodowany podwichnięciem kręgow w odcinku szyjnym kręgosłupa, jego objawy to ból głowy, zaburzenia czucia i osłabienie lub niedowład kończyn,
- nerki – zarówno sama choroba, jak i stosowane leki mogą uszkadzać nerki,
- zaburzenia hematologiczne – w przebiegu długotrwałej choroby często występuje umiarkowana niedokrwistość, a także nieprawidłowa liczba białych krwinek. Dla zaostrzeń choroby charakterystyczne jest zwiększenie liczby płytek krwi. Częściej występuje powiększenie węzłów chłonnych i śledziona. RZS zwiększa podatność na zakażenia oraz ryzyko rozwoju chłoniaków.

Leczenie

Podstawowym celem leczenia chorego na RZS jest długotrwała poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem, którą można osiągnąć poprzez kontrolę objawów choroby, zapobieganie zmianom destrukcyjnym oraz przywrócenie sprawności i funkcjonowania w społeczeństwie. Za najważniejsze w postępowaniu terapeutycznym uważa się szybkie opanowanie stanu zapalnego, czyli osiągnięcie remisji choroby bądź jej małej aktywności u chorych, u których remisja nie jest osiągalna.

Metody stosowane w leczeniu RZS:

- edukacja pacjenta,
- leczenie farmakologiczne,
- rehabilitacja,
- leczenie ortopedyczne - ortezy i operacje ortopedyczne⁸.

⁸ Flisiak, R., Szechiński, J. (2017). Choroby przenoszone przez kleszcze. Interna Szczeklika 2017. Rozdział VII.D, 1958-1973.

Leczenie farmakologiczne

- Leki modyfikujące przebieg choroby (LMPCh) – odgrywają podstawową rolę w leczeniu RZS, ponieważ łagodzą objawy oraz hamują niszczenie stawów, pozwalając na zachowanie sprawności i normalne funkcjonowanie w życiu codziennym. Leki te nie zapewniają jednak pełnego wyleczenia, po ich odstawieniu choroba z reguły nawraca. Wyróżnia się LMPCh niebiologiczne (syntetyczne) takie jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazynę, sole złota, chlorochinę oraz biologiczne tj. adalimumab, tanercept, infliksymab, certolizumab, golimumab, abatacept, tocilizumab, rytuksymab. Metotreksat jest lekiem pierwszego wyboru w RZS, ma on dużą skuteczność i z reguły jest dobrze tolerowany. Leki biologiczne są zarezerwowane dla pacjentów, u których nie udaje się uzyskać odpowiedniej kontroli choroby mimo stosowania maksymalnych tolerowanych dawek leków syntetycznych, rzadziej jako wstępne leczenie osób z dużą aktywnością choroby i czynnikami złego rokowania.
- Glikokortykosteroidy szybko zmniejszają objawy zapalenia stawów i hamują proces ich niszczenia, dlatego często stosuje się je na początku choroby, zanim zaczną działać podstawowy LMPCh oraz w jej zaostrzeniach. Steroidy można również podawać bezpośrednio do wnętrza chorego stawu.
- Niesteroidowe leki przeciwzapalne – zmniejszają objawy zapalenia stawów, ale nie hamują postępu choroby, dlatego stosowane są wyłącznie jako leki wspomagające w walce z bólem i sztywnością stawów.
- Leki przeciwbólowe – np. paracetamol i opioidy, stosuje się, jeśli mimo pełnego leczenia podstawowego utrzymują się dolegliwości bólowe⁹.

Rehabilitacja

- Kinezyterapia – celem jest zwiększenie siły mięśni, poprawa sprawności fizycznej, zapobieganie przykurczom i zniekształceniom oraz uniknięcie inwalidztwa.
- Fizykoterapia (elektroterapia, laseroterapia, termoterapia, krioterapia, masaże i balneoterapia) – wywiera efekt przeciwbólowy, przeciwzapalny i rozluźniający mięśnie.
- Wsparcie psychologiczne¹⁰.

Leczenie miejscowe

- Punkcja stawu – stosowana w celu odbarczenia stawu z nagromadzonego płynu zapalnego i podania do wnętrza steroidowych leków przeciwzapalnych.
- Synowektomia – zabieg chirurgiczny, chemiczny lub z użyciem radioizotopu, usuwający zmienioną błonę maziową.
- Zabiegi korekcyjno-rekonstrukcyjne – stosowane w celu poprawy budowy i funkcjonowania zniekształconych stawów.
- Endoprotezowanie – zastępowanie zniszczonego stawu sztuczną protezą.
- Artrodeza – całkowite usztywnienie stawu, dzięki czemu eliminuje się ból.
- Odbarczenie zespołu cieśni kanału nadgarstka – zespół ten często towarzyszy RZS¹¹.

Rokowanie¹²

Dane retrospektywne wskazują, że u >70% chorych z czynnym seropozytywnym wielostawowym RZS, w okresie 2 lat od początku choroby, występuje uszkodzenie stawów. Statystycznie prawie co czwarty chory wymaga wszczęcia endoprotezy dużego stawu. Pięcioletni okres choroby wywołuje utratę zdolności do pracy u 50% chorych, a po 10-letnim okresie u blisko 100%. Zastosowanie strategii wczesnego wykrywania i intensywnego leczenia umożliwia osiągnięcie remisji i wpływa na opóźnienie rozwoju niesprawności w ciągu 2 pierwszych lat choroby. Chorzy z RZS żyją zazwyczaj 7 lat krócej w porównaniu z populacją ogólną. Główne przyczyny to częstsze i wcześniejsze występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego.

⁹ Guła, Z., Korkosz, M. (2017). Reumatoidalne zapalenie stawów. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacient/reumatologia/choroby/63732,reumatoidalne-zapalenie-stawow>, dostęp z 26.05.2020

¹⁰ Flisiak, R., Szechiński, J. (2017). Choroby przenoszone przez kleszcze. Interna Szczeklika 2017. Rozdział VII.D, 1958-1973.

¹¹ Guła, Z., Korkosz, M. (2017). Reumatoidalne zapalenie stawów. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacient/reumatologia/choroby/63732,reumatoidalne-zapalenie-stawow>, dostęp z 26.05.2020

¹² Flisiak, R., Szechiński, J. (2017). Choroby przenoszone przez kleszcze. Interna Szczeklika 2017. Rozdział VII.D, 1958-1973.

Dodatkowymi niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi są: płeć męska, starszy wiek, wysokie wskaźniki stanu zapalnego, utrzymująca się wysoka aktywność RZS, uszkodzenie stawów oraz obecność RF/ACPA. RZS niezależnie od zastosowania leczenia immunosupresyjnego, jest powiązane z podwyższonym ryzykiem nowotworów takich jak: chłoniaki i białaczki.

Profilaktyka¹³

Etiologia RZS nie jest jeszcze w pełni poznana, dlatego nie ma możliwości wdrożenia skutecznej profilaktyki. Można jednak starać się wpływać na niektóre czynniki środowiskowe przyczyniające się do zwiększenia liczby zachorowań, takie jak: ograniczenie palenia tytoniu, zapobieganie infekcjom czy zwalczanie nadwagi.

W ostatnich latach wykazano, że jedynym czynnikiem predykcyjnym w osiągnięciu remisji w RZS jest wczesne rozpoznanie choroby i szybko zastosowane skuteczne leczenie. Rozpoczęcie leczenia w ciągu 12 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów choroby 2-krotnie zwiększa szanse na uzyskanie remisji choroby, a konieczność stosowania leków biologicznych w leczeniu RZS zmniejsza się z 32,2% do 10%.

2.2. Wskaźniki epidemiologiczne

<Wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, zalecane – w odniesieniu do obszaru, którego problem dotyczy, opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą>

Choroby reumatyczne dotyczą ludzi wszystkich grup etnicznych i wiekowych. Liczbę osób w Europie cierpiących na choroby reumatyczne i schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego szacuje się na 120 milionów.¹⁴ Oszacowanie liczby pacjentów chorych na choroby reumatyczne w Polsce jest trudne. Brakuje wiarygodnych danych dotyczących pacjentów reumatologicznych leczonych w systemie otwartym, sprawozdawczość poradni reumatologicznych jest niepełna, a dane NFZ nie uwzględniają świadczeniodawców niezawierających umów z płatnikiem¹⁵. W 2012 r. z powodu chorób z grupy chorób układowych tkanki łącznej hospitalizowanych było łącznie 374 tys. osób (5,1% ogółu hospitalizacji). Ponad 2/3 stanowili pacjenci w wieku 45 i więcej lat¹⁶.

Dostępne w kraju wskaźniki epidemiologiczne odnoszą się do roku 2016 r. W mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układowych tkanki łącznej, analizowano następujące grupy chorób, zgodnie z kodami ICD-10:

- M05 – reumatoidalne zapalenie stawów,
- M06 – inne reumatoidalne zapalenia stawów,
- M08 – młodzieńcze zapalenie stawów,
- M09 – młodzieńcze zapalenie stawów w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej,
- M30 – guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne,
- M31 – inne martwicze choroby naczyń,
- M32 – toczeń rumieniowaty układowy,
- M33 – zapalenie skórno-wielomięśniowe,
- M34 – twardzina układowa,
- M35 – inne układowe zajęcie tkanki łącznej,
- M36 – układowe choroby tkanki łącznej w przebiegu schorzeń sklasyfikowanych gdzie indziej.

W 2016 roku w Polsce zgłoszono ponad 15 tys. przypadków chorych na powyższe schorzenia. Mapy potrzeb zdrowotnych dla chorób układowych tkanki łącznej, podają zapadalność rejestrowaną dla

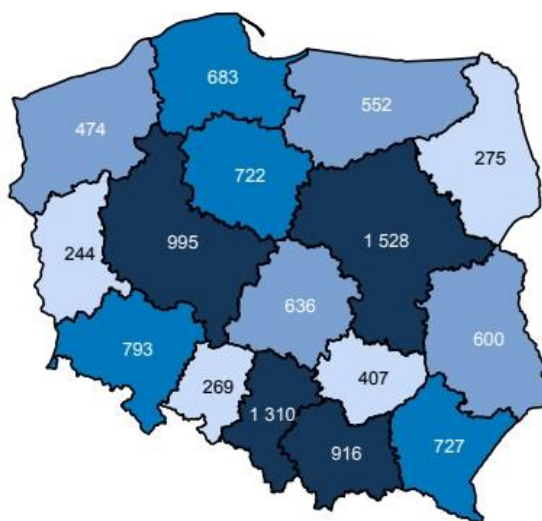
¹³ Instytut Reumatologii w Warszawie. (2014). Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych - ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii. Pozyskano z: https://spartanska.pl/wp-content/uploads/raport_wczesna_diagnostyka_ChR.pdf, dostęp z 25.05.2020

¹⁴ Kotarba-Kańczugowska M, Kucharski K, Linder-Kopiecka I. i wsp. JA, PACJENT! Perspektywa Organizacji Pacjentów na Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej, „3majmy się razem” oraz Stowarzyszenie Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających, Warszawa 2014.

¹⁵ Stan opieki reumatologicznej w Polsce. Streszczenie Raportu projektu badawczego, Projekt Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2011

¹⁶ Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samek-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych - ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii, Warszawa 2014

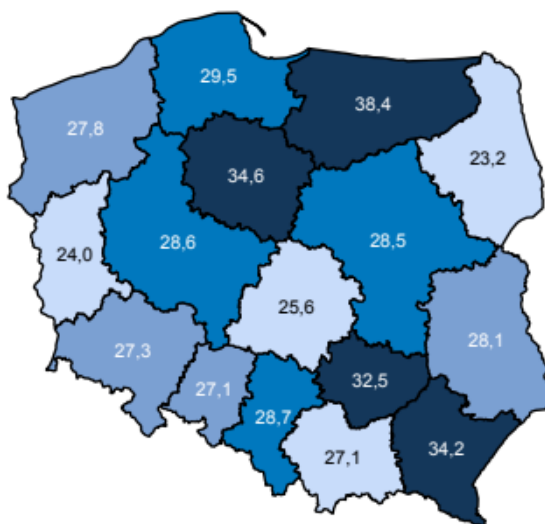
województw. Największą liczbę zarejestrowanych przypadków zaobserwowano w województwie mazowieckim (1 528). Najniższą zaś liczbę odnotowano w województwie lubuskim (244) (Rycina 1)¹⁷.



Rycina 1. Liczba zarejestrowanych przypadków chorób tkanki łącznej z podziałem na województwa

Źródło: MPZ 2018

Najwyższy współczynnik zapadalności rejestrowanej w 2016 r., w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, na choroby układu tkanki łącznej, odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (38,4/100 tys. osób). Najniższą wartość wskaźnika odnotowano natomiast w województwie kujawsko-pomorskim (23,2/100 tys. osób) (Rycina 2)¹⁸.



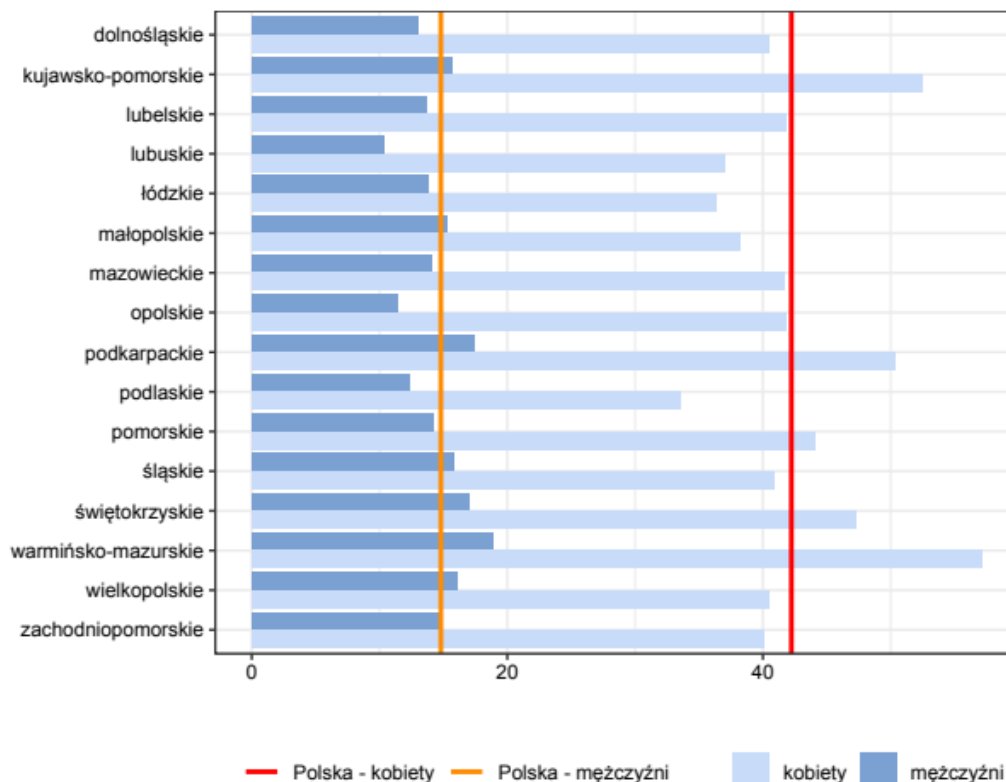
Rycina 2. Współczynnik zapadalności rejestrowanej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców z podziałem na województwa

Źródło: MPZ 2018

¹⁷ Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układowych tkanki łącznej. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_woj_mazowieckie.pdf dostęp z dn. 27.05.2020

¹⁸ ibidem

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych zapadalność rejestrowana na choroby układowe tkanki łącznej na 100 tys. mieszkańców jest wyższa dwukrotnie w populacji kobiet niż u mężczyzn. Dotyczy to wszystkich województw. Najwyższy wskaźnik zapadalności rejestrowanej wśród kobiet przypada na województwo warmińsko-mazurskie (około 60/100 tys. osób). Najniższą zapadalność zarejestrowano w województwie podlaskim (około 30/100 tys. osób). W przypadku mężczyzn, najmniejszą zapadalność obserwuje się w województwie opolskim (około 15/100 tys. osób), największą natomiast w województwie warmińsko-mazurskim (około 20/100 tys. osób) (Rycina 3)¹⁹.



Rycina 3. Zapadalność rejestrowana na choroby układowe tkanki łącznej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców z podziałem na płeć oraz województwa

Źródło: MPZ 2018

Zapadalność rejestrowana na choroby układowe tkanki łącznej różni się również w ściśle określonych grupach wiekowych w przeliczeniu na 100 tys. W mapach potrzeb zdrowotnych wskazano, iż szczyt zapadalności w Polsce przypada na grupę wiekową 65+. Wśród mężczyzn (Tabela 2) jest to 39,9/100 tys. Natomiast wśród kobiet największy wskaźnik zapadalności przypada na grupę wiekową 54-64 lat i wynosi 80,8/1000 tys. (Tabela 3). Najmniejszą zapadalność na choroby układowe tkanki łącznej odnotowuje się w przedziale wiekowym <18 u kobiet na poziomie 10,9/100 tys. osób. W przypadku mężczyzn najniższy wskaźnik zapadalności na ww. choroby występuje u osób w wieku 18-44 lat (4,3/100 tys. osób)²⁰.

Tabela 2. Zapadalność rejestrowana wśród mężczyzn w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. – choroby układowe tkanki łącznej

| Województwo | Wiek | | | | |
|--------------------|------|-------|-------|-------|------|
| | <18 | 18-44 | 44-54 | 54-64 | 65+ |
| dolnośląskie | 6,0 | 2,9 | 10,4 | 26,5 | 37,0 |
| kujawsko-pomorskie | 5,2 | 5,0 | 17,8 | 31,3 | 41,8 |
| lubelskie | 3,1 | 3,6 | 17,9 | 25,9 | 39,2 |
| lubuskie | 3,2 | 5,6 | 11,3 | 22,0 | 20,4 |

¹⁹ ibidem

²⁰ ibidem

| Województwo | Wiek | | | | |
|---------------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | <18 | 18-44 | 44-54 | 54-64 | 65+ |
| łódzkie | 7,0 | 5,0 | 13,2 | 27,8 | 30,5 |
| małopolskie | 10,7 | 3,5 | 11,8 | 29,1 | 45,7 |
| mazowieckie | 6,2 | 4,2 | 11,6 | 30,4 | 38,8 |
| opolskie | 6,1 | 1,6 | 5,9 | 27,8 | 31,5 |
| podkarpackie | 9,5 | 5,2 | 19,7 | 27,4 | 52,7 |
| podlaskie | 4,7 | 3,9 | 14,1 | 25,7 | 30,4 |
| pomorskie | 7,8 | 2,9 | 15,6 | 29,7 | 39,3 |
| śląskie | 6,1 | 4,2 | 18,2 | 27,2 | 42,3 |
| świętokrzyskie | 6,5 | 6,7 | 21,8 | 28,7 | 39,6 |
| warmińsko-mazurskie | 7,3 | 6,7 | 22,0 | 38,2 | 49,5 |
| wielkopolskie | 3,5 | 4,5 | 17,0 | 41,7 | 42,8 |
| zachodniopomorskie | 11,2 | 4,6 | 12,4 | 22,4 | 40,1 |
| Polska | 6,6 | 4,3 | 15,0 | 29,4 | 39,9 |

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o MPZ 2018

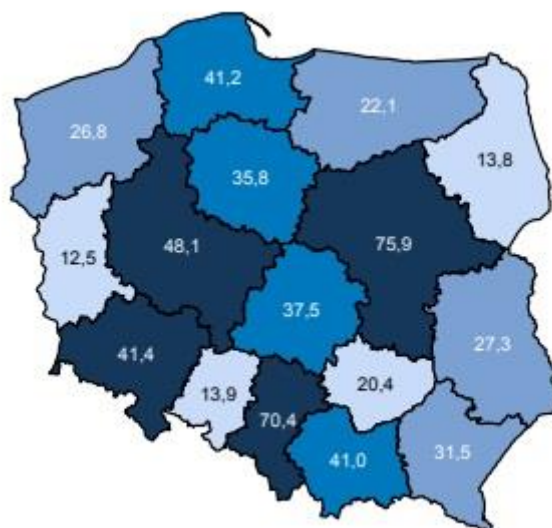
Tabela 3. Zapadalność rejestrowana wśród kobiet w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. kobiet – choroby układowe tkanki łącznej

| Województwo | Wiek | | | | |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | <18 | 18-44 | 44-54 | 54-64 | 65+ |
| dolnośląskie | 7,2 | 12,6 | 51,3 | 72,3 | 83,2 |
| kujawsko-pomorskie | 11,4 | 22,7 | 64,1 | 96,2 | 101,9 |
| lubelskie | 5,4 | 19,0 | 58,9 | 88,6 | 67,1 |
| lubuskie | 10,0 | 10,5 | 39,4 | 75,2 | 78,2 |
| łódzkie | 12,8 | 14,7 | 48,7 | 72,8 | 53,5 |
| małopolskie | 9,3 | 17,1 | 40,2 | 76,8 | 77,5 |
| mazowieckie | 11,8 | 14,1 | 46,7 | 80,2 | 85,6 |
| opolskie | 10,4 | 13,1 | 63,6 | 66,2 | 80,8 |
| podkarpackie | 18,9 | 21,2 | 79,0 | 100,6 | 81,5 |
| podlaskie | 11,0 | 9,2 | 46,7 | 79,5 | 54,1 |
| pomorskie | 9,6 | 16,9 | 51,5 | 83,7 | 96,6 |
| śląskie | 10,7 | 19,5 | 46,1 | 72,7 | 71,7 |
| świętokrzyskie | 12,8 | 18,3 | 56,2 | 89,7 | 83,6 |
| warmińsko-mazurskie | 16,4 | 20,9 | 91,5 | 114,1 | 97,9 |
| wielkopolskie | 7,4 | 17,0 | 52,0 | 80,6 | 80,7 |
| zachodniopomorskie | 16,0 | 15,9 | 40,7 | 66,4 | 81,6 |
| Polska | 10,9 | 16,7 | 52,8 | 80,8 | 79,3 |

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o MPZ 2018

Na dzień 31.12.2016 r. oszacowano chorobowość rejestrowaną na choroby układowe tkanki łącznej. Ministerstwo Zdrowia wskazuje chorobowość rejestrowaną w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców z podziałem na województwa. Najwyższy wskaźnik chorobowości (75,9/100 tys. osób) odnotowano w województwie mazowieckim. Natomiast najniższa liczba nowych zachorowań jest w województwie lubuskim (12,5/100 tys. osób) (Rycina 4)²¹.

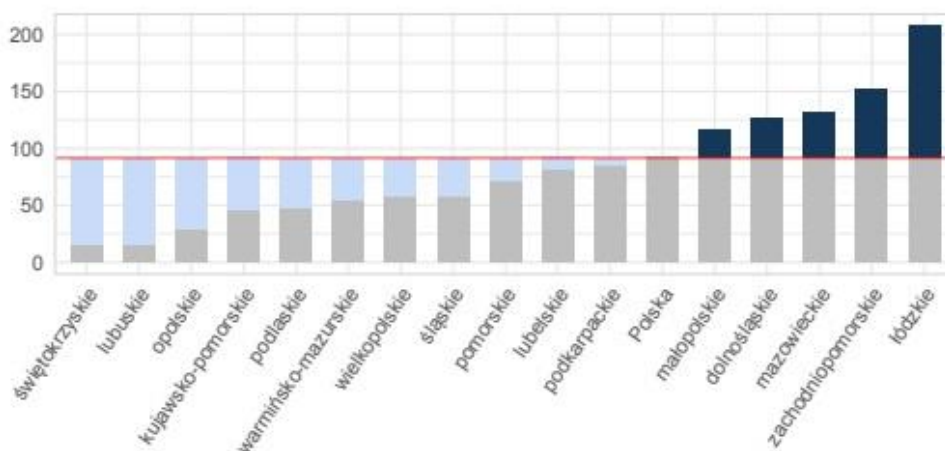
²¹ ibidem



Rycina 4. Chorobowość rejestrowana na choroby układowe tkanki łącznej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców z podziałem na województwa

Źródło: MPZ 2018

W 2016 r. najwyższe współczynniki hospitalizacji z powodu schorzeń tkanki łącznej na 100 tys. dzieci odnotowano w województwach: łódzkim (ok.200/100 tys. dzieci), zachodniopomorskim (ok.150/100 tys. dzieci), mazowieckim, dolnośląskim oraz małopolskim (ok. 120/100 tys. dzieci). Dane z ww. województw przekraczają średnią liczbę hospitalizacji dla kraju. Natomiast najniższy wskaźnik hospitalizacji z powodu ww. chorób zarejestrowano w województwach świętokrzyskim oraz lubuskim (ok. 10/100 tys. dzieci) (Rycina 5)²².



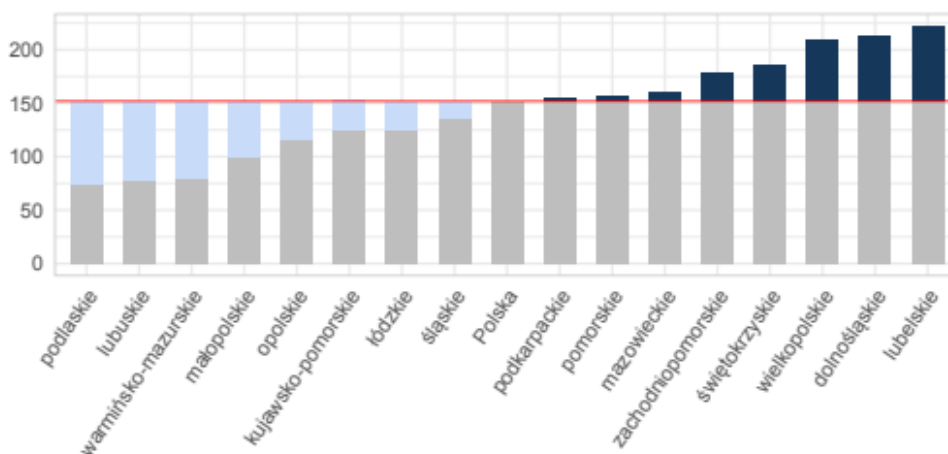
Rycina 5. Liczba hospitalizacji z powodu chorób układowych tkanki łącznej w przeliczeniu na 100 tys. dzieci z podziałem na województwa w 2016 r.

Źródło: MPZ 2018

Dane odnotowane przez Ministerstwo Zdrowia wskazują, iż najwyższą średnią liczbę hospitalizacji zarejestrowano w województwach: lubelskim (około 200/100 tys. osób), dolnośląskim, wielkopolskim (około 190/100 tys. osób), świętokrzyskim oraz zachodniopomorskim (około 160/100 tys. osób). Dane z ww. województw przekraczają średnią liczbę hospitalizacji dla kraju. Natomiast najmniej hospitalizacji zarejestrowano w województwie podlaskim (około 60/100 tys. osób) (Rycina 6)²³.

²² ibidem

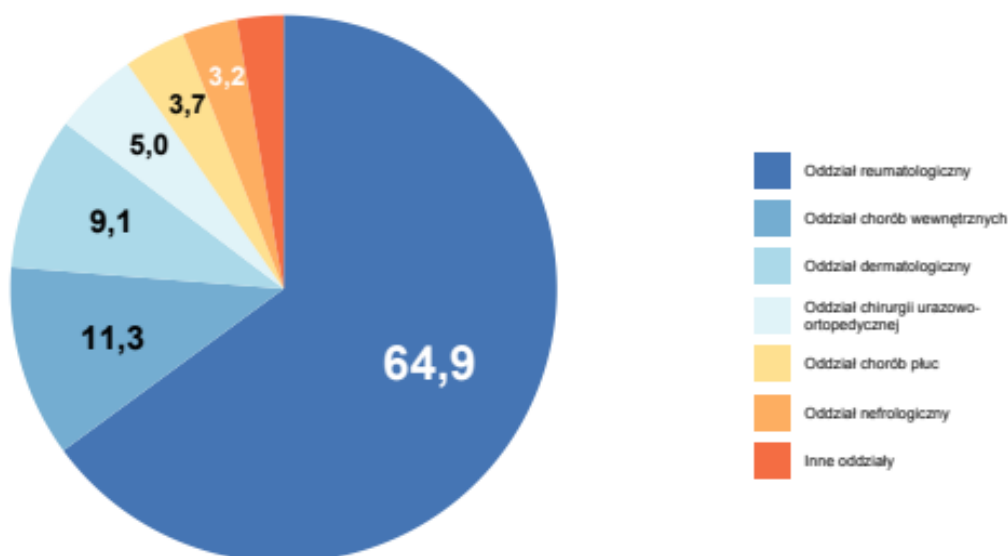
²³ ibidem



Rycina 6. Liczba hospitalizacji z powodu chorób układowych tkanki łącznej w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych z podziałem na województwa w 2016 r.

Źródło: MPZ 2018

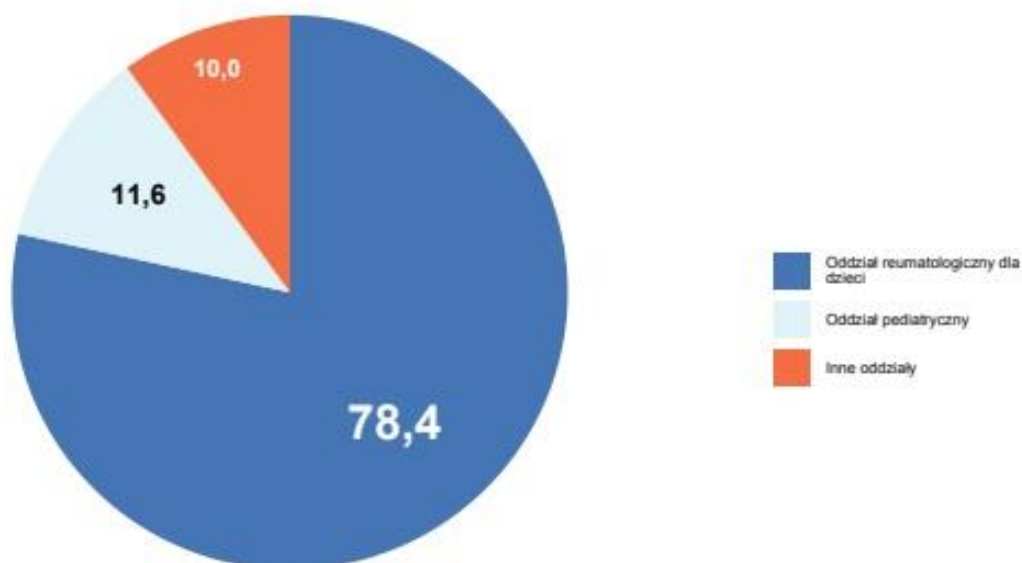
W 2016 roku przeprowadzono analizę mającą na celu weryfikację liczby hospitalizowanych pacjentów, w tym dorosłych i dzieci według danej przyczyny. Największą liczbą hospitalizacji w obu grupach charakteryzował się oddział reumatologiczny (Rycina 7, Rycina 8). W przypadku osób dorosłych wyniósł 64,9%. Natomiast w grupie dzieci odnotowano 78,4% hospitalizacji w oddziale reumatologicznym²⁴.



Rycina 7. Liczba hospitalizacji w % wg. oddziałów u osób dorosłych w 2016 r.

Źródło: MPZ 2018

²⁴ ibidem



Rycina 8. Liczba hospitalizacji w % wg. oddziałów u dzieci w 2016 r.

Źródło: MPZ 2018

Główny Urząd Statystyczny w raporcie opisującym liczbę zgonów wśród Polaków na reumatoidalne zapalenie stawów, nie podaje szczegółowych danych dotyczących ww. choroby. Należy podkreślić, iż RZS jest zaliczana do grupy chorób układowych tkanki łącznej, przez co poniższa tabela ma charakter zbiorczy. Między latami 2007 a 2018, liczba zgonów z powodu chorób układowych tkanki łącznej oscyluje między 400-500 zgonów i posiada stabilną tendencję. Najmniejszą liczbę zgonów odnotowano w 2010 roku na poziomie 473 przypadków. Zaś w roku 2013 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu ww. grupy chorób na poziomie 612 zgonów (Tabela 4)²⁵.

Tabela 4. Liczba zgonów na choroby układowe tkanki łącznej w Polsce w latach 2007-2018

| Rok | Liczba zgonów (w tym RZS) |
|------|---------------------------|
| 2007 | 522 |
| 2008 | 511 |
| 2009 | 517 |
| 2010 | 473 |
| 2011 | 538 |
| 2012 | 564 |
| 2013 | 612 |
| 2014 | 588 |
| 2015 | 534 |
| 2016 | 579 |
| 2017 | 571 |
| 2018 | 564 |

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o GUS 2020

²⁵ Główny Urząd Statystyczny (2020). Raport Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące liczby zgonów w latach 2007-2018 r. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat> dostęp z: 27.05.2020 r.

Zgodnie z najbardziej aktualnymi danymi epidemiologicznymi z 2019 roku, częstość występowania RZS w Polsce oscyluje na poziomie 0,9% (95% CI: 0,6–1,2%) dla populacji ogólnej²⁶.

2.3. Znaczenie dla zdrowia obywateli

Znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:

- ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia
- ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia
- zapobiegania przedwczesnemu zgonowi
- poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość

Uwagi

<Przedstawić przewidywane skutki wdrożenia programu w zależności od rodzaju programu: prewencyjny – przewidywany stopień uniknięcia zachorowania/pogorszenia stanu zdrowia, przesiewowy – przewidywane korzyści wczesnego wykrycia choroby, leczniczy – znaczenie podjęcia leczenia, poprawiający jakość życia – znaczenie poprawy jakości życia>

²⁶ Batko B, Stajszczyk M, Świerkot J, et al. Prevalence and Clinical Characteristics of Rheumatoid Arthritis in Poland: A Nationwide Study. Arch Med Sci. 2019, 15(1): 134–140.

3. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania

<Opisać obecną sytuację w Polsce tj. odniesienie do świadczeń gwarantowanych i aktualnie realizowanych ogólnopolskich programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej – opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą. Przedstawić dostępne informacje, zwłaszcza nt. finansowania zagranicą technologii medycznych wykorzystywanych w danym problemie zdrowotnym w zakresie określonej interwencji i obecnego postępowania w danym kraju w określonym problemie zdrowotnym, jeśli dotyczy>

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 736)²⁷ lekarz POZ w ramach świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (część IV rozporządzenia) może zlecić wykonanie:

- badań hematologicznych, w tym morfologii krwi z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, oraz odczynu opadania krwinek czerwonych (OB),
- badań biochemicznych i immunochemicznych, w tym proteinogramu, aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), kwasu moczowego, kreatyniny, stężenia białka C-reaktywnego (CRP) i czynnika reumatoidalnego (RF),
- badanie ogólne moczu.

Natomiast zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz 357)²⁸ w ramach porady specjalistycznej z zakresu reumatologii możliwe jest wykonanie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, USG, a także RTG.

Tabela 5. Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych - reumatologia (załącznik nr 1 do ww. Rozporządzenia)

| | | |
|--|--|--|
| Porada specjalistyczna – reumatologia | Personel | 1) lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii albo 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie reumatologii, albo 3) lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii oraz lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale lub w poradni zgodnych z profilem świadczenia gwarantowanego. |
| | Dostępność badań lub procedur medycznych | Dostęp do: 1) badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, 2) USG, 3) RTG, 4) densytometrii kręgosłupa i kości udowej. |

²⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 736). Pozyskano z: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000736>, dostęp z 27.05.2020

²⁸ Obwieszczenie MZ z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.). Pozyskano z: <http://isip.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20160000357>, dostęp z 27.05.2020

Tabela 6. Wykaz wybranych świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w przypadku badań diagnostycznych (załączniki do ww. Rozporządzeń)

| Świadczenia gwarantowane udzielane w ramach POZ | Świadczenia gwarantowane udzielane w ramach AOS |
|--|--|
| BADANIA DIAGNOSTYCZNE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE |
| Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB) | Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB) |
| Morfologia krwi obwodowej | Morfologia krwi obwodowej |
| Białko C-reaktywne (CRP) | Białko C-reaktywne (CRP) |
| Aminotransferaza alaninowa (ALT) | Aminotransferaza alaninowa (ALT) |
| Aminotransferaza asparaginianowa (AST) | Aminotransferaza asparaginianowa (AST) |
| Kreatynina | Kreatynina |
| Proteinogram | Proteinogram |
| Kwas moczowy | Kwas moczowy |
| Czynnik reumatoidalny (RF) | Czynnik reumatoidalny (RF) |
| Badanie ogólne moczu | Badanie ogólne moczu |
| | Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) |
| | Przeciwciała przeciw białkom bogatym w cytrulinę (CCP) |
| ŚWIADCZENIA RADIOLOGICZNE | ŚWIADCZENIA RADIOLOGICZNE |
| RTG klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej | RTG klatki piersiowej |
| RTG kostne – kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej | RTG kości kończyny górnej celowane lub czynnościowe |
| | RTG tkanek miękkich kończyny górnej |
| | RTG kości kończyny dolnej celowane lub czynnościowe |
| | RTG tkanek miękkich kończyny dolnej |
| | ŚWIADCZENIA ULTRASONOGRAFICZNE |
| | USG stawów rąk lub stawów stóp |
| | USG stawów barkowych |
| | USG stawów łokciowych |
| | USG stawów biodrowych |
| | USG stawów kolanowych |
| | ŚWIADCZENIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO |
| | RM kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego |
| | RM kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| | RM kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego |
| | RM kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| | RM innych okolic i miejsc nieokreślonych: Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym |

Ponadto w ramach EFS POWER Ministerstwo Zdrowia zaplanowało na lata 2016-2020 „Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów”, który realizowany jest przez 10 ośrodków leczniczych w całej Polsce. Program ten w swoich założeniach obejmuje edukację personelu medycznego, edukację pacjentów oraz przeprowadzanie badań przesiewowych. Koszt całego programu wynosi 17 196 654 PLN. Dane dotyczące poszczególnych realizatorów zestawione zostały w poniższej tabeli (Tabela 7).

Tabela 7. Zestawienie realizatorów Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów (stan na 17.12.2019)

| Numer umowy/ decyzji/ aneksu | Wartość ogółem projektu w PLN | Tytuł projektu | Okres realizacji projektu od | Okres realizacji projektu do | Miejsce realizacji – województwo |
|---------------------------------|--|--|------------------------------------|------------------------------------|--|
| POWR.05.01.00-00-0014/17-01 | 1 927 170 | Regionalne Centrum Wczesnej Diagnostyki Reumatologicznej | 01.01.2017 | 30.06.2020 | łódzkie |
| POWR.05.01.00-00-0016/17-01 | 1 213 152 | Projekt wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów | 01.08.2017 | 31.07.2020 | kujawsko-pomorskie |
| POWR.05.01.00-00-0017/17-01 | 1 989 470 | Profilaktyka i diagnostyka Reumatoidalnego Zapalenia Stawów w Polsce południowo-wschodniej | 01.07.2017 | 31.12.2020 | lubelskie |
| POWR.05.01.00-00-0020/17-01 | 1 829 731 | Zapobieganie niepełnosprawności poprzez wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu | 02.10.2017 | 31.08.2020 | dolnośląskie |
| POWR.05.01.00-00-0021/17-01 | 950 937 | Program profilaktyczny wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów w WIM | 01.09.2017 | 30.06.2020 | cały kraj |
| POWR.05.01.00-00-0022/17-01 | 1 672 308 | Program profilaktyki RZS Narodowego Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji | 01.08.2017 | 31.12.2019 | cały kraj |
| POWR.05.01.00-00-0023/17-01 | 2 019 084 | Projekt zwiększenia wykrywalności i profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów u osób zamieszkałych w województwie pomorskim, zachodniopomorskim oraz warmińsko-mazurskim, które znajdują się w wieku produkcyjnym i zaliczają się do grupy podwyższonego ryzyka | 01.08.2017 | 31.12.2020 | pomorskie |
| POWR.05.01.00-00-0025/17-01 | 1 956 077 | Profilaktyka Przede Wszystkim - wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów u osób w wieku aktywności zawodowej w woj. lubelskim, świętokrzyskim, podkarpackim i mazowieckim - projekt pilotażowy Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie | 01.08.2017 | 31.12.2020 | lubelskie |

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------|--|------------|------------|-------------|
| POWR.05.01.00-00-0026/17-02 | 1 990 752 | Rozpoznać w porę chorobę - wczesne wykrywanie RZS przez specjalistów WSS5 w Sosnowcu przy wsparciu placówek POZ z województw: śląskiego, małopolskiego, świętokrzyskiego | 01.09.2017 | 31.12.2020 | małopolskie |
| POWR.05.01.00-00-0027/17-01 | 1 647 972 | Program badań przesiewowych RZS w Centrum Reumatologii w Ustroniu | 01.07.2017 | 30.09.2020 | cały kraj |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez MZ

3.1. Aktualne postępowanie i stan finansowania ze środków publicznych w innych krajach

<Opisać obecną sytuację w innych krajach tj. odniesienie do świadczeń gwarantowanych i aktualnie realizowanych ogólnokrajowych programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej – opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą>

W ramach prac analitycznych nie odnaleziono publikacji, które pozwoliłyby na przedstawienie aktualnego postępowania i stanu finansowania ze środków publicznych w innych krajach. Powodów obecnego stanu rzeczy należy dopatrywać się w trudności we wczesnej identyfikacji reumatoidalnego zapalenia stawów, niejasnej etiologii RZS oraz niedostatecznych danych nt. skuteczności działań profilaktycznych RZS²⁹.

3.2. Wskazanie opcjonalnych technologii medycznych (zgodnie z art. 48aa ust. 7 pkt. 4)

<Na podstawie odnalezionych rekomendacji klinicznych, badań i opinii ekspertów przedstawić opcjonalne technologie medyczne mające zastosowanie w przedmiotowym zakresie>

W trakcie prac analitycznych nad niniejszym raportem nie odnaleziono, skutecznych i bezpiecznych, alternatywnych technologii medycznych w zakresie profilaktyki RZS. Wszelkie dostępne technologie medyczne skupiają się obecnie jedynie na późnej diagnostyce i leczeniu ww. problemu zdrowotnego.

²⁹ Deane Kevin (2013). Can Rheumatoid Arthritis Be Prevented? Best Pract Res Clin Rheumatol. 2013 Aug, 27(4): 467–485.

4. Rekomendacje kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu

<Przedstawić odnalezione rekomendacje kliniczne i dot. finansowania w ocenianym wskazaniu>

W tabelach poniżej (

Tabela 8, Tabela 9) przedstawiono rekomendacje odnalezione w wyniku przeprowadzonego wyszukiwania w bazach i na stronach towarzystw naukowych, którego metodologia została opisana w rozdz. 6.1. (n=9). Do poniższego zestawienia włączono wyłącznie najaktualniejsze rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania.

Tabela 8. Zestawienie rekomendacji pod względem populacji i metodologii

| Organizacja | Rok | Populacja docelowa interwencji | Kryteria dodatkowe | Interwencje | Jakość dowodów naukowych GRADE |
|--------------------|------|---------------------------------------|--------------------|--|--------------------------------|
| NICE ³⁰ | 2018 | Personel medyczny, Pacjenci z RZS. | - | Badanie morfologii krwi, Dla pacjentów z ujemnym wynikiem morfologii – badanie obecności przeciwciał anti-CCP, Badanie RTG stóp i dłoni, Edukacja pacjenta nt. skuteczności, korzyści i ryzyka wynikającego z leczenia RZS, Konsultacja z fizjoterapeutą, Stosowanie diety śródziemnomorskiej, Przy objawach wskazujących na RZS, skierowanie do lekarza specjalisty, Edukacja dot. tymczasowego ograniczenia bólu poprzez użycie elektroterapii i kąpiei woskowych, Dostępność do zespołu wielodyscyplinarnego, Badanie USG, | Nie określono |

³⁰ Allen, A., Carville, S., & McKenna, F. (2018). Diagnosis and management of rheumatoid arthritis in adults: summary of updated NICE guidance. *Bmj*, 362, k3015.

| Organizacja | Rok | Populacja docelowa interwencji | Kryteria dodatkowe | Interwencje | Jakość dowodów naukowych GRADE |
|---------------------------|------|---------------------------------------|--------------------|---|--------------------------------|
| | | | | Programy edukacyjne nt. samzarządzania chorobą RZS, Comiesięczne wizyty kontrolne. | |
| EULAR³¹ | 2015 | Personel medyczny, Pacjenci z RZS. | - | Edukacyjny program nt. samzarządzania chorobą RZS, Regularna aktywność fizyczna, Program edukacyjny nt. samzarządzania i minimalizacji stresu, Edukacja podnosząca świadomość pacjentów nt. choroby RZS, Monitorowanie i ewaluacja programów edukacyjnych dopasowanych do potrzeb pacjenta. | Nie określono |
| FSR³² | 2014 | Personel medyczny, Pacjenci z RZS. | - | Wczesna diagnostyka opierająca się na szczegółowym wywiadzie lekarza specjalisty, Wstępna diagnostyka pacjenta przez lekarza POZ, Przy zdiagnozowaniu RZS, bezzwłoczne rozpoczęcie leczenia, Edukacja terapeutyczna pacjenta, Systematyczne monitorowanie i ewaluacja choroby przez | Nie określono |

³¹ Zangi, H. A., Ndosj, M., Adams, J., Andersen, L., Bode, C., Boström, C., ... & Niedermann, K. (2015). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 74(6), 954-962.

³² Wendling, D., Lukas, C., Paccou, J., Claudepierre, P., Carton, L., Combe, B., ... & Dougados, M. (2014). Recommendations of the French Society for Rheumatology (SFR) on the everyday management of patients with spondyloarthritis. *Joint Bone Spine*, 81(1), 6-14.

| Organizacja | Rok | Populacja docelowa interwencji | Kryteria dodatkowe | Interwencje | Jakość dowodów naukowych GRADE |
|-------------------|------|---|--|--|--------------------------------|
| | | | | lekarza reumatologa, Dostępność do wysokospecjalizowanej opieki medycznej, Test sprawdzający ściskanie dłoni lub palców u stopy, Badanie RTG, USG Dopplera, Badanie obecności przeciwciał anti-CCP. | |
| BSR ³³ | 2013 | Personel medyczny, Pacjenci uzależnieni od nikotyny. | Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: palenie tytoniu, płeć żeńska, osoby powyżej 40 r.ż. | Edukacja nt. zaprzestania lub ograniczenia palenia tytoniu, Badanie RTG, Badanie obecności przeciwciał anti-CCP, Badanie USG, Zastosowanie wskaźnika zdolności funkcjonalnej, np. mHAQ lub HAQ-DI, Test RF (ang. <i>Rheumatoid Factors</i>), Przy zdiagnozowaniu RZS, bezzwłoczne rozpoczęcie leczenia, Stosowanie kryteriów oceny ACR/EULAR 2010, Badania OB i/lub CRP, Stosowanie jednego ze wskaźników: DAS28, SDAI | Nie określono |

³³da Mota, L. M. H., Cruz, B. A., Brenol, C. V., Pereira, I. A., Rezende-Fronza, L. S., Bertolo, M. B., ... & Lima, R. A. C. (2013). Guidelines for the diagnosis of rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 53(2), 141-157.

| Organizacja | Rok | Populacja docelowa interwencji | Kryteria dodatkowe | Interwencje | Jakość dowodów naukowych GRADE |
|--------------------------|------|--|---|--|--------------------------------|
| | | | | lub CDAI. | |
| SIGN³⁴ | 2011 | Personel medyczny, Pacjenci ze stwierdzonym RZS | Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: płeć żeńska. | Badanie obecności przeciwciał anti-CCP, Edukacja terapeutyczna pacjenta, Przy zdiagnozowaniu RZS, rozpoczęcie leczenia, Ocena aktywności choroby, np. przy użyciu skali DAS28 Zalecanie pacjentowi systematycznej aktywności fizycznej, Dostępność do konsultacji zespołu specjalistów (reumatolog, dietetyk, pielęgniarka, fizjoterapeuta) dla pacjenta, Comiesięczne wizyty kontrolne. | Nie określono |
| TLAR³⁵ | 2011 | Personel medyczny | - | Systematyczne monitorowanie i ewaluacja choroby przez lekarza reumatologa, Przy niepokojących objawach wskazujących na RZS, skierowanie do lekarza specjalisty, Zalecanie pacjentowi ćwiczeń fizycznych zmniejszających ból, Edukacja podnosząca świadomość pacjentów i jego | Nie określono |

³⁴ Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2000). Management of early rheumatoid arthritis: a national clinical guideline.(SIGN publication number 48).

³⁵ Ataman, Ş., Borman, P., Evcik, D., Aydoğ, E., Ayhan, F., Yildizlar, D., ... & Duruöz, T. (2011). Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Turkish League Against Rheumatism. Archives of Rheumatology, 26(4), 273-294.

| Organizacja | Rok | Populacja docelowa interwencji | Kryteria dodatkowe | Interwencje | Jakość dowodów naukowych GRADE |
|--------------------|------|---|--|--|--------------------------------|
| | | | | rodziny nt. RZS, Diagnoza oraz leczenie określone przez lekarza reumatologa. | |
| OP ³⁶ | 2011 | Pacjenci z RZS <18 r.ż. Personel medyczny. | Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: płeć żeńska, osoby w wieku 40- 60 lat. | Edukacyjne programy podnoszące świadomość pacjentów nt. RZS, Edukacja pacjentów w zakresie aktywności fizycznej, Kampania medialna podnosząca świadomość nt. choroby RZS, Broszury i ulotki informacyjne nt. choroby RZS. | Nie określono |
| SIGN ³⁷ | 2010 | Personel medyczny, Pacjenci ze stwierdzonym RZS. | Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in. : palenie papierosów, obciążenie genetyczne, obecność początkowej erozji radiologicznej. | Wstępna diagnostyka pacjenta przez lekarza reumatologa, Systematyczna ocena ruchowości i stopnia rozwoju choroby przez lekarza reumatologa, Badanie obecności przeciwciał anty-CCP, Systematyczne monitorowanie i ewaluacje choroby przez lekarza reumatologa, Badanie USG, Rezonans magnetyczny. | Nie określono |

³⁶ Ottawa Panel member: Ottawa methods group., Brosseau, L., Wells, G. A., Tugwell, P., Egan, M., Dubouloz, C. J., ... & Smoljanic, J. (2012). Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for patient education in the management of Rheumatoid Arthritis (RA). *Health Education Journal*, 71(4), 397-451.

³⁷ Mok, C. C., Tam, L. S., Chan, T. H., Lee, G. K., & Li, E. K. (2011). Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Hong Kong Society of Rheumatology. *Clinical rheumatology*, 30(3), 303-312.

| Organizacja | Rok | Populacja docelowa interwencji | Kryteria dodatkowe | Interwencje | Jakość dowodów naukowych GRADE |
|-------------------------|------|--------------------------------|--------------------|---|--------------------------------|
| ACR/EULAR ³⁸ | 2010 | Personel medyczny | - | Badanie obecności przeciwciał anty-CCP, Test RF, Wskaźnik stanu zapalnego (OB, CRP), Ocena i liczba „zajęcia stawów” przy diagnozie RZS, Kryteria kwalifikacji dla RZS określone przez ACR/EULAR, Badanie RTG. | Nie określono |

³⁸ Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham III, C. O., ... & Combe, B. (2010). 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatism*, 62(9), 2569-2581.

Tabela 9. Zestawienie rekomendacji w zakresie profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów

| Organizacja | Treść rekomendacji |
|--|---|
| Rekomendacje zagraniczne | |
| <p>National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2018³⁹</p> | <p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy kierować do specjalisty wszystkie osoby z podejrzeniem i utrzymującym się zapaleniem błony maziowej (spowodowanym nieznaną przyczyną). Należy kierować w trybie pilnym osoby, które mają co najmniej jeden z poniższych objawów: <ul style="list-style-type: none"> ○ zajęcie małych stawów dłoni lub stóp, ○ więcej niż jeden zajęty staw, ○ 3 miesięczne lub dłuższe opóźnienie między ujawnieniem objawów, a zgłoszeniem się do lekarza z objawami wskazującymi na chorobę. • Organizacja zaleca aby w ramach wczesnego zidentyfikowania czynników świadczących o obecności RZS przeprowadzić badania morfologiczne krwi u pacjentów, u których występuje zapalenie błony maziowej. • Należy także rozważyć sprawdzenie obecności przeciwciał anti-CCP u dorosłych, u których badania morfologiczne dały wynik ujemny. • Zaleca się rozważenie wprowadzenia przeswiateł RTG stóp i dłoni w celu identyfikacji pacjentów z zapaleniem błony maziowej. • W ramach środków prewencyjnych i terapeutycznych należy zastosować edukację pacjenta w zakresie skuteczności, korzyści i ryzyka związanego z leczeniem RZS. • Należy kierować do specjalisty w trybie pilnym wszystkie osoby z podejrzanym, utrzymującym się zapaleniem błony maziowej (spowodowanym nieznaną przyczyną) nawet jeśli ich wyniki badań krwi nie wskazują na występowanie choroby lub wynik badania czynnika reumatoidalnego (RF) jest negatywny. • Osoby cierpiące na RZS powinny mieć dostęp do zespołu wielodyscyplinarnego. Rozwiązanie to stwarza możliwość oceny wpływu choroby na ich życie (pomiar takich czynników jak: ból, zmęczenie, codzienna aktywność, mobilność, możliwość pracy, uczestniczenie w życiu społecznym, jakość życia, nastrój, wpływ na kontakty seksualne). • Organizacja zaleca aby w ramach działań terapeutycznych pacjent miał możliwość konsultacji z fizjoterapeutą. Konsultacje te powinny obejmować: <ul style="list-style-type: none"> ○ zachęcenie pacjenta do podejmowania aktywności fizycznej, ○ naukę ćwiczeń poprawiających ruchomość stawów, siłę mięśni oraz poprawiające ogólną sprawność organizmu, ○ edukację w zakresie krótkotrwałego ograniczenia bólu poprzez użycie elektroterapii i kąpieli woskowych. • Należy poinformować osoby, które chcą zmienić dietę, że nie ma mocnych dowodów na wynikające z tego korzyści w kontekście RZS. Jednakże można polecić zastosowanie zasad diety śródziemnomorskiej (więcej owoców, warzyw i ryb, mniej mięsa, a także zastąpienie masła |

³⁹ Allen, A., Carville, S., & McKenna, F. (2018). Diagnosis and management of rheumatoid arthritis in adults: summary of updated NICE guidance. *Bmj*, 362, k3015.

| | |
|---|--|
| | i sera produktami opartymi na olejach roślinnych). |
| European League Against Rheumatism – EULAR 2015⁴⁰ | <p>Metodologia: Konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja podkreśla, że edukacja pacjenta jest procesem stałym i interaktywnym. Proces edukacji powinien być monitorowany i dostosowywany do potrzeb pacjentów. Szczególnie dotyczy się to osób już ze zdiagnozowanym RZS, gdzie edukacja powinna przede wszystkim podejmować kwestie życia z chorobą i procesu przystosowania się do ograniczeń przy jednoczesnej maksymalizacji zadowolenia z życia. • Podstawą do realizacji działań edukacyjnych jest utrzymanie stałego przepływu informacji między pacjentem a specjalistą prowadzącym. • Każdy pacjent z zaostrzeniami RZS powinien mieć dostęp do edukacji z zakresu choroby, diagnostyki oraz leczenia. Jeśli jest to konieczne należy także wdrożyć działania z zakresu wsparcia psychologicznego oraz ćwiczeń fizycznych, w celu utrzymania zadowalającej jakości życia (Jakość dowodów: 3-4, Siła rekomendacji C-D). • Edukacja pacjentów na temat RZS powinna stanowić nieodłączny element leczenia tej jednostki chorobowej. Celem ogólnym edukacji powinno być poszerzenie wiedzy na temat promocji zdrowia oraz zmotywowanie pacjenta do aktywnego udziału w zarządzaniu chorobą (Jakość dowodów: 1A-2B, Siła rekomendacji A-C). • Sposób prowadzenia i zakres tematyczny edukacji powinien być zgodny ze zdiagnozowanymi potrzebami zdrowotnymi pacjenta (Jakość dowodów: 1B, Siła rekomendacji A). • Edukacja w zakresie zaostrzeń RZS może być prowadzona na więcej niż jeden sposób. Zaleca się stosowanie szkoleń w formie grupowej, indywidualnej, internetowej, telefonicznej lub w formie multimedialnej, w zależności od potrzeb i możliwości wykonawcy (Jakość dowodów: 1A-B, Siła rekomendacji A). • Edukacja pacjentów w zakresie zaostrzeń RZS powinna być stale monitorowana i ewaluowana, celem określenia jej efektywności (Jakość dowodów: 4, Siła rekomendacji D). • Edukacja w zakresie RZS powinna być świadczona przez osoby wykwalifikowane m.in. lekarzy, reumatologów lub jeśli jest to konieczne, zespół multidyscyplinarny. • Brak jest obecnie dostatecznych dowodów naukowych, by stwierdzić zasadność prowadzenia działań profilaktycznych RZS. |
| French Society for Rheumatology – FSR 2014⁴¹ | <p>Metodologia: Konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja podkreśla, że optymalna ścieżka pacjenta chorego na RZS wymaga utrzymania stałego przepływu informacji między reumatologiem a pacjentem. Jest to istotne z perspektywy dostarczenia pacjentowi wszelkich niezbędnych informacji o jego stanie zdrowia oraz z uwagi na potrzebę prowadzenia działań edukacyjnych w ww. zakresie. Całość działań powinna mieć na celu zarówno zwiększenie wiedzy jak |

⁴⁰ Zangi, H. A., Ndosi, M., Adams, J., Andersen, L., Bode, C., Boström, C., ... & Niedermann, K. (2015). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 74(6), 954-962.

⁴¹ Wendling, D., Lukas, C., Paccou, J., Claudepierre, P., Carton, L., Combe, B., ... & Dougados, M. (2014). Recommendations of the French Society for Rheumatology (SFR) on the everyday management of patients with spondyloarthritis. *Joint Bone Spine*, 81(1), 6-14.

| | |
|--|--|
| | <p>i podniesienie kwalifikacji w zakresie świadomych decyzji dotyczących własnego zdrowia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pomimo faktu, że to właśnie reumatolog stanowi głównego specjalistę w zakresie RZS, istotną rolę odgrywa także lekarz POZ. Organizacja podkreśla rolę lekarza i wskazuje, że w jego kompetencjach znajduje się wstępna ocena ryzyka wystąpienia RZS oraz określenie zakresu dalszych działań diagnostycznych. • Wczesna diagnostyka RZS powinna opierać się na wywiadzie, w którym uwzględnia się podstawowe objawy RZS jak zmniejszenie ruchomości stawów, ból lub sztywność kończyn. W przypadku stwierdzenia prawdopodobieństwa obecności RZS należy skierować pacjenta na badania laboratoryjne (GRADE B). • W momencie zdiagnozowania RZS należy rozpocząć działania lecznicze (GRADE A). |
| <p>Brazilian Society of Rheumatology – BSR 2013⁴²</p> | <p>Metodologia: Przegląd literatury z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się prowadzenie działań mających na celu wczesne wykrycie RZS, z uwagi na fakt wysokich kosztów związanych z późniejszym leczeniem. • W ramach wczesnej diagnostyki RZS specjalista z zakresu reumatologii powinien zastosować kryteria oceny ACR/EULAR 2010. Metoda ta gwarantuje wyższe prawdopodobieństwo wykrycia RZS w stosunku do starszych metod. • W ramach rekomendacji organizacja wskazuje na potrzebę prowadzenia działań mających na celu ograniczenie lub całkowite zaprzestanie palenia tytoniu z uwagi na potencjalne ryzyko rozwoju lub zaostrzenia choroby. • Diagnoza RZS powinna być przeprowadzona na podstawie wyników badań (w tym badań krwi i badań obrazowych). • Szczególną uwagę podczas diagnozy należy poświęcić wyodrębnieniu RZS spośród innych potencjalnych chorób takich jak: infekcje, spondyloartropatie, inne układowe choroby reumatyczne czy choroby nowotworowe. • Organizacja podkreśla, że badanie przeciwciał anty-CCP ma podobną czułość co badanie RF, jednak ma wyższą swoistość, szczególnie podczas wczesnego RZS. Badanie to powinno być zastosowane u osób z podejrzeniem RZS, jednocześnie mających negatywny wynik RF. • Badania OB i/lub CRP również powinny być wykonane u pacjentów z podejrzeniem RZS. • RTG powinno być używane w celach diagnostycznych i prognostycznych. Gdy występuje potrzeba możliwe jest również przeprowadzenie badania USG lub RM. USG może być przydatne w ocenie uszkodzeń stawów, a także w monitorowaniu progresji choroby. • W celu oceny aktywności choroby należy stosować jeden z wskaźników: DAS28, SDAI, CDAI. • Powinno się używać co najmniej jednego wskaźnika zdolności funkcjonalnej, np. mHAQ lub HAQ-DI. |
| <p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN 2011⁴³</p> | <p>Metodologia: Konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> |

⁴² da Mota, L. M. H., Cruz, B. A., Brenol, C. V., Pereira, I. A., Rezende-Fronza, L. S., Bertolo, M. B., ... & Lima, R. A. C. (2013). Guidelines for the diagnosis of rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 53(2), 141-157.

⁴³ Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2000). Management of early rheumatoid arthritis: a national clinical guideline. (SIGN publication number 48).

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Wszyscy pacjenci z podejrzeniem RZS powinni być kierowani do specjalisty tak szybko jak to możliwe w celu potwierdzenia diagnozy i oceny aktywności choroby. • Organizacja zaleca, aby w proces leczenia i profilaktyki angażować również zespół multidyscyplinarny. Jest to uzasadnione ze względu na potrzebę ciągłej optymalizacji procesu prowadzenia pacjenta. Wszyscy pacjenci z podejrzeniem RZS powinni mieć dostęp do takiego zespołu, w którego skład powinien wchodzić m.in. reumatolog, dietetyk, pielęgniarka, fizjoterapeuta. • Badanie przeciwciał anty-CCP może być użyte jako jedno z elementów oceny występowania wczesnego RZS. • U pacjentów z wczesnym RZS powinno się przeprowadzić ocenę aktywności choroby, np. przy użyciu skali DAS28. • Organizacja zaleca, aby w ramach edukacji zachęcać pacjenta do podejmowania aktywności fizycznej. Jest to istotne z uwagi na potrzebę utrzymania odpowiedniej ruchomości stawów. • Obecnie brak jest dostatecznej liczby dowodów, aby jednoznacznie stwierdzić czy edukacja odgrywa decydującą rolę w procesie zapobiegania i leczenia RZS. Zaznacza się także, że w przypadku sposobności realizacji edukacji w ww. zakresie należy przygotować program realizujący wiele aspektów choroby. Jeśli obecne są inne opracowania w tym temacie należy z nich skorzystać. |
| <p>Turkish League Against Rheumatism – TLAR 2011⁴⁴</p> | <p>Metodologia: Konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja zaleca, aby diagnozę w zakresie obecności RZS stawiał lekarz posiadający doświadczenie w zakresie chorób reumatoidalnych. Takimi specjalistami są m.in. lekarze reumatolodzy. • W ramach zarządzania RZS należy także korzystać z nefarmakologicznych metod leczniczych. Istotną rolę w tym przypadku może odgrywać edukacja lub ćwiczenia z zakresu ruchomości. • Organizacja zaleca, aby zarówno w ramach leczenia jak i profilaktyki edukować osoby chore jak i członków rodziny na temat czynników ryzyka oraz skutków zdrowotnych nieleczzonego RZS. • Zaleca się także informowanie pacjenta na temat innych metod profilaktycznych niż ograniczenie ekspozycji na czynniki ryzyka. Należy zwracać szczególną uwagę pacjenta na możliwości w zakresie ćwiczeń i działań łagodzących dolegliwości związane z zajęciem stawów. • RZS jest chorobą kosztowną pod względem ekonomicznym w kontekście leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego. Specjalista powinien mieć to na względzie podczas leczenia, gdyż koszty i kryteria refundacji mogą być różne w zależności od kraju. |
| <p>Ottawa Panel – OP 2011⁴⁵</p> | <p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programy edukacyjne korzystnie wpływają na aspekty związane z chorobą. Edukacja wpływa również na: powiększenie wiedzy na temat RZS, zwiększenie zakresu ruchomości funkcjonalnej, motywuje do dbania o stawy poprzez stosowanie środków ochronnych, zachęca |

⁴⁴ Ataman, Ş., Borman, P., Evcik, D., Aydoğ, E., Ayhan, F., Yildizlar, D., ... & Duruöz, T. (2011). Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Turkish League Against Rheumatism. *Archives of Rheumatology*, 26(4), 273-294.

⁴⁵ Ottawa Panel member: Ottawa methods group., Brosseau, L., Wells, G. A., Tugwell, P., Egan, M., Dubouloz, C. J., ... & Smoljanic, J. (2012). Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for patient education in the management of Rheumatoid Arthritis (RA). *Health Education Journal*, 71(4), 397-451.

| | |
|---|---|
| | <p>do samodzielnego zarządzania chorobą. Czynniki te wpływają na polepszenie samopoczucia i wzrost jakości życia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • W rekomendacji zaleca się, aby edukacje prowadzić na więcej niż jeden sposób. Możliwe jest nie tylko drukowanie i rozpowszechnianie ulotek, ale także prowadzenie szkoleń czy kampanii medialnych. • Działania edukacyjne mogą być prowadzone zarówno przez lekarzy POZ jak i lekarzy reumatologów. Dopuszcza się także możliwość angażowania innego personelu medycznego m.in. pielęgniarek, edukatorów zdrowotnych czy psychologów. • Stosowanie działań edukacyjnych może być pomocne w minimalizowaniu bólu u pacjentów już dotkniętych RZS – jednak efekt ten nie jest długotrwały i w dużej mierze zależy od dalszego postępowania pacjenta. |
| <p>Hong Kong Society of Rheumatology – HKSR 2010⁴⁶</p> | <p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podstawą diagnostyki reumatoidalnego zapalenia stawów jest konsultacja z reumatologiem, który w oparciu o zakres ruchowości stawów stawia diagnozę. • Organizacja podkreśla istotę ograniczania czynników ryzyka wystąpienia RZS, do których należą: <ul style="list-style-type: none"> ○ długotrwałe palenie tytoniu, ○ obecność w historii rodziny przypadków RZS, ○ wysokie miano anty-CCP, ○ obecność początkowej erozji radiologicznej. • Organizacja zaleca, aby klinicyści dokonywali u pacjentów regularnych oceny ruchowości i stopnia rozwoju choroby. Możliwe jest zastosowanie w tym przypadku kwestionariuszy oceny jakości życia m.in. HAQ (ang. <i>Health Assessment Questionnaire</i>). |
| <p>American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism – ACR/EULAR 2010⁴⁷</p> | <p>Metodologia: Konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kryteria ACD/EULAR stanowią obecnie standard w rozpoznaniu i klasyfikacji RZS. • W ramach oceny RZS należy zwrócić uwagę na rodzaj i liczbę zajętych stawów. Ryzyko RZS zwiększa się wraz z liczbą zajętych stawów bolesnych lub obrzękniętych na początku choroby oraz w przypadku zajęcia drobnych stawów rąk, stóp i stawów nadgarstkowych. Czynnikiem ryzyka jest także symetryczne zajęcia stawów rąk, obejmujące stawy śródrečno-paliczkowe i nadgarstkowe. • Termin „zajęcie stawów” oznacza, że w badaniu przedmiotowym stwierdza się obrzęk badanych stawów lub ich tkiwość przy ucisku. • W ramach oceny obecności i zaawansowania RZS rozpatruje się 4 podstawowe parametry: |

⁴⁶ Mok, C. C., Tam, L. S., Chan, T. H., Lee, G. K., & Li, E. K. (2011). Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Hong Kong Society of Rheumatology. *Clinical rheumatology*, 30(3), 303-312.

⁴⁷ Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham III, C. O., ... & Combe, B. (2010). 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatism*, 62(9), 2569-2581.

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">○ rodzaj i liczbę zajętych stawów,○ wyniki testów serologicznych ACP (<i>Anti-citrullinated protein antibody</i>) mierzone za pomocą testu przeciwciał anty-CCP (<i>anti-cyclic citrullinated peptide autoantibodies</i>) i RF (czynnik reumatoidalny),○ wskaźniki dla fazy ostrej (OB, CRP),○ czas trwania objawów. <ul style="list-style-type: none">● Pacjenci powinni być oceniani, tylko w momencie posiadania przynajmniej jednego wyniku testu serologicznego i jednego wyniku testu ostrej fazy. |
|--|---|

5. Opinie ekspertów klinicznych

<Przedstawić opinie ekspertów, jeśli takie otrzymano>

W toku prac analitycznych nad niniejszym raportem zwrócono się do dziesięciu ekspertów z prośbą o opinię w sprawie zasadności prowadzenia programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów. Prośby o opinie skierowano do Konsultanta Krajowego w dziedzinie reumatologii oraz Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie reumatologii. Zwrócono się także do ekspertów z dziedzin odpowiadających przedmiotowemu zakresowi: Prezesa Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Prezesa Stowarzyszenia Chorych na Reumatyzm oraz Zastępcy dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.

Na dzień zakończenia prac nad raportem (24.06.2020), uzyskano 4 opinie. Wszystkie otrzymane stanowiska eksperckie zostały dopuszczone decyzją Prezesa Agencji do prac analitycznych i uwzględnione w niniejszym opracowaniu [Zal 1, Zal 2, Zal 3, Zal 4].

Poniżej przedstawiono zestawienie opinii ekspertów w odniesieniu do 12 pytań zadanych w formularzu.

Pytanie 1. Czy w Pana/Pani opinii istnieje zasadność dla prowadzenia programów polityki zdrowotnej przez JST w zakresie profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów?

W przypadku stwierdzenia zasadności realizacji programów tego rodzaju przez JST, proszę o wskazanie uzasadnienia.

Pytanie 2. Jakie dodatkowe interwencje, oprócz edukacji, powinny być uwzględnione w programie z zakresu profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów?

W przypadku określenia dodatkowych interwencji, proszę o wskazanie uzasadnienia?

Pytanie 3. Jaką tematykę powinny realizować działania edukacyjne, realizowane w ramach omawianego programu profilaktycznego?

Pytanie 4. Do jakiej populacji docelowej należy skierować program profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów?

Pytanie 5. W jakiej formie i jak długo należy prowadzić edukację uczestników programu?

Pytanie 6. Jakie kompetencje powinien posiadać personel medyczny przy realizacji zaplanowanych w programie działań profilaktycznych?

Pytanie 7. Jakie warunki lokalowe i sprzętowe powinien spełniać ośrodek, w którym będzie prowadzony program?

Pytanie 8. Proszę wskazać mierzalne cele, możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów.

Pytanie 9. Jakie wskaźniki powinny zostać użyte do pomiaru stopnia realizacji celów?

Pytanie 10. Jakie wskaźniki powinny zostać wzięte pod uwagę w celu monitorowania i ewaluacji programu?

Pytanie 11. Czy w Polsce lub na świecie realizuje się jakiegokolwiek programy z zakresu profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów?

Pytanie 12. Czy obecnie istnieją jakiegokolwiek publikacje, które jednoznacznie wskazywałyby na potrzebę realizacji działań profilaktycznych nakierowanych na profilaktykę RZS (m.in. rekomendacje towarzystw naukowych)?

Tabela 10. Zestawienie opinii ekspertów klinicznych

| Pytanie | Dr hab. n. med. prof. nadzw. Marzena Olesińska – KW w dz. Reumatologii dla woj. mazowieckiego [Zal 1] | Prof. dr hab. n. med. Maria Majdan – KW w dz. Reumatologii dla woj. lubelskiego [Zal 2] | Dr hab. n. med. prof. nadzw. Jerzy Świerkot – KW w dz. Reumatologii dla woj. dolnośląskiego [Zal 3] | Dr hab. n. med. prof. nadzw. Brygida Kwiatkowska – z-ca dyrektora ds. Klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [Zal 4] |
|---|--|---|---|--|
| <p>Pytanie 1</p> <p>Zasadność realizacji PPZ w zakresie profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów</p> | <p>Istnieje taka zasadność. RZS jest najczęstszą zapalną układową chorobą tkanki łącznej ze szczytem zachorowania w 3-4 dekadzie życia, o przewlekłym przebiegu, z postępowaniem zmian destrukcyjnych w narządzie ruchu i narządach wewnętrznych, prowadząc do trwałej niesprawności i przedwczesnej śmierci.</p> <p>Program profilaktyki RZS pozwoliłby objąć edukacją grupy osób z czynnikami ryzyka rozwoju tej choroby, edukacją lekarzy i chorych nt. objawów zwiastujących chorobę, informacją co do zachowań prozdrowotnych (walka z nikotynizmem, zakażeniami), objąć leczeniem reumatologicznym chorych we wczesnej fazie choroby dla uzyskania najlepszego efektu terapeutycznego.</p> | <p>Prowadzenie instytucjonalne programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) uważam za w pełni uzasadnione.</p> <p>Powody ku temu są następujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niska wiedza społeczna na temat immunologicznie zależnych przewlekłych chorób zapalnych (IMiDs) do których należy RZS, brak na ten temat informacji w programach szkolnych, brak albo niewielka często niewłaściwa informacja na temat objawów, rozpoznawania, leczenia oraz konsekwencji nieleczenia od wczesnych okresów choroby w środkach masowego przekazu. • Bardzo ograniczona wiedza na temat wczesnego rozpoznawania oraz leczenia – aktualnie dającej się skutecznie leczyć choroby w środowisku medycznym: <ul style="list-style-type: none"> ○ studentów wydziałów lekarskich, pielęgniarskich, rehabilitacji; ○ lekarzy nie reumatologów; ○ ortopedów; ○ lekarzy rodzinnych; ○ rehabilitantów. | <p>Istnieje zasadność dla prowadzenia programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS).</p> <p>Uzasadnienie:</p> <p>RZS jest najczęstszą zapalną chorobą reumatyczną. W Polsce częstość występowania RZS wynosi 0,9% [95%CI 0,6-1,2%], w tym u K 1,06% i 0,74% u M. Szczyt zachorowania przypada na okres życia, kiedy pacjent jest zazwyczaj aktywny zawodowo. Często pacjenci nie mają świadomości, że opóźnienie w diagnozie i włączeniu leczenia doprowadza do niepełnosprawności i przedwczesnej śmierci. Początkowe dolegliwości są często bagatelizowane.</p> <p>Polska jest jednym z krajów, w których opóźnienia diagnostyczne w RZS są najdłuższe w Europie. Badanie pilotażowe z 2011 r. pokazało, że czas od pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania i włączenia leczenia wynosi aż 35 tyg. W Polsce aż 14,6% chorych pojawia się u jakiegokolwiek lekarza (w tym lekarza POZ) dopiero powyżej roku trwania choroby.</p> <p>Należy podkreślić, że RZS jest chorobą, która niewłaściwie leczona i późno rozpoznana powoduje skrócenie życia w związku z licznymi schorzeniami współistniejącymi.</p> | <p>Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest najczęstszą zapalną chorobą reumatyczną w populacji ludzi dorosłych i występuje u 0,9% populacji polskiej. Zachorowalność oszacowana na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych z 2014 roku wynosi 35,6/100 000 populacji polskiej (czyli 13 708 osób). Choroba dotyczy częściej kobiet, a szczyt zachorowania przypada na 4-5 dekadę życia, a więc na wiek reprodukcyjny. RZS jest chorobą przewlekłą wymagającą stałej opieki reumatologicznej powiązanej z opieką w ramach POZ, przewlekłego przyjmowania leków maksymalnie hamujących postęp choroby oraz okresowych wizyt kontrolujących skuteczność i bezpieczeństwo stosowanego leczenia. Podstawą osiągnięcia całkowitego zahamowania postępu choroby czyli tzw. remisji jest jak najwcześniejsze rozpoznanie choroby z szybkim włączeniem leczenia (pacjent powinien mieć postawione rozpoznanie i włączone leczenie w ramach tzw. „okna terapeutycznego”, czyli w okresie 12 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów choroby) oraz częstą kontrolą pacjenta i dostosowywaniem leków w celu szybkiego osiągnięcia remisji, a w przypadku braku możliwości jej osiągnięcia przynajmniej niskiej aktywności choroby. Niestety nadal znaczna część pacjentów jest kierowanych do reumatologa bardzo późno, często ze stwierdzonymi już zmianami destrukcyjnymi w stawach. Analiza opóźnień diagnostycznych na terenie</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>Na początku ponad 50% chorych ma przynajmniej jedną chorobę współistniejącą, a po 5 latach jej trwania ponad 94% chorych. Depresja występuje u około 20% chorych. RZS wraz z chorobami współistniejącymi doprowadza szybko do niepełnosprawności. Z badania przeprowadzonego w latach 2009–2010 w Polsce, które objęło 1000 chorych na RZS wynika, że 53% chorych na RZS ma orzeczenie niepełnosprawności. Analizy ekonomiczne z wielu krajów europejskich wykazały zmniejszenie kosztów bezpośrednich takich jak leki, hospitalizacje pacjenta i leczenie operacyjne przy wczesnym wykryciu RZS i włączeniu skutecznego leczenia. Duże opóźnienia w rozpoznaniu RZS w Polsce generuje duże koszty pośrednie tej choroby poprzez absencję chorobową, czyli tzw. absenteizm, prezenteizm oraz renty z tytułu trwałej niezdolności do pracy. Koszty pośrednie to również koszty rodziny poniesione z tytułu opieki nad osobą niesprawną z powodu RZS. 86% chorych na RZS korzystających z absencji chorobowej to ludzie w wieku produkcyjnym (20-59 lat). Wczesne rozpoznanie i leczenie tej choroby gwarantuje również utrzymanie pacjentów na rynku pracy. Według badań światowych, w przypadku zbyt późnego rozpoznania i leczenia po 5 latach choroby pracuje 50% chorych, a po 10 latach tylko 20%.</p> <p>Dlatego tak istotne jest wprowadzenie programu, który przyczyni się do zapobiegania rozwojowi choroby, celem kontynuacji aktywności zawodowej i uzyskania optymalnego</p> | <p>Europejska Komisja wykazała, że w Polsce średni czas od pierwszych objawów do pojawienia się u reumatologa wynosi aż 35 tygodni! Na podstawie trwającego aktualnie „Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów” prowadzonego w 10 Ośrodkach Reumatologicznych na terenie całego kraju wynika, że opóźnienia te wynikają z niskiej świadomości dotyczącej zarówno objawów i charakteru choroby w ogólnej populacji polskiej, niewystarczającej wiedzy lekarzy POZ na temat objawów świadczących o początku tej choroby i rodzaju badań, jakie należy wykonać w celu wstępnego jej diagnozowania oraz braku szybkiej ścieżki diagnostycznej w poradni reumatologicznej. Tak więc działania na każdym etapie pozwolą na skrócenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego tej choroby. Kształtowanie świadomości wśród społeczeństwa polskiego dotyczące charakteru tej choroby, wieku kiedy pojawiają się jej pierwsze objawy i konieczności szybkiego wdrożenia leczenia do jej przewlekłości, pozwoli na szybkie zgłaszanie się samych pacjentów do lekarzy POZ lub reumatologów z ominięciem innych specjalistów np. ortopedów, co często ma miejsce. W wielu krajach opracowano kwestionariusze dla pacjenta tak aby pacjent wstępnie zdiagnozował się sam i zgłosił się do reumatologa przy podejrzeniu RZS.</p> <p>Wobec powyższego uważam, że realizacja programu profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów realizowanego przez JST jest jak najbardziej uzasadniona.</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>stanu zdrowia.</p> <p>Brak odpowiednich szkoleń i uświadomienia skali problemu powoduje, że wielu chorych kierowanych do reumatologów ma wstępnie źle postawione rozpoznanie, co zniechęca ich do dalszego szukania skutecznego leczenia.</p> <p>Należy jednak pamiętać, że programy profilaktyczne nie zastąpią konieczności stworzenia Ośrodków Wczesnej Diagnostyki i Leczenia zapaleń stawów lub wydzielenia procedur umożliwiających rozliczenie porad w Poradniach Reumatologicznych dotyczących chorych, u których konieczna jest diagnostyka wczesnego zapalenia stawów. Takie porady powinny być osobno zakontraktowane i opłacane – tylko wtedy będzie możliwość szybkiego dotarcia chorego do reumatologa.</p> <p>Analizy ekonomiczne z wielu krajów europejskich wykazały zmniejszenie kosztów bezpośrednich takich jak leki, hospitalizacje pacjenta i leczenie operacyjne przy wczesnym wykryciu RZS i włączeniu skutecznego leczenia. Duże opóźnienia w rozpoznaniu RZS w Polsce generują duże koszty pośrednie tej choroby poprzez absencje chorobową, czyli tzw. absenteizm, prezenteizm oraz renty z tytułu trwałej niezdolności do pracy.</p> | |
| <p>Pytanie 2 Interwencje w ramach programu (oprócz</p> | <p>Poza edukacją osób narażonych na chorobę (choroba u członka rodziny-predyspozycja genetyczna, obecność objawów sugerujących początek RZS) wskazane byłoby wykonanie testów anty-CCP</p> | <p>Poza odpowiednio do danych grup społecznych i zawodowych przygotowanych programów edukacji, celowe wydają się akcje społeczne (lokalne telewizje, spotkania grupowe artystyczne, społeczne, konkursy,</p> | <p>Praktyczne zajęcia z badania narządu ruchu i interpretacji podstawowych badań laboratoryjnych i obrazowych. Pozwoli to na trafniejsze postawienie wstępnej diagnozy i kierowanie do reumatologów tzw. szybką ścieżką</p> | <p>Poza szeroko zakrojoną akcją edukacyjną skierowaną zarówno do lekarzy POZ czy specjalistów, konieczne jest rozpropagowanie prostych testów diagnostycznych czy wręcz przesiewowych dla pacjentów oraz u pacjentów</p> |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|--|
| <p>edukacji)</p> | <p>i czynnika reumatoidalnego o dużym znaczeniu diagnostycznym dla RZS.</p> | <p>niezależne od firm wydawane instytucjonalnie materiały informacyjne) prowadzone wspólnie z grupami pacjentów, pokazujące problemy życiowe chorych na RZS.</p> | <p>najbardziej potrzebujących chorych.</p> | <p>z obecnością bólów stawów rąk i stóp wykonywanie badań oznaczających obecność autoprzeciwciał: czynnika reumatoidalnego (RF) i przeciwciał anti-CCP. Koszt komercyjny wykonania RF to 10-40 PLN, a przeciwciał anti-CCP od 30-70 PLN. Wysoka czułość i swoistość testów na te autoprzeciwciała i wysoka korelacja z rozwojem i występowaniem RZS (zwłaszcza przeciwciał anti-CCP albo występowanie RF i anti-CCP) pozwoli na szybkie wykonanie badań przesiewowych (opartych na ich obecności, dolegliwościach bólowych, podstawowych objawach). Europejska Liga Reumatologiczna opracowała wytyczne zalecające wykonywanie tych badań u wszystkich pacjentów z bólami stawów, obecnością sztywności porannej powyżej 60 min i dodatnim testem uciskowych w obrębie rąk w celu objęcia obserwacją specjalistyczną reumatologa w kierunku RZS. W aktualnie obowiązujące kryteriach diagnostycznych RZS amerykańsko-europejskich (ACR/EULAR) z 2010 jednym z kryterium jest obecności RF i/lub przeciwciała anti-CCP i miano tych przeciwciał, a ich obecność, szczególnie w wysokich mianach może decydować o rozpoznaniu tej choroby. Opracowana w 2011 roku metaanaliza potwierdziła rolę przeciwciał anti-CCP i RF w rozpoznawaniu i różnicowaniu RZS na wczesnych etapach tej choroby. Ponadto u osób, u których zostały wykonane badania na obecność RF i anti-CCP zostaną zebrane dane dotyczące czynników środowiskowych mających wpływ na rozwój RZS takich jak: palenie tytoniu, BMI, dieta, zapalenie przyzębia i spożycie alkoholu.</p> |
| <p>Pytanie 3 Tematyka działań</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Patogeneza RZS – uwzględnienie czynników modyfikowalnych, czynniki | <ul style="list-style-type: none"> • Przystępne informacje o chorobie, jej objawach i leczeniu. • Przystępne informacje o zasadach | <p>Edukacja powinna dotyczyć podniesienia wiedzy w zakresie diagnostyki, objawów klinicznych, interpretacji wyników badań</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Reumatoidalne zapalenie stawów - pierwsze objawy choroby. • Dlaczego tak ważne jest wczesne |

| | | | | |
|---------------------|---|--|--|---|
| <p>edukacyjnych</p> | <p>środowiskowe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objawy sugerujące RZS. • Grupy leków stosowanych do leczenia. • Znaczenie aktywności fizycznej, aktywności zawodowej, wykształcenia. • Znaczenie współpracy między specjalnościami medycznymi. • Znaczenie wiedzy pacjenta w leczeniu choroby, podejmowaniu decyzji. • Planowanie rodziny przez chorych reumatycznie, wpływ choroby na ciążę, ciąży na chorobę, odpowiednie leczenie. | <p>leczenia RZS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Przystępne informacje o aktywności życiowej, zawodowej, społecznej chorych na RZS. • Informacje o dostępnych systemowych możliwościach diagnostyki, leczenia, rehabilitacji w RZS. | <p>laboratoryjnych i zmian w badaniach obrazowych oraz leczenia RZS wśród personelu medycznego (lekarzy, rehabilitantów, pielęgniarek) oraz pacjentów.</p> <p>Powinno się to odbywać poprzez zorganizowanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • konferencji szkoleniowych, • warsztatów praktycznych z badania układu ruchu • przedstawienia prostych narzędzi przesiewowych służących do wczesnego wykrywania RZS (kwestionariusze dla pacjenta, kwestionariusze dla lekarza POZ, proste testy przesiewowe w kierunku RZS, badanie układu ruchu wykonywane przez lekarza POZ, interpretacja reumatologiczna podstawowych badań laboratoryjnych), • akcji edukacyjnych dla pacjentów: przekazanie podstawowych informacji na temat RZS, wsparcia psychologicznego, doradztwa zawodowego. <p>Można także zaplanować szkolenia e-learningowe dla lekarzy POZ z testami zaliczającymi uzyskanie niezbędnej wiedzy z danego szkolenia i certyfikatem ukończenia.</p> <p>Działania edukacyjne powinny także wpłynąć na lepszą współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem, a lekarzami POZ oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem.</p> | <p>wykrycie choroby.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia RZS. • Czynniki środowiskowe mające wpływ na rozwój RZS. • Charakterystyka przebiegu choroby. • Jakie są możliwości skutecznego leczenia tej choroby. • Czy z reumatoidalnego zapalenia stawów możemy się wyleczyć? • Rola lekarza POZ w rozpoznawaniu i leczeniu RZS. • Znaczenie współpracy lekarza reumatologa z pacjentem i z lekarzem POZ. • Czy można pracować z RZS? • Schorzenia współistniejące z RZS. • Zakażenia, szczepienia, operacje i ciąża a RZS. |
| <p>Pytanie 4</p> | <p>3-4 dekada życia, rodziny chorych, osoby obserwowane pod kątem</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ogólnie określone pracownicy systemu opieki zdrowotnej | <ul style="list-style-type: none"> • Personel medyczny (lekarze rodzinni, interniści, pediatrzy, | <p>Osoby dorosłe, szczególnie w wieku produkcyjnym i ewentualne RZS o tzw.</p> |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <p>Populacja docelowa programu</p> | <p>zapalnej choroby stawów.</p> | <p>(lekarze, studenci medycyny, rehabilitanci, pielęgniarki).</p> <ul style="list-style-type: none"> Ogół ludności szczególnie osoby aktywne zawodowo, populacja osób młodych, szczególnie młodych kobiet (większość chorujących to kobiety – 80%). | <p>ortopedzi, pielęgniarki, rehabilitanci).</p> <p>Pacjenci.</p> | <p>późnym początku, czyli po 65 r. życia o odmiennym przebiegu.</p> |
| <p>Pytanie 5 Forma i okres prowadzenia edukacji</p> | <p>Edukacja powinna objąć całą społeczność danego obszaru w postaci plakatów informacyjnych, audycji RTV, prelekcji, spotkania z ekspertem w małych grupach dla zapewnienia dobrego kontaktu; postępowanie długoterminowe.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Forma krótkich wykładów-pogadarek w przystępnej formie, demonstracja przypadków, kontakt bezpośredni z chorymi: <ul style="list-style-type: none"> w szkołach średnich, na uczelniach niemedycznych. Przygotowanie dostępnych w prosty sposób napisanych broszur informacyjnych (poradnie lekarzy rodzinnych, poradnie specjalistyczne: ortopedzi, neurologzy, rehabilitacja). | <p>Wskazana byłaby cykliczność prowadzonych szkoleń. Program, który prowadzony będzie tylko np. przez 12 miesięcy dotrze jedynie do określonej liczby chorych, a musimy mieć świadomość nowych zachorowań i kształcenia nowych kadr medycznych.</p> <p>Osobna grupa docelowa to personel medyczny, a osobna to pacjenci.</p> <ul style="list-style-type: none"> Personel medyczny: szkolenia teoretyczne i praktyczne z zakresu różnicowania przyczyn bólów i obrzęków stawów oraz chorób narządu ruchu. 1-2 dniowe szkolenie podstawowe i następnie ponowne po 6-12 miesiącach celem weryfikacji ocenianych rezultatów i wyjaśnienia wątpliwości. Pacjenci: broszury informacyjne, informacje w środkach masowego przekazu, uczestnictwo w spotkaniach edukacyjnych dotyczących przyczyn zapalenia i bólów stawów. | <ul style="list-style-type: none"> Opracowanie ścieżki diagnostycznej dla osoby z podejrzeniem RZS z uwzględnieniem szkolenia osób z rozpoznaniem RZS o samej chorobie, jej przebiegu oraz leczeniu. Informacje w mediach na temat objawów RZS: radio, telewizja (spoty), fora społecznościowe, Wykłady w małych strukturach organizacyjnych na wsiach i małych miasteczkach takich jak Domy Kultury, Koła Gospodyń Wiejskich, Ochotnicza Straż Pożarna. Spotkania u Sołtysa oraz w zakładach pracy i strukturach samorządowych dużych miast i małych miejscowości Opracowanie i rozpowszechnianie informacji w środkach transportu publicznego oraz ulotek w ośrodkach wiejskich i poradniach POZ, małych szpitalach powiatowych, zakładach pracy. Szkolenia i warsztaty w samorządach terytorialnych we współpracy z pracodawcami publicznymi oraz komercyjnymi. |
| <p>Pytanie 6 Wymagania wobec personelu</p> | <p>Wiedza merytoryczna nt. RZS i doświadczenie praktyczne w prowadzeniu chorych; łatwość nawiązywania kontaktu z ludźmi, umiejętność przekazywania wiedzy.</p> | <p>Doświadczenie w pracy z chorymi na RZS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Specjalizacja w dziedzinie reumatologii, w trakcie specjalizacji z reumatologii; Pielęgniarki, rehabilitanci pracujący | <p>Personel medyczny powinien obejmować lekarzy rodzinnych, reumatologów, pielęgniarki. Wskazana jest także współpraca z rehabilitantem, dietetykiem, psychologiem. Powinny być to osoby mające doświadczenie w przeprowadzaniu szkoleń i powinni</p> | <p>Specjalizacja z reumatologii, doświadczenie w prowadzeniu programów profilaktycznych lub ich uczestnictwie, praca w poradni reumatologicznej lub oddziale/klinice reumatologicznej, co najmniej 3 letnie doświadczenie.</p> |

| | | z chorymi na RZS. | w nich uczestniczyć specjaliści w zakresie reumatologii. | |
|---|---|--|---|--|
| Pytanie 7 Warunki lokalowe i sprzętowe | Pomieszczenia do spotkań w małej (5 os) i większej grupie (30 os), dostęp do badań diagnostycznych: laboratoryjnych, RTG, USG. | <p>W tym celu powinny być wykorzystane zasoby lokalowe i personel:</p> <ul style="list-style-type: none"> referencyjnych Ośrodków Reumatologicznych w kraju - których jest co najmniej kilkadziesiąt, uczelni Medycznych w których są Kliniki Reumatologii, instytuty oraz szpitale jednoimienne zajmujące się chorobami układu ruchu. | <ul style="list-style-type: none"> Musi być możliwość współpracy lekarzy rodzinnych z reumatologami. Mogą być to osobne poradnie, które nawiążą współpracę lub większa jednostka, w której są zarówno poradnie lekarzy rodzinnych jak i poradnie reumatologiczne. Musi być możliwość wykonywania podstawowych badań laboratoryjnych, badań immunologicznych (na miejscu lub umowa o wykonywanie badań) i podobnie konieczna jest możliwość wykonywania USG stawów i badań radiologicznych. | <p>Przynajmniej 3 lekarzy ze specjalizacją z reumatologii lub w trakcie ostatnich 2 lat specjalizacji z reumatologii w trybie jednostopniowym.</p> <p>Możliwości wykonywania badań RF i anty-CCP w ośrodku oraz innych niezbędnych badań do ustalenia rozpoznania i leczenia, a także możliwość wykonywania badań USG i RTG stawów z cechami zapalenia (ból i obrzęk).</p> |
| Pytanie 8 Cele w ramach PPZ | <ul style="list-style-type: none"> Skrócenie opóźnienia diagnostycznego. Liczba pacjentów i lekarzy objętych edukacją. Ankiety satysfakcji wypełniane przez uczestników spotkań. | <ul style="list-style-type: none"> Znajomość wstępnych objawów choroby przez duże grupy społeczne. Orientacja w dostępnych ośrodkach diagnostycznych i terapeutycznych (lista poradni, oddziałów referencyjnych, ośrodków leczenia lekami biologicznymi) - określenie instytucjonalnej drogi chorego od rozpoznania do skutecznej terapii. Mierzalne cele - to lepsze wskaźniki rozpoznawalności choroby w jej wczesnym okresie - gdy skuteczna interwencja jest możliwa. | <p>Dzięki przeprowadzonym szkoleniom powinna poprawić się:</p> <ul style="list-style-type: none"> znajomość metod diagnostycznych oraz dostępnych badań z uwzględnieniem ich właściwego doboru, umiejętność leczenia oraz terapii chorych z chorobami reumatycznymi, umiejętność współpracy z lekarzem posiadającym specjalizację w dziedzinie reumatologii, właściwa komunikacja z chorym, umiejętność podstawowego badania reumatologicznego – podmiotowego i przedmiotowego. <p>Oczekiwany efektami projektu są:</p> <ul style="list-style-type: none"> zwiększenie wykrywalności wczesnego RZS na wczesnych | <ul style="list-style-type: none"> Objęcie akcją edukacyjną przynajmniej 70% populacji objętej programem. Przygotowanie minimum 20 wykładów do 100 osób w lokalnych społecznościach. Przygotowanie i rozesłanie 1000 ulotek na temat objawów RZS i prostego testu dla pacjenta sugerujące RZS. Przygotowanie szerokiej akcji informacyjnej w mediach społecznościowych, radiu i telewizji na temat programu. |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| | | | <p>etapach choroby w warunkach ambulatoryjnych i skrócenie opóźnień diagnostycznych,</p> <ul style="list-style-type: none"> • poprawa świadomości społeczeństwa i wiedzy z zakresu wczesnych objawów RZS w ramach kontaktu z lekarzami POZ, • zwiększenie wiedzy lekarzy rodzinnych w POZ w zakresie rozpoznania RZS i wprowadzenie narzędzi przesiewowych, • walidacja testów przesiewowych, • opracowanie standardów wczesnego wykrywania RZS w ramach modelu opieki koordynowanej lekarz POZ–reumatolog, • powstanie ośrodków wczesnej diagnostyki zapaleń stawów, • zmniejszenie liczby hospitalizacji związanych z diagnostyką RZS. | |
| <p>Pytanie 9 Wskaźniki dla celów w ramach PPZ</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Czas opóźnienia diagnostycznego RZS w Polsce. • Zachorowalność na RZS na terenie Polski. • Wynik ankiet sprawdzających wiedzę przed i po szkoleniu lekarzy i pacjentów. | <ul style="list-style-type: none"> • Liczba certyfikowanych ośrodków reumatologicznych diagnozujących i leczących RZS ambulatoryjnie; ośrodków leczenia lekami biologicznymi. • Rozpoznawalność RZS we wczesnym okresie. • Stosowanie leków modyfikujących przebieg choroby. | <ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek POZ, którzy podnieśli swoje kompetencje z zakresu wdrażania programów profilaktycznych. • Liczba pacjentów, którzy podnieśli swoją wiedzę w zakresie RZS. • Liczba przeprowadzonych akcji edukacyjnych dla pacjentów, personelu medycznego, liczba szkoleń i warsztatów praktycznych. • Sposobem pomiaru mogą być listy obecności, potwierdzenia generowane w platformie | <ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób, które zostały objęte akcją edukacyjną w ramach programu. • Liczba osób która uczestniczyła w wykładach lokalnych. • Liczba osób z objawami w kierunku RZS oraz wykonanymi badaniami w kierunku RF i anty-CCP. • Liczba osób z obecnym RF i anty-CCP, którzy zgłosili się na konsultację do reumatologa Liczba pacjentów, którzy potwierdzonymi RZS. • Czas do postawienia diagnozy RZS od momentu pierwszych objawów zgłaszanych przez pacjenta. • Czas od postawienia diagnozy w kierunku RZS od momentu badań |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | | | e-learningowej lub certyfikaty. Częstość pomiaru powinna być wykonywana na bieżąco. | w kierunku RF i anty-CCP a rozpoczęcie leczenia. <ul style="list-style-type: none"> Ocena satysfakcji pacjenta w udziale w programie. |
| Pytanie 10 Monitorowanie i ewaluacja | <ul style="list-style-type: none"> Skrócenie opóźnienia diagnostycznego. Liczba pacjentów i lekarzy objętych edukacją. Ankiety satysfakcji wypełniane przez uczestników spotkań. | <ul style="list-style-type: none"> Liczba przeszkolonych osób. Liczba wydanych i rozprawdzonych materiałów informacyjnych. Poprawa zgłaszalności chorych na wczesny RZS. Zwiększenie zużycia konwencjonalnych, syntetycznych LMPCh oraz biologicznych LMPCh. | <p>Wskaźniki powinny być oceniane na bieżąco i powinny obejmować:</p> <ul style="list-style-type: none"> liczbę przeszkolonych lekarzy POZ i pielęgniarek: potwierdzenie listy obecności na szkoleniach teoretycznych, warsztatach praktycznych i wystawienie certyfikatów, liczbę pacjentów biorących udział w spotkaniach z lekarzami, liczbę poradni POZ, które wezmą udział w szkoleniach, liczbę działań edukacyjnych w mediach przeprowadzonych dla pacjentów, do rozważenia także liczba osób zaliczająca szkolenia, testy w formie e-learningowej. | <ul style="list-style-type: none"> Liczba osób z objawami w kierunku RZS oraz wykonanymi badaniami w kierunku RF i anty-CCP. Zapadalność na RZS na terenie objętym badaniem. Liczba osób z obecnym RF i anty-CCP, którzy zgłosili się na konsultację do reumatologa. Liczba pacjentów z potwierdzonym RZS. Czas do postawienia diagnozy RZS od momentu pierwszych objawów zgłaszanych przez pacjenta. Czas pomiędzy postawieniem diagnozy w kierunku RZS (od momentu badań w kierunku RF i anty-CCP) a rozpoczęciem leczenia. Ocena satysfakcji pacjenta w udziale w programie. Ocena czułości i swoistości RF i anty-CCP u pacjentów z objawami w kierunku RZS. Charakterystyka pacjentów pod względem częstości występowania czynników środowiskowych mających wpływ na rozwój RZS, takie jak otyłość, palenie tytoniu, zapalenie przyzębia, spożycie alkoholu, dieta. |
| Pytanie 11 Programy profilaktyczne RZS w Polsce i na | W 10 ośrodkach reumatologicznych Polski realizowany jest Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania RZS. | W Polsce w ramach programu z funduszy Europejskich Wiedza Edukacja Rozwój -Wysokie Kwalifikacje Lekarzy- prowadzono w Uczelniach Medycznych w latach 2018-2019 cykl | W Polsce obecnie jest realizowany w kilku/kilkunastu ośrodkach „Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów” | W Polsce jest realizowany Ogólnopolski „Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów” w 10 ośrodkach reumatologicznych obejmujący |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <p>świecie</p> | | <p>szkoleń dla lekarzy rodzinnych „Diagnostyka zapaleń stawów”.</p> <p>Nadal trwa program wczesnej Diagnostyki reumatoidalnego zapalenia stawów również realizowany w ramach Funduszy Europejskich Wiedza Edukacja Rozwój w kilku ośrodkach reumatologicznych w Polsce.</p> <p>Na świecie to jest przede wszystkim szkolenie w ramach międzynarodowych Kongresów oraz kursów prowadzonych przez przede wszystkim EULAR i ACR oraz międzynarodowe Stowarzyszenia pacjentów.</p> | <p>w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój nr POWR.05.01.00-IP.05-00-003/17.</p> <p>Ponadto na świecie m.in. w Holandii funkcjonują poradnie/kliniki wczesnego zapalenia stawów, które także zajmują się tematyką profilaktyki i szkoleń.</p> | <p>wszystkie województwa za wyjątkiem podlaskiego i wielkopolskiego.</p> |
| <p>Pytanie 12 Publikacje wskazujące na potrzebę profilaktyki RZS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Głuszko P, Stanisławska-Biernat E. Przegląd aktualnych rekomendacji EULAR/ACR w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w chorobach reumatycznych. Forum Media Polska. 2019. ISBN 8326032867, 9788326032868 • https://www.rheumatology.org.uk/practice-quality/audits/neiaa • https://www.rheumatology.org.uk/news-policy/details/New-best-practice-tariff-early-inflammatory-arthritis-England • https://www.rheumatology.org.uk/Portals/0/Documents/Practice_Quality/Audit/NEIA/2019/NEIA_Audit_report_October_2019.pdf?ver=2019-10-08-103326-710 • https://www.rheumatology.org.uk/practice-quality/audits/neiaa • Smolen JS, Landewe RB, Bijlsma JW. Et al. EULAR | <p>Oczywiście najbardziej systemowo jest to przygotowane w ramach aktualnych rekomendacji postępowania w RZS - dla nas najbardziej przydatne są rekomendacje EULAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • https://www.clinexprheumatol.org/article.asp?a=15479 | <ul style="list-style-type: none"> • Istnieje wiele publikacji, które jednoznacznie wskazują na konieczność szybkiej diagnostyki RZS. W momencie stwierdzenia zapalenia nawet jednego stawu konieczna jest diagnostyka różnicowa, w której należy uwzględnić RZS. Zasady postępowania w niezróżnicowanym zapaleniu stawów zostały przedstawione m.in. w „EULAR recommendations for management of early arthritis”. Podobnie o konieczności współpracy z pacjentami, lekarzami opieki podstawowej i innymi specjalistami mówią najnowsze zalecenia dotyczące leczenia RZS opracowane przez EULAR z 2020 roku. | <p>Brytyjskie Towarzystwo Reumatologiczne od lat prowadzi szeroko zakrojoną akcję, w ramach której w wielu miejscach w kraju zostały utworzone Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów oraz przeprowadzany jest ogólnokrajowy audyt NEIA na temat skrócenia opóźnień diagnostycznych mobilizujący lekarzy GP do kierowania chorych z podejrzeniem RZS do Klinik Wczesnego Zapalenia Stawów. Dodatkowo NHS w celu zachęty do wczesnego wykrywania RZS zwiększył finansowanie procedur związanych z diagnostyką RZS. Standardowa płatność NHS wg kodu NHS 410 dotyczyła stałej opłaty 270 funtów za pierwszą wizytę u reumatologa i 92 funty za wizyty kontrolne. Nowa taryfa została opracowana dla najlepszych praktyk lekarskich związanych z diagnostyką wczesnych zapaleń stawów i dotyczy dodatkowej płatności 130 funtów za pacjenta, który jest konsultowany przez reumatologa z nowym rozpoznaniem. Pacjent musi być zapisany na badania oraz musi być spełnionych 6 warunków:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjent musi zostać przyjęty przez reumatologa w okresie 3 tygodni od daty skierowania do specjalisty, |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. Ann Rheum. Dis. 79: 685-699.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combe B, Landewe R, Daien Ci et al. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. Ann Rheum Dis. 2017; 76: 948-959. | | | <ul style="list-style-type: none"> • pacjent musi być włączony do rejestru w ciągu 3 tygodni od rozpoznania, • leczenie lekami modyfikującymi przebieg choroby (LMPCh) należy rozpocząć 6 tygodni od daty wystawienia skierowania, • edukacja pacjenta dotycząca choroby musi być przeprowadzona w okresie miesiąca od postawienia rozpoznania w kierunku RZS, • ocena DAS28 przez pierwsze 3 miesiące leczenia, • konieczne jest udokumentowanie wyników pacjenta przez pierwsze 3 miesiące opieki specjalistycznej. <p>Rejestr obejmuje na razie Anglię i Walię, ale trwają rozmowy w sprawie uruchomienia rejestru i praktyki wczesnego wykrywania RZS w Szkocji. Działania te prowadzone są przez Brytyjskie Towarzystwo Reumatologiczne.</p> <p>W 2019 roku został opublikowany raport z trwania audytu. W audycie w ciągu 12 miesięcy wzięło udział 20 668 pacjentów. U 54% chorych rozpoznano wczesne zapalenie stawów i włączono leczenie LMPCh, a u 37% osiągnięto remisję w ciągu 3 pierwszych miesięcy. W audycie brało udział 98% reumatologów pracujących w ramach NHS. W 2019 opublikowano analizę przyczyny opóźnień diagnostycznych w rozpoznawaniu RZS w Wielkiej Brytanii.</p> <p>W 2015 Dutch Arthritis Association (Reumafonds) opracowała i wydała publikację „Early detection of patients at risk for rheumatoid arthritis – a challenge for primary and secondary care”.</p> <p>Niderlandzkie Towarzystwo Reumatologiczne w 2018 roku wydało</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>rekomendacje dotyczące diagnostyk RZS.</p> <ul style="list-style-type: none"> W 2016 roku ukazały się rekomendacje Europejskiej Ligii Reumatologicznej (EULAR) dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów wyraźnie wskazujące, że pacjent z obrzękiem pojedynczego stawu powinien być skonsultowany przez reumatologa w ciągu 6 tygodni, a leczenie powinno być włączone w ciągu 3 miesięcy od pierwszych objawów choroby. Natomiast w 2020 roku ukazały się rekomendacje EULAR dotyczące leczenia RZS. W celach nadrzędnych tych rekomendacji jest edukacja pacjentów. W 2019 roku zostały opublikowane „Przegląd aktualnych rekomendacji EULAR/ACR w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w chorobach reumatycznych” pod patronatem Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, w którym byłam autorem rekomendacji postępowania we wczesnym zapaleniu stawów. |
|--|--|--|--|--|

Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych:

- Zasadność realizacji PPZ w zakresie profilaktyki RZS:
 - Eksperci są zgodni co do zasadności prowadzenia przez JST programów profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów w związku z tym, że RZS jest najczęstszą zapalną chorobą reumatyczną wśród osób dorosłych [Zal 1, Zal 3, Zal 4] oraz poziom wiedzy o tej chorobie wśród społeczeństwa jak i personelu medycznego w Polsce jest zbyt niski [Zal 2-4].
- Poza edukacyjne interwencje w ramach programu:
 - Eksperci podkreślają, że poza edukacją osób narażonych na chorobę wskazane byłoby:
 - wykonanie przesiewowych testów anty-CCP i czynnika reumatoidalnego o dużym znaczeniu diagnostycznym dla RZS [Zal 1, Zal 4],
 - przeprowadzenie informacyjnych akcji społecznych prowadzone wspólnie z grupami pacjentów, pokazujące problemy życiowe chorych na RZS [Zal 2],
 - przeprowadzenie praktycznych zajęć z badania narządu ruchu dla personelu medycznego [Zal 3].
- Tematyka działań edukacyjnych:
 - Eksperci wskazują, że działania edukacyjne powinny obejmować swoją tematyką:
 - przystępne informacje o chorobie [Zal 1-4],
 - objawy sugerujące RZS [Zal 1-4],
 - sposoby leczenia RZS [Zal 1-3],
 - czynniki ryzyka RZS [Zal 1, Zal 4],
 - znaczenie współpracy lekarza reumatologa z pacjentem i z lekarzem POZ [Zal 3, Zal 4],
 - informacje o aktywności życiowej, zawodowej, społecznej chorych na RZS [Zal 1-4].
- Populacja docelowa:
 - Eksperci są zgodni co do potrzeby objęcia programem ogólnej populacji osób dorosłych w wieku produkcyjnym [Zal 1-4] oraz pracowników systemu ochrony zdrowia [Zal 2, Zal 3].
- Forma i okres prowadzenia edukacji:
 - Plakaty informacyjne, ulotki, informacje w mediach [Zal 1-4].
 - Krótkie wykłady, pogadanki, spotkania z ekspertami [Zal 1-4].
 - Demonstracja przypadków, kontakt bezpośredni z chorymi w szkołach średnich i na uczelniach niemedycznych [Zal 2].
 - Szkolenia i warsztaty w samorządach terytorialnych we współpracy z pracodawcami publicznymi oraz komercyjnymi [Zal 3].
 - Szkolenia teoretyczne i praktyczne dla personelu medycznego z zakresu różnicowania przyczyn bólów i obrzęków stawów oraz chorób narządu ruchu. 1-2 dniowe szkolenie podstawowe i następnie ponowne po 6-12 miesiącach celem weryfikacji ocenianych rezultatów i wyjaśnienia wątpliwości [Zal 4].
- Cele w ramach PPZ:
 - skrócenie opóźnienia diagnostycznego,
 - znajomość wstępnych objawów choroby przez duże grupy społeczne,
 - orientacja w dostępnych ośrodkach diagnostycznych i terapeutycznych – określenie instytucjonalnej drogi chorego od rozpoznania do skutecznej terapii,
 - poprawa wskaźników rozpoznawalności choroby w jej wczesnym okresie – gdy skuteczna interwencja jest możliwa,
 - objęcie akcją edukacyjną przynajmniej 70% populacji objętej programem,
 - przygotowanie minimum 20 wykładów do 100 osób w lokalnych społecznościach,

- przygotowanie i rozesłanie 1000 ulotek na temat objawów RZS i prostego testu dla pacjenta sugerujące RZS,
- przygotowanie szerokiej akcji informacyjnej w mediach społecznościowych, radiu i telewizji na temat programu,
- poprawa znajomości metod diagnostycznych oraz dostępnych badań z uwzględnieniem ich właściwego doboru,
- poprawa umiejętności leczenia oraz terapii chorych z chorobami reumatycznymi,
- poprawa umiejętności współpracy z lekarzem posiadającym specjalizację w dziedzinie reumatologii,
- poprawa komunikacji z chorym,
- poprawa umiejętności podstawowego badania reumatologicznego – podmiotowego i przedmiotowego,
- zwiększenie wykrywalności wczesnego RZS na wczesnych etapach choroby w warunkach ambulatoryjnych i skrócenie opóźnień diagnostycznych,
- zwiększenie wiedzy lekarzy rodzinnych w POZ w zakresie rozpoznania RZS i wprowadzenie narzędzi przesiewowych,
- walidacja testów przesiewowych,
- opracowanie standardów wczesnego wykrywania RZS w ramach modelu opieki koordynowanej lekarz POZ– reumatolog,
- powstanie ośrodków wczesnej diagnostyki zapaleń stawów,
- zmniejszenie liczby hospitalizacji związanych z diagnostyką RZS.
- Wskaźniki dla celów w ramach PPZ:
 - czas opóźnienia diagnostycznego RZS w Polsce,
 - zachorowalność na RZS na terenie Polski,
 - wynik ankiet sprawdzających wiedzę przed i po szkoleniu lekarzy i pacjentów,
 - liczba certyfikowanych ośrodków reumatologicznych diagnozujących i leczących RZS ambulatoryjnie – ośrodków leczenia lekami biologicznymi,
 - rozpoznawalność RZS we wczesnym okresie,
 - stosowanie leków modyfikujących przebieg choroby,
 - liczba osób, które zostały objęte akcją edukacyjną w ramach programu,
 - liczba osób która uczestniczyła w wykładach lokalnych,
 - liczba osób z objawami w kierunku RZS oraz wykonanymi badaniami w kierunku RF i anti-CCP,
 - liczba osób z obecnym RF i anti-CCP, którzy zgłosili się na konsultację do reumatologa,
 - czas pomiędzy postawieniem diagnozy w kierunku RZS (od momentu badań w kierunku RF i anti-CCP), a rozpoczęciem leczenia,
 - ocena satysfakcji pacjenta w udziale w programie,
 - liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek POZ, którzy podnieśli swoje kompetencje z zakresu wdrażania programów profilaktycznych,
 - liczba przeprowadzonych akcji edukacyjnych dla pacjentów, personelu medycznego, liczba szkoleń i warsztatów praktycznych.

6. Analiza kliniczna

6.1. Metodologia wyszukiwania dowodów naukowych

<Przedstawić, w jakim zakresie dane zagadnienie może być ocenione za pomocą metod HTA, jeśli istnieje możliwość oceny HTA – wykonać wyszukiwanie rekomendacji i badań, przedstawiając zasady wyszukiwania i wymieniając przeszukiwane źródła. W tym miejscu powinny zostać opisane kroki prowadzące do selekcji rekomendacji i dowodów naukowych włączonych do opracowania, jak: przeszukane źródła, kryteria włączenia/wykluczenia wg. PICOS, wyniki wyszukiwania oraz selekcji. Strategie wyszukiwania, schemat graficzny etapów wyszukiwania i selekcji w postaci diagramu zgodnego z zaleceniami QUOROM, tabele włączonych i wykluczonych publikacji (z podaniem przyczyn wykluczenia) – powinny być umieszczone w rozdziale „Załączniki” na końcu dokumentu – wówczas odpowiednie odesłanie powinno znaleźć się w tekście>

W opracowaniu uwzględniono dowody naukowe opublikowane w latach 2010-2020. Przeprowadzono wyszukiwanie w bazach Medline via PubMed, Embase (via OVID) oraz Cochrane Library, a także przeprowadzono wyszukiwanie w następujących źródłach: *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*, *European League Against Rheumatism (EULAR)*, *French Society for Rheumatology (FSR)*, *Brazilian Society of Rheumatology (BSR)*, *Turkish League Against Rheumatism (TLAR)*, *Hong Kong Society of Rheumatology (HKSR)*, *American College of Rheumatology (ACR)*.

Przyjęto następujące kryteria włączenia do niniejszego raportu:

| | |
|-----------------------------|--|
| Populacja (P) | Nie ograniczono |
| Interwencja (I) | Badania przesiewowe, edukacja, profilaktyka |
| Komparator (C) | Nie ograniczono |
| Efekty zdrowotne (O) | Nie ograniczono |
| Rodzaj badań (S) | Przeglądy systematyczne, metaanalizy, rekomendacje |
| Ograniczenia | Publikacje w języku angielskim lub polskim, publikacje z lat 2010-2020 |

Do analizy włączono łącznie 13 publikacji oraz 4 opinie ekspertów klinicznych:

- 4 przeglądy systematyczne/metaanalizy,
 - 4 z wyszukiwania (Feng 2019, Zaccardelli 2019, Bobos 2019, Lahiri 2012),
- 9 rekomendacji (NICE 2018, EULAR 2015, FSR 2014, BSR 2013, TLAR 2011, SIGN 2011, OP 2011, HKSR 2010, ACR/ELAR 2010).

6.2. Ocena jakości włączonych badań wtórnych

Tabela 11. Ocena przeglądów systematycznych narzędziem AMSTAR2

| Publikacja | Pytanie 2 | Pytanie 4 | Pytanie 7 | Pytanie 9 | Pytanie 11 | Pytanie 13 | Pytanie 15 | Ocena |
|------------------------------|---------------|---------------|-----------|---------------|------------|------------|------------|------------------|
| Przeg. Sys. Zaccardelli 2019 | Nie | Nie | Nie | Częściowo Tak | - | Nie | - | Krytycznie Niska |
| Meta. Feng 2019 | Tak | Częściowo Tak | Nie | Częściowo Tak | Tak | Tak | Tak | Niska |
| Meta. Bobos 2019 | Częściowo Tak | Częściowo Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Wysoka |
| Przeg. Sys. Lahiri 2012 | Częściowo Tak | Częściowo Tak | Nie | Nie | - | Nie | - | Krytycznie niska |

Domeny krytyczne: pytanie 2 – przygotowanie protokołu przed wykonaniem przeglądu systematycznego, pytanie 4 – wszechstronna strategia wyszukiwania, pytanie 7 – lista publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu, pytanie 9 – zastosowanie odpowiedniej metody oceny błędu systematycznego, pytanie 11 – dobór właściwej metody dla przeprowadzenia metaanalizy, pytanie 13 – uwzględnienie indywidualnych ocen ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań, pytanie 15 – uwzględnienie obecności błędów systematycznych publikacji i omówienie jego wpływ na wyniki. Jedno uchybienie w domenie krytycznej oznacza uzyskanie oceny „niska”, zaś dwa i więcej uchybień to ocena „krytycznie niska”. Jeśli w domenach niekrytycznych występują liczne uchybienia, to powodują one obniżenie oceny końcowej.

Narzędzie do krytycznej oceny przeglądów systematycznych AMSTAR2 pozwala na wyselekcjonowanie publikacji o najwyższej jakości. Taką publikacją jest metaanaliza: Bobos 2019. Już jedno uchybienie w domenie krytycznej skutkuje obniżeniem oceny przeglądu systematycznego do wartości „niska”. Taka sytuacja miała miejsce w przypadku metaanalizy Feng 2019, gdzie zabrakło listy publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu. Ten brak powoduje niepełną transparentność w opracowywaniu wyników metaanaliz oraz brak możliwości identyfikacji przyczyny odrzucenia nieuwzględnionych badań.

W przeglądzie systematycznym Zaccardelli 2019 dopuszczono się wszelkich uchybień w domenach krytycznych za wyjątkiem oceny błędu systematycznego. W przypadku przeglądu systematycznego Lahiri 2012 nie uwzględniono listy publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu, nie uwzględniono indywidualnej oceny ryzyka błędu systematycznego poszczególnych publikacji oraz nie zastosowano odpowiedniej metody oceny błędu systematycznego. Braki te skutkują utratą możliwości odtworzenia wyszukiwania, brakiem wglądu do pełnej historii prowadzonego przeglądu oraz może to prowadzić do wystąpienia błędu systematycznego związanego z poszczególnymi badaniami włączonymi do analizy. W efekcie ww. publikacja otrzymała ocenę krytycznie niską, czyli najniższą jaką można uzyskać w narzędziu AMSTAR2.

6.3. Wyniki analizy skuteczności i bezpieczeństwa

<Należy opisać odnalezione dowody naukowe dotyczące efektywności klinicznej i bezpieczeństwa działań wykorzystywanych w danym zagadnieniu>

Zgodnie z metodologią przedstawioną w rozdziale 6.1. do analizy włączono n=4 przeglądów systematycznych/metaanaliz (przeglądy/analizy włączone ze strategii wyszukiwania n=4).

6.3.1. Charakterystyka badań włączonych do analizy

Tabela 12. Charakterystyka badań wtórnych włączonych do analizy

| Badanie | Metodyka | Interwencja | Populacja | Punkty końcowe |
|---|---|---|---|---|
| <p>Bobos 2019⁴⁸</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Canadian Institutes of Health Research</p> | <p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 17</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności programu ochrony stawów w porównaniu ze zwykłą opieką/kontrolą w zakresie bólu, funkcji ręki i siły uścisku u osób z chorobą zwyrodnieniową stawów i reumatoidalnym zapaleniem stawów.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 01.1990 r. do 02.2017 r.</p> | <p>Interwencja:</p> <p>Program ochrony stawów który zawierał elementy ćwiczeń, instrukcji dotyczących ćwiczeń lub edukacji dot. ochrony stawów, prowadzone indywidualnie lub w grupach przez terapeutę średnio 3 do 5 razy w tygodniu od 45 minut do 1,5 godziny.</p> <p>Komparator:</p> <p>Brak leczenia lub podstawowa opieka/kontrola pacjentów z RZS.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Osoby dorosłe z rozpoznanym RZS. Osoby dorosłe ze zwyrodnieniami stawów. <p><u>Liczebność populacji:</u> 1 847</p> | <p><u>Poziom bólu mierzony przy pomocy:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> kwestionariusza <i>Michigan Hand Outcomes Questionnaire</i> (MHQ) podskali bólu (0-100), numerycznej skali oceny bólu (0-10), wizualnej skali analogowej (VAS). <p><u>Funkcjonalność ręki mierzona przy pomocy:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> kwestionariusza <i>Michigan Hand Outcomes Questionnaire</i> (MHQ), testu ręki w chorobie zwyrodnieniowej stawów (AUSCAN), kwestionariusza <i>Health Assessment Questionnaire</i> (4-stopniowa skala od 0-3), skali wpływu chorób reumatycznych (AIMS II). <p><u>Poziom siły chwytu mierzony przy pomocy:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ręcznego dynamometru, cyfrowego dynamometru. |

⁴⁸ Bobos, P., Nazari, G., Szekeres, M., Lalone, E. A., Ferreira, L., & MacDermid, J. C. (2019). The effectiveness of joint-protection programs on pain, hand function, and grip strength levels in patients with hand arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hand Therapy*, 32(2), 194-211.

| Badanie | Metodyka | Interwencja | Populacja | Punkty końcowe |
|--|---|--|---|---|
| <p>Feng 2019⁴⁹ <u>Źródło finansowania:</u> <i>National Natural Science Foundation of China</i></p> | <p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IIIA Rodzaj włączonych badań: badania obserwacyjne. Liczba uwzględnionych badań: 16 Cel badania: ocena zależności pomiędzy BMI a RZS. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 20.09.2018 r.</p> | <p>Interwencja: Interwencją w opisywanym przeglądzie systematycznym stanowiło porównanie populacji charakteryzującej się otyłością i nadwagą z populacją o wadze prawidłowej, w celu zidentyfikowania wśród nich ryzyka wystąpienia RZS. Komparator: -</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Osoby dorosłe z RZS i nadwagą (BMI=25-29,99), • Osoby dorosłe z RZS i otyłością (BMI>30). • Osoby dorosłe z RZS i wagą prawidłową (BMI=18,50-24,99). • Grupa kontrolna - dorosłe zdrowe osoby ze zróżnicowanym BMI. <p><u>Liczebność populacji:</u> 406 584</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prawdopodobieństwo zachorowania na RZS w zależności od poziomu BMI. |
| <p>Zaccardelli 2019⁵⁰ <u>Źródło finansowania:</u> nie określono</p> | <p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny. Klasyfikacja AOTMiT: IIIA Rodzaj włączonych badań: badania obserwacyjne, badania kliniczne. Liczba uwzględnionych badań: nie podano. Cel badania: określenie związku między stylem życia a ryzykiem wystąpienia RZS. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: nie podano.</p> | <p>Interwencja: Interwencją w opisywanym przeglądzie systematycznym było porównanie populacji, u których występują zdefiniowane czynniki związane ze stylem życia z populacją, w której one nie występują, w celu identyfikacji czynników ryzyka wystąpienia RZS. Komparator: -</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Osoby dorosłe z RZS. • Grupa kontrolna – dorosłe zdrowe osoby. | <ul style="list-style-type: none"> • Ryzyko zachorowania na RZS w zależności od występowania następujących czynników ryzyka: <ul style="list-style-type: none"> ○ palenie tytoniu, ○ nadwaga, ○ dieta, ○ aktywność fizyczna, ○ stan zdrowia jamy ustnej. |

⁴⁹ Feng, X., Xu, X., Shi, Y., Liu, X., Liu, H., Hou, H., ... & Li, D. (2019). Body mass index and the risk of rheumatoid arthritis: an updated dose-response meta-analysis. *BioMed research international*, 2019.

⁵⁰ Zaccardelli, A., Friedlander, H. M., Ford, J. A., & Sparks, J. A. (2019). Potential of lifestyle changes for reducing the risk of developing rheumatoid arthritis: is an ounce of prevention worth a pound of cure?. *Clinical therapeutics*.

| Badanie | Metodyka | Interwencja | Populacja | Punkty końcowe |
|--|---|---|---|--|
| <p>Lahiri 2012⁵¹ <u>Źródło finansowania:</u> nie określono</p> | <p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IIIA Rodzaj włączonych badań: badania obserwacyjne. Liczba uwzględnionych badań: 98 Cel badania: podsumowanie aktualnej wiedzy na temat wpływu stylu życia na etiologię RZS. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 1948 r. do 02.2011 r.</p> | <p>Interwencja: Interwencją w opisywanym przeglądzie systematycznym stanowiło porównanie populacji, u których występują zdefiniowane czynniki związane ze stylem życia z populacją, w której one nie występują, w celu identyfikacji czynników ryzyka wystąpienia RZS. Komparator: -</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Osoby dorosłe z rozpoznaniem RZS. | <ul style="list-style-type: none"> • Zdiagnozowanie RZS zgodnie z kryteriami ARA 1958, zmienionymi kryteriami klasyfikacji ACR 1987 lub postawienie diagnozy przez eksperta. • Ryzyko zachorowania na RZS w zależności od występowania następujących czynników ryzyka: <ul style="list-style-type: none"> ○ palenie tytoniu, ○ dieta, ○ otyłość, ○ przyjmowanie statyn, ○ przynależność do danej klasy społecznej, ○ czynniki psychologiczne, ○ czynniki hormonalne. |

⁵¹ Lahiri, M., Morgan, C., Symmons, D. P., & Bruce, I. N. (2012). Modifiable risk factors for RA: prevention, better than cure?. Rheumatology, 51(3), 499-512.

6.3.2. Wyniki analizy skuteczności

Tabela 13. Wyniki metaanaliz i przeglądów systematycznych włączonych do analizy w zakresie profilaktyki RZS

| Metaanaliza/ Przegląd systematyczny | Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników) | |
|-------------------------------------|---|---|
| | Skuteczność aktywności fizycznej w funkcjonalności stawów | Wpływ czynników behawioralnych na ryzyko wystąpienia RZS |
| Zaccardelli 2019 ⁵² | - | <p><u>Palenie tytoniu</u> Podwyższenie prawdopodobieństwa wystąpienia RZS do poziomu OR 1,87 u palących oraz byłych palaczy OR 1,76 (16 badań, n=483 384)</p> <p><u>Aktywność fizyczna</u> RR 0,62 [95%CI: 0,42 -0,92]] (1 badanie, n=66 651)</p> <p><u>Nadwaga/otyłość</u> RR 1,21 [95%CI: (1,02-1,44)] RR 1,45 [95%CI: (1,07-1,95)] (4 badania)</p> |
| Feng 2019 ⁵³ | - | <p><u>BMI=25-29,99 (nadwaga)</u> RR 1,12 [95%CI: (1,04-1,20)] (16 badań, n=406 584)</p> <p><u>BMI>30 (otyłość)</u> RR 1,23 [95%CI: (1,09-1,39)] (16 badań, n=406 584)</p> |

⁵² Zaccardelli, A., Friedlander, H. M., Ford, J. A., & Sparks, J. A. (2019). Potential of lifestyle changes for reducing the risk of developing rheumatoid arthritis: is an ounce of prevention worth a pound of cure?. *Clinical therapeutics*.

⁵³ Feng, X., Xu, X., Shi, Y., Liu, X., Liu, H., Hou, H., ... & Li, D. (2019). Body mass index and the risk of rheumatoid arthritis: an updated dose-response meta-analysis. *BioMed research international*, 2019.

| Metaanaliza/ Przegląd systematyczny | Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników) | |
|-------------------------------------|--|---|
| | Skuteczność aktywności fizycznej w funkcjonalności stawów | Wpływ czynników behawioralnych na ryzyko wystąpienia RZS |
| Bobos 2019 ⁵⁴ | <p><u>Samoochrona stawów (w tym ćwiczenia stawów dłoni)</u></p> <p><u>Zminimalizowanie bólu w perspektywie 3-4 miesięcy</u> MD 0,00 [95%CI: (-0,42-0,42)] (3 badania, n=548)</p> <p><u>Zminimalizowanie bólu w perspektywie 5-8 miesięcy</u> MD -0,32 [95%CI: (-0,53 - -0,11)] (2 badania, n=358)</p> <p><u>Zminimalizowanie bólu w perspektywie 12 miesięcy</u> MD -0,27 [95%CI: (-0,41 - -0,12)] (4 badania, n=857)</p> <p><u>Poprawa funkcjonalności stawów w perspektywie 5-8 miesięcy</u> MD -0,49 [95%CI: (-0,75 - -0,22)] (3 badania, n=358)</p> <p><u>Poprawa funkcjonalności stawów w perspektywie 12 miesięcy</u> MD -0,31 [95%CI: (-0,50 - -0,11)] (6 badań, n=1077)</p> | - |
| Lahiri 2012 ⁵⁵ | - | <p><u>Palenie tytoniu</u></p> <p><u>Mężczyźni</u> OR 3,91 [95%CI: (2,78- 5,50)] (9 badań, n=415 793)</p> |

⁵⁴ Bobos, P., Nazari, G., Szekeres, M., Lalone, E. A., Ferreira, L., & MacDermid, J. C. (2019). The effectiveness of joint-protection programs on pain, hand function, and grip strength levels in patients with hand arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hand Therapy*, 32(2), 194-211.

⁵⁵ Lahiri, M., Morgan, C., Symmons, D. P., & Bruce, I. N. (2012). Modifiable risk factors for RA: prevention, better than cure?. *Rheumatology*, 51(3), 499-512.

| Metaanaliza/ Przegląd systematyczny | Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników) | |
|-------------------------------------|---|--|
| | Skuteczność aktywności fizycznej w funkcjonalności stawów | Wpływ czynników behawioralnych na ryzyko wystąpienia RZS |
| | | <u>Kobiety</u> OR 1,29 [95%CI: (0,94-1,77)] (9 badań, n=415 793) |

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do skuteczności aktywności fizycznej w ograniczaniu prawdopodobieństwa wystąpienia RZS. W przeglądzie systematycznym Zaccardelli 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu aktywności fizycznej na prawdopodobieństwo wystąpienia RZS. Prowadzenie przez pacjentów z grupy ryzyka działań z zakresu aktywności fizycznej prowadzi do obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia RZS do poziomu $RR=0,62$ [95%CI: (0,42-0,92)] w stosunku do ich niestosowania. W oparciu o wyniki przeglądu można stwierdzić, że należy edukować populację na temat prewencji RZS poprzez aktywność fizyczną.

W ramach wyszukiwania odnaleziono także dowody wtórne odnoszące się do zidentyfikowania czynników ryzyka wystąpienia RZS w populacji ogólnej. Autorzy przeglądu systematycznego Zaccardelli 2019 stwierdzają, iż palenie tytoniu prowadzi do zwiększenia szansy wystąpienia RZS w populacji do poziomu $OR=1,87$. Tyczy się to także osób, które zaprzestały lub ograniczyły palenie tytoniu, $OR=1,76$. Autorzy przeglądu dokonali w tym przypadku oszacowania średniego OR w oparciu o 16 badań obserwacyjnych. Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Lahiri 2012 gdzie dokonano oszacowania szansy wystąpienia RZS zarówno w populacji palących kobiet jak i mężczyzn. W przypadku palących mężczyzn szansa wystąpienia RZS wzrasta do poziomu $OR=3,91$ [95%CI: (2,78-5,50)]. W populacji palących kobiet natomiast szansa rozwinięcia RZS wzrasta do poziomu $OR=1,29$ [95%CI: (0,94-1,77)]. W oparciu o wyniki analiz można uznać, że należy edukować populację na temat szkodliwości palenia oraz związanego z nim ryzykiem rozwoju RZS. Istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia RZS jest także nadwaga lub otyłość. Autorzy przeglądu systematycznego Zaccardelli 2019 stwierdzają, że prawdopodobieństwo wystąpienia RZS u osób z nadwagą/otyłych waha się między $RR=1,21$ [95%CI: (1,02-1,44)] a $RR=1,45$ [95%CI: (1,07-1,95)]. Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Feng 2019. W publikacji tej autorzy dokonali oszacowania wpływu nadwagi i otyłości na rozwój RZS. Zgodnie z wynikami tej metaanalizy, nadwaga w porównaniu do prawidłowej wagi sprzyja zachorowaniu na RZS, podnosząc prawdopodobieństwo do poziomu $RR=1,12$ [95%CI: (1,04-1,20)]. Tyczy się to także nadwagi, gdzie prawdopodobieństwo wystąpienia RZS wzrasta do poziomu $RR=1,23$ [95%CI: (1,09-1,39)].

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do prowadzenia działań nakierowanych na samo ochronę stawów, w tym ćwiczeń rozluźniających i poprawiających ruchomość stawów. W przypadku metaanalizy Bobos 2019 autorzy oszacowali skuteczność ww. metody w minimalizowaniu bólu oraz poprawie funkcjonalności stawów dłoni, dotkniętych wczesną postacią RZS. W przypadku stosowania ww. ćwiczeń dochodzi do ogólnego zminimalizowania odczuwanego bólu. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że stosowanie tej metody jest efektywne w dłuższych perspektywach czasowych. Stosowanie tych działań przez okres krótszy niż 5 miesięcy, okazało się być nieistotne statystycznie - $MD=0,00$ [95%CI: (-0,42-0,42)]. Autorzy metaanalizy oszacowali, że prowadzenie działań z zakresu samoochrony stawów prowadzi do obniżenia częstotliwości odczuwania o $MD=-0,49$ [95%CI: (-0,75 - -0,22)] w sytuacji prowadzenia tych działań przez okres między 5 a 8 miesięcy. Podobne wyniki można otrzymać w sytuacji prowadzenia tych działań przez okres roku, kiedy to częstotliwości odczuwania bólu obniża się o $MD=-0,32$ [95%CI: (-0,53 - -0,11)]. Prowadzenie tych działań prowadzi także do poprawy ruchomości stawów. W efekcie dochodzi do zmniejszenia częstotliwości występowania ograniczenia ruchomości stawów o $MD=-0,49$ [95%CI: (-0,75 - -0,22)], dla średniej perspektywy czasu (5-8 miesięcy), oraz o $MD=-0,31$ [95%CI: (-0,50 - -0,11)], w przypadku dłuższej perspektywy (12 miesięcy). W oparciu o te dane można założyć, że należy prowadzić działania edukacyjne w tym zakresie.

6.3.3. Wyniki analizy bezpieczeństwa

W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono metaanaliz, które odnosiły się do potencjalnych działań niepożądanych związanych z prowadzeniem działań profilaktycznych nakierowanych na reumatoidalne zapalenie stawów. W ramach rekomendacji również nie wskazano żadnych szkód, które były by związane z prowadzeniem działań profilaktycznych RZS.

6.3.4. Przegląd analiz ekonomicznych

W trakcie prac analitycznych nie odnaleziono dowodów wtórnych, odwołujących się do efektywności kosztowej profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów, ani odnoszących się do kosztów związanych z chorobą.

6.4. Ograniczenia analizy klinicznej

<Jeżeli w odnalezionych badaniach określone były ograniczenia należy je opisać>

- Uwzględniono wyłącznie publikacje w języku angielskim i polskim.
- Wyszukiwanie zawężono do publikacji z ostatnich 10 lat (2010-2020).
- Wyszukiwanie zawężono do najwyższych poziomów hierarchii doniesień naukowych, tj. metaanaliz, przeglądów systematycznych (badania wtórne) oraz rekomendacji.
- Badania uwzględnione w ramach odnalezionych wtórnych dowodów naukowych dotyczyły zróżnicowanej populacji pod względem położenia etnicznego i geograficznego.
- Badania uwzględnione w ramach odnalezionych wtórnych dowodów naukowych nie uwzględniały populacji polskiej.
- W ramach prac analitycznych nie odnaleziono rekomendacji, które wprost zalecałyby prowadzenie działań profilaktycznych nakierowanych na RZS.
- Badania uwzględnione w ramach odnalezionych wtórnych dowodów naukowych cechowała duża heterogeniczność (m.in. różne interwencje profilaktyczne, zróżnicowane metody prezentacji analizowanych danych czy różnice w zakresie stosowanych interwencji).
- Wyszukane publikacje zostały utworzone w powiązaniu z kontekstem kulturowym, ekonomicznym oraz sposobem funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, który pod różnymi względami może być różny od rozwiązań stosowanych w Polsce.

7. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego

<Wskazać warunki realizacji programów polityki zdrowotnej na podstawie odnalezionych rekomendacji, badań wtórnych, analiz, opinii ekspertów oraz aktów prawnych>

Tabela 14. Warunki realizacji opracowane na podstawie odnalezionych rekomendacji

| Interwencja | Warunki realizacji |
|---------------------------|--|
| Wymagania wobec ośrodka | <ul style="list-style-type: none"> Nie określono |
| Wymagania wobec personelu | <ul style="list-style-type: none"> Wizyta kwalifikacyjna – Lekarz/lekarz reumatolog – NICE 2018, FSR 2014 Działania edukacyjne – Lekarz, reumatolog, inny personel medyczny – EULAR 2015, OP 2011, SIGN 2011 |
| Wymagania sprzętowe | <ul style="list-style-type: none"> Nie określono |

Tabela 15. Warunki realizacji opracowane na podstawie opinii ekspertów

| Interwencja | Warunki realizacji |
|---------------------------|---|
| Wymagania wobec ośrodka | <ul style="list-style-type: none"> Referencyjny ośrodek Reumatologiczny [Zal 1] Uczelnie Medyczne z Klinikami Reumatologii [Zal 1] Instytuty oraz szpitale jednoimienne zajmujące się chorobami układu ruchu [Zal 1] Pomieszczenia do spotkań w małej (5 os) i większej grupie (30 os) [Zal 2] |
| Wymagania wobec personelu | <ul style="list-style-type: none"> Osoby doświadczone w pracy z chorymi na RZS [Zal 1-4] Lekarz rodzinny, reumatolog, pielęgniarka, rehabilitant, dietetyk, psycholog [Zal 3] Specjalizacja w dziedzinie reumatologii lub w trakcie specjalizacji z reumatologii [Zal 1] Pielęgniarki, rehabilitanci pracujący z chorymi na RZS [Zal 1] |
| Wymagania sprzętowe | <ul style="list-style-type: none"> Dostęp do badań diagnostycznych: laboratoryjnych, RTG, USG [Zal 2-4] Sprzęt niezbędny do przeprowadzenia podstawowych badań laboratoryjnych [Zal 3] |

Tabela 16. Warunki realizacji zgodne z rozporządzeniem MZ ws. świadczeń gwarantowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

| Interwencja | Warunki realizacji |
|---------------------------|--|
| Wymagania wobec ośrodka | <ul style="list-style-type: none"> Dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. |
| Wymagania wobec personelu | <ul style="list-style-type: none"> Lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii. Lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie reumatologii. Lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii oraz lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale lub w poradni zgodnych z profilem świadczenia gwarantowanego. |
| Wymagania sprzętowe | <ul style="list-style-type: none"> USG. RTG. Dostęp do densytometrii kręgosłupa i kości udowej. |

8. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej w danym problemie zdrowotnym

<Wskazać wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji programów polityki zdrowotnej na podstawie odnalezionych rekomendacji, badań wtórnych, analiz oraz opinii ekspertów>

Tabela 17. Wskaźniki odnoszące się do monitorowania i ewaluacji wskazane w opiniach Prezesa AOTMiT

| Nr opinii Prezesa Agencji | Zaproponowane wskaźniki |
|--|--|
| <p>214/2016 z dnia 28 listopada 2016 r.</p> <p>Opinia prezesa: pozytywna</p> | <p><u>Ocena zgłaszalności do programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób przeszkolonych w zakresie wczesnego wykrywania RZS. • Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS. <p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realny czas jaki upłynie od zgłoszenia się pacjenta z objawami wczesnego RZS u lekarza POZ-u do momentu pierwszej wizyty u reumatologa i do ustalenia rozpoznania w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki. • Ocena trafności rozpoznania RZS przez lekarza POZ-u. • Liczba rozkolportowanych materiałów edukacyjnych (m.in. ulotki, plakaty) wśród osób pracujących na rzecz POZ oraz wśród grupy docelowej. • Liczba przeprowadzonych akcji edukacyjnych dla pacjentów przy możliwym współudziale np. organizacji skupiającej pacjentów z RZS i/lub organizacji pozarządowej prowadzącej działania związane z RZS. • Liczba osób przeszkolonych w zakresie wczesnego wykrywania RZS. • Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały przeszkolone z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS. • Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków. • Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS. <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ankieta satysfakcji z udzielanych świadczeń. <p><u>Ewaluacja programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba konferencji szkoleniowych, warsztatów, szkoleń e-learningowych. • Liczba personelu medycznego, w tym lekarzy POZ przeszkolonego w ramach konferencji, warsztatów, szkoleń e-learningowych. • Liczba zorganizowanych akcji edukacyjnych dla pacjentów. • Liczba przebadanych osób w ramach POZ, w tym liczba osób z rozpoznaniem RZS. • Liczba przebadanych osób w ramach Ośrodków Wczesnej Diagnostyki, w tym liczba osób z potwierdzonym RZS. • Odsetek potwierżeń rozpoznania RZS przez lekarza reumatologa wśród pacjentów skierowanych do reumatologa z POZ. • Czas jaki upływa od zgłoszenia się pacjenta z objawami wczesnego RZS u lekarza POZ do momentu pierwszej wizyty u reumatologa. |

Tabela 18. Wskaźniki odnoszące się do monitorowania i ewaluacji wskazane w opiniach ekspertów

| Opinia eksperta | Zaproponowane wskaźniki |
|--|---|
| prof. nadzw. dr hab. n. med. Marzena Olesińska – KW w dz. reumatologii [Zal 1] | <ul style="list-style-type: none"> • Skrócenie opóźnienia diagnostycznego. • Liczba pacjentów i lekarzy objętych edukacją. • Ankiety satysfakcji wypełniane przez uczestników spotkań. |
| prof. dr hab. n. med. Maria Majdan - KW w dz. reumatologii [Zal 2] | <ul style="list-style-type: none"> • Liczba przeszkolonych osób. • Liczba wydanych i rozprowadzonych materiałów informacyjnych. • Poprawa zgłaszalności chorych na wczesny RZS. • Zwiększenie zużycia konwencjonalnych , syntetycznych LMPCh oraz biologicznych LMPCh. |
| prof. nadzw. dr hab. n. med. Jerzy świerkot – KW w dz. Reumatologii [Zal 3] | <ul style="list-style-type: none"> • Liczba przeszkolonych lekarzy POZ i pielęgniarek: potwierdzenie listy obecności na szkoleniach teoretycznych, warsztatach praktycznych i wystawienie certyfikatów. • Liczba pacjentów biorących udział w spotkaniach z lekarzami. • Liczba poradni POZ które wezmą udział w szkoleniach. • Liczba działań edukacyjnych w mediach przeprowadzonych dla pacjentów. • Do rozważenia także liczba osób zaliczająca szkolenia, testy w formie e-learningowej. |
| prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska - Zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [Zal 4] | <ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób z objawami w kierunku RZS oraz wykonanymi badaniami w kierunku RF i anty-CPP. • Zapadalność na RZS na terenie objętym badaniem. • Liczba osób z obecnym RF i anty-CPP, którzy zgłosili się na konsultację do reumatologa. • Liczba pacjentów z potwierdzonym RZS. • Czas do postawienia diagnozy RZS od momentu pierwszych objawów zgłaszanych przez pacjenta. • Czas od postawienia diagnozy w kierunku RZS do momentu badań w kierunku RF i anty-CPP a rozpoczęciem leczenia. • Ocena satysfakcji pacjenta z udziału w programie. • Ocena czułości i swoistości RF i anty-CPP u pacjentów z objawami w kierunku RZS. • Charakterystyka pacjentów pod względem częstości występowania czynników środowiskowych mających wpływ na rozwój RZS, takie jak otyłość, palenie tytoniu, zapalenie przyzębnej, spożycia alkoholu, diety. |

9. Uzasadnienie dla modelowego rozwiązania

Mając na uwadze dostępne rekomendacje, obowiązujące rozporządzenia, opinie ekspertów klinicznych oraz dostępne dane epidemiologiczne na temat reumatoidalnego zapalenia stawów, szablony program polityki zdrowotnej powinien skupiać się na działaniach edukacyjnych. Dostępne dane epidemiologiczne i dowody kliniczne wskazują na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w ww. zakresie.

Reumatoidalne zapalenie stawów nie jest obecnie szerzej rozpowszechnionym problemem zdrowotnym w Polsce. Biorąc jednak pod uwagę fakt nie do końca określonej etiologii i procesów powstawania RZS koniecznym może być prowadzenie działań profilaktycznych. Obecnie brak jest narzędzi pozwalających na odpowiednio wczesne wykrycie RZS. Głównym elementem diagnostyki pozostaje prowadzenie przez lekarza reumatologa oceny obecności i stopnia zaawansowania RZS w oparciu np. o kryteria klasyfikacji ACR i EULAR 2010. Oprócz czynników genetycznych istotną rolę w procesie rozwoju RZS pełnią czynniki środowiskowe m.in. palenie tytoniu, zwiększona waga czy brak aktywności fizycznej (Szczeklik 2017). Dodatkowo o potrzebie prowadzenia działań profilaktycznych świadczą dane epidemiologiczne. Jedynie w roku 2016 liczba nowych przypadków RZS w całej Polsce osiągnęła wartość ponad 15 tys. przypadków. Również wskaźnik zapadalności otrzymuje się na dość wysokim poziomie od 23,2/100 tys. w województwie kujawsko-pomorskim, do nawet 38,4/100 tys. w województwie warmińsko-mazurskim. Szczyt zapadalności na RZS przypada obecnie na wiek powyżej 65 r.ż. u mężczyzn (39,9/100 tys.) oraz na wiek między 54, a 64 r.ż. u kobiet (80,8/100 tys.) (MPZ 2018). Należy również zauważyć, że to właśnie u kobiet RZS występuje stosunkowo częściej. Wartość tych wskaźników przekłada się jednocześnie na liczbę hospitalizacji w związku z chorobami tkanki łącznej (GUS 2020).

Obecne rekomendacje nie odnoszą się do prowadzenia działań profilaktycznych. Większość rekomendacji skupia się na późnej diagnostyce oraz leczeniu rozwiniętej postaci RZS. Autorzy rekomendacji podkreślają, że brak jest jednoznacznych dowodów klinicznych, które pozwoliłyby na jednoznaczne wskazanie docelowych działań z zakresu profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów (NICE 2018, EULAR 2015, SIGN 2011). Z dostępnych rekomendacji można wnioskować, że wszelkie programy realizowane w ramach profilaktyki RZS powinny skupiać się w głównej mierze na działaniach edukacyjnych, w celu poszerzenia wiedzy społeczeństwa w zakresie czynników ryzyka i skutków zdrowotnych związanych z ww. jednostką chorobową (NICE 2018, EULAR 2015, FSR 2014, SIGN 2011, TLAR 2011, OP 2011). Ponadto, w celu wczesnej diagnostyki RZS możliwe jest także prowadzenie kontrolnych wizyt lekarskich, podczas których zostaje oceniona obecność lub etap zaawansowania RZS m.in. o wspomniane kryteria ACR EULAR 2010 (NICE 2018, FSR 2014, BSR 2013, SIGN 2011, TLAR 2011, HKSR 2010, ACR/EULAR 2010).

Eksperti kliniczni potwierdzają zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w kierunku RZS. W nadesłanych opiniach podkreślają, że programy polityki zwrotnej realizowane przez JST w ww. zakresie powinny w głównej mierze koncentrować się na działaniach edukacyjnych ze względu na niską wiedzę społeczeństwa na temat omawianego problemu zdrowotnego. Eksperti są zgodni, że reumatoidalne zapalenie stawów wymaga działań profilaktycznych ze względu na koszty związane z leczeniem oraz związane z nim konsekwencje zdrowotne.

Obecnie prowadzony jest jeden, ogólnopolski program nakierowany na profilaktykę RZS. Brak jest jednak danych odnoszących się do efektywności ww. programu przez co nie jest możliwe określenie ich wpływu i skuteczność w populacji docelowej. PPZ mogą w tym przypadku stanowić uzupełnienie obecnych działań, pozwolą dotrzeć do szerszego grona odbiorców i umożliwią uzyskanie dokładniejszych danych na temat efektywności rekomendowanych działań.

10. Piśmiennictwo

<Sporządzić zestawienie wykorzystanego piśmiennictwa wg poniższego wzoru tabeli. W „Piśmiennictwie” należy uwzględnić publikacje z badań, rekomendacje, książki i inne publikacje oraz doniesienia konferencyjne (wszystkie źródła wykorzystane w opracowaniu Raportu). Układ alfabetyczny (wg skrótów). W przypadku rekomendacji tych samych organizacji i z tego samego roku, mających inną treść, skróty w tabeli należy formułować w następujący sposób: AAP 2014, AAP 2014A, AAP 2014B. >

| Źródła rekomendacji | |
|-----------------------------------|--|
| NICE 2018 | Allen, A., Carville, S., & McKenna, F. (2018). Diagnosis and management of rheumatoid arthritis in adults: summary of updated NICE guidance. <i>Bmj</i> , 362, k3015. |
| EULAR 2015 | Zangi, H. A., Ndosi, M., Adams, J., Andersen, L., Bode, C., Boström, C., ... & Niedermann, K. (2015). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. <i>Annals of the rheumatic diseases</i> , 74(6), 954-962. |
| FSR 2014 | Wendling, D., Lukas, C., Paccou, J., Claudepierre, P., Carton, L., Combe, B., ... & Dougados, M. (2014). Recommendations of the French Society for Rheumatology (SFR) on the everyday management of patients with spondyloarthritis. <i>Joint Bone Spine</i> , 81(1), 6-14. |
| BSR 2013 | da Mota, L. M. H., Cruz, B. A., Brenol, C. V., Pereira, I. A., Rezende-Fronza, L. S., Bertolo, M. B., ... & Lima, R. A. C. (2013). Guidelines for the diagnosis of rheumatoid arthritis. <i>Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)</i> , 53(2), 141-157. |
| SIGN 2011 | Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2000). Management of early rheumatoid arthritis: a national clinical guideline.(SIGN publication number 48). |
| TLAR 2011 | Ataman, Ş., Borman, P., Evcik, D., Aydoğ, E., Ayhan, F., Yıldızlar, D., ... & Duruöz, T. (2011). Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Turkish League Against Rheumatism. <i>Archives of Rheumatology</i> , 26(4), 273-294. |
| OP 2011 | Ottawa Panel member: Ottawa methods group:, Brosseau, L., Wells, G. A., Tugwell, P., Egan, M., Dubouloz, C. J., ... & Smoljanic, J. (2012). Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for patient education in the management of Rheumatoid Arthritis (RA). <i>Health Education Journal</i> , 71(4), 397-451. |
| HKSR 2010 | Mok, C. C., Tam, L. S., Chan, T. H., Lee, G. K., & Li, E. K. (2011). Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Hong Kong Society of Rheumatology. <i>Clinical rheumatology</i> , 30(3), 303-312. |
| ACR/EULAR 2010 | Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham III, C. O., ... & Combe, B. (2010). 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. <i>Arthritis & Rheumatism</i> , 62(9), 2569-2581. |
| Źródła przeglądów systematycznych | |
| Zaccardelli 2019 | Zaccardelli, A., Friedlander, H. M., Ford, J. A., & Sparks, J. A. (2019). Potential of lifestyle changes for reducing the risk of developing rheumatoid arthritis: is an ounce of prevention worth a pound of cure?. <i>Clinical therapeutics</i> . |
| Lahiri 2012 | Lahiri, M., Morgan, C., Symmons, D. P., & Bruce, I. N. (2012). Modifiable risk factors for RA: prevention, better than cure?. <i>Rheumatology</i> , 51(3), 499-512. |
| Bobos 2019 | Bobos, P., Nazari, G., Szekeres, M., Lalone, E. A., Ferreira, L., & MacDermid, J. C. (2019). The effectiveness of joint-protection programs on pain, hand function, and grip strength levels in patients with hand arthritis: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Hand Therapy</i> , 32(2), 194-211. |
| Feng 2019 | Feng, X., Xu, X., Shi, Y., Liu, X., Liu, H., Hou, H., ... & Li, D. (2019). Body mass index and the risk of rheumatoid arthritis: an updated dose-response meta-analysis. <i>BioMed research international</i> , 2019. |
| Problem zdrowotny/epidemiologia | |
| Kotarba 2014 | Kotarba-Kańczugowska M, Kucharski K, Linder-Kopiecka I. i wsp. JA, PACJENT! Perspektywa Organizacji Pacjentów na Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej, „3majmy się razem” oraz Stowarzyszenie Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających, Warszawa 2014. |
| SORP 2011 | Stan opieki reumatologicznej w Polsce. Streszczenie Raportu projektu badawczego, Projekt Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2011 |
| Kwiatkowska 2011 | Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samek-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych - ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii, Warszawa 2014 |
| MPZ 2018 | ¹ Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układowych tkanki łącznej. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_w_oj_mazowieckie.pdf dostęp z dn. 27.05.2020 |
| GUS 2020 | Główny Urząd Statystyczny (2020).Raport Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące liczby zgonów w |

| | |
|-----------------------|--|
| | latach 2007-2018 r. Pozyskano z: https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat dostęp z: 27.05.2020 r. |
| Batko 2019 | Batko B, Stajszczyk M, Świerkot J, et al. Prevalence and Clinical Characteristics of Rheumatoid Arthritis in Poland: A Nationwide Study. Arch Med Sci. 2019, 15(1): 134–140. |
| WHO 2009 | World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf , dostęp z 25.05.2020 |
| Szczeklik 2017 | Flisiak, R., Szechiński, J. (2017). Choroby przenoszone przez kleszcze. Interna Szczeklika 2017. Rozdział VII.D, 1958-1973. |
| IRW 2014 | Instytut Reumatologii w Warszawie. (2014). Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych - ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii. Pozyskano z: https://spartanska.pl/wp-content/uploads/raport_wczesna_diagnostyka_ChR.pdf , dostęp z 25.05.2020 |
| Guła 2017 | Guła, Z., Korkosz, M. (2017). Reumatoidalne zapalenie stawów. Pozyskano z: https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/63732.reumatoidalne-zapalenie-stawow , dostęp z: 26.05.2020 |

11. Załączniki

<Dla większej przejrzystości dokumentu należy zamieścić: opinie ekspertów, strategie wyszukiwania, schemat graficzny zgodny z zaleceniami QUOROM, tabelę włączonych oraz wykluczonych publikacji (z podaniem przyczyn wykluczenia)>.

- Zal 1 Opinia eksperta – prof. nadzw. dr hab. n. med. Marzena Olesińska – Konsultant Wojewódzki w dz. reumatologii dla woj. mazowieckiego
- Zal 2 Opinia eksperta – prof. dr hab. n. med. Maria Majdan – Konsultant Wojewódzki w dz. reumatologii dla woj. lubelskiego
- Zal 3 Opinia eksperta – prof. nadzw. dr hab. n. med. Jerzy Świerkot – Konsultant Wojewódzki w dz. reumatologii dla woj. dolnośląskiego
- Zal 4 Opinia eksperta – prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska- Zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
- Zal 5 Strategia wyszukiwania – baza Medline (PubMed), data wyszukiwania: 26.05.2020

| Lp. | Słowo kluczowe | Wynik |
|-----|--|-----------|
| #23 | Search: #21 AND #22 Filters: in the last 10 years, English, Polish | 2 023 |
| #23 | Search: #21 AND #22 Filters: in the last 10 years | 2 199 |
| #22 | Search: #21 AND #22 | 4 211 |
| #21 | Search: ((((((Meta-Analysis OR Meta Analysis))) OR (("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh]))) OR (("Review" [Publication Type]) OR ((systematic*[Title/Abstract] AND review*[Title/Abstract]))) OR (((guideline*[Title/Abstract] OR Guidance*[Title/Abstract] OR recommendation*[Title/Abstract] OR standard*[Title/Abstract]))) OR (("Guideline" [Publication Type] OR "standards" [Subheading]))) OR "Guidelines as Topic"[Mesh]) | 4 837 985 |
| #20 | Search: #3 AND #20 | 11 674 |
| #19 | Search: #9 OR #13 OR #19 | 2 506 463 |
| #18 | Search: diagnostic criteria[Title/Abstract] | 43 840 |
| #17 | Search: health professional training[Title/Abstract] | 159 |
| #16 | Search: Education, Public Health Professional[MeSH Terms] | 776 |
| #15 | Search: "Patient Education"[Title/Abstract] | 18 845 |
| #14 | Search: Health Education[MeSH Terms] | 241 987 |
| #13 | Search: #10 OR #11 OR #12 | 1 489 223 |
| #12 | Search: prophylaxis[Title/Abstract] | 95 895 |
| #11 | Search: prevention[Title/Abstract] | 563 133 |
| #10 | Search: Prevent*[Title/Abstract] | 1 424 161 |
| #9 | Search: #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 | 877 183 |
| #8 | Search: Screening[Title/Abstract] | 522 842 |
| #7 | Search: Screen*[Title/Abstract] | 743 703 |
| #6 | Search: early detect*[Title/Abstract] | 62 229 |
| #5 | Search: Early Diagnosis[Title/Abstract] | 79 827 |
| #4 | Search: Early Diagnosis[MeSH Terms] | 50 677 |

| Lp. | Słowo kluczowe | Wynik |
|-----|--|---------|
| #3 | Search: #1 OR #2 | 146 870 |
| #2 | Search: Rheumatoid Arthritis[Title/Abstract] | 105 083 |
| #1 | Search: Rheumatoid Arthritis[MeSH Terms] | 112 377 |

Zal 6 Strategia wyszukiwania Cochrane Library, data wyszukiwania: 26.05.2020

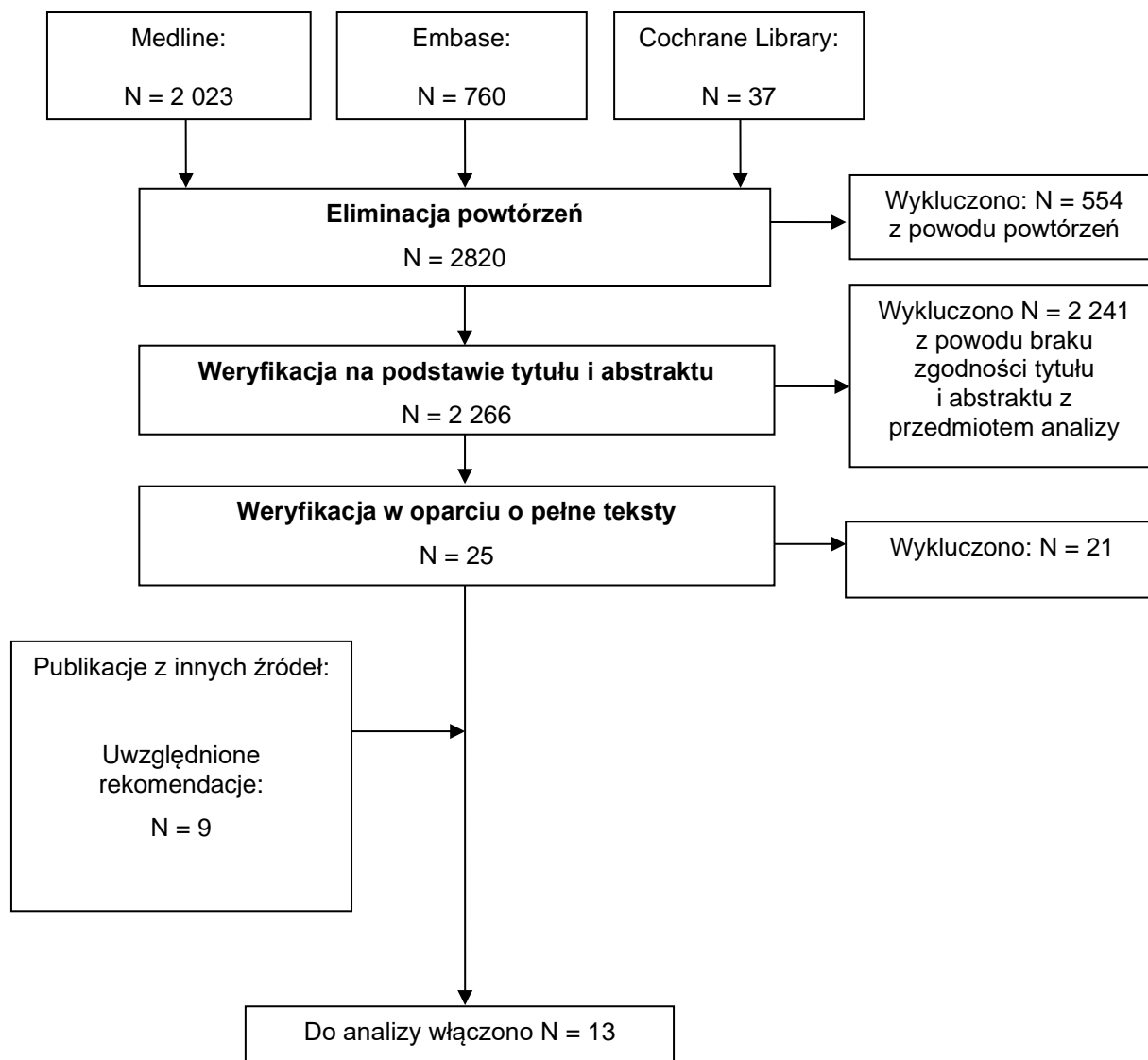
| Lp. | Słowo kluczowe | Wynik |
|-----|--|--------|
| #1 | MeSH descriptor: [Rheumatoid Arthritis] explode all trees | 6011 |
| #2 | (Rheumatoid Arthritis):ti,ab,kw | 15110 |
| #3 | #1 OR #2 | 15384 |
| #4 | MeSH descriptor: [Early Diagnosis] explode all trees | 1560 |
| #5 | (Early Diagnosis):ti,ab,kw | 16962 |
| #6 | (early detect*):ti,ab,kw | 11599 |
| #7 | (Screen*):ti,ab,kw | 67966 |
| #8 | (Screening):ti,ab,kw | 51543 |
| #9 | #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 | 88126 |
| #10 | (Prevent*):ti,ab,kw | 217019 |
| #11 | (prevention):ti,ab,kw | 169252 |
| #12 | (prophylaxis):ti,ab,kw | 23910 |
| #13 | #10 OR #11 OR #12 | 225974 |
| #14 | MeSH descriptor: [Health Education] explode all trees | 19289 |
| #15 | ("Patient Education"):ti,ab,kw | 26340 |
| #16 | MeSH descriptor: [Education, Public Health Professional] explode all trees | 2 |
| #17 | (health professional training):ti,ab,kw | 1459 |
| #18 | (diagnostic criteria):ti,ab,kw | 16092 |
| #19 | #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 | 52877 |
| #20 | #9 OR #13 OR #19 | 330839 |
| #21 | #3 AND #20 with Cochrane Library publication date from May 2010 to May 2020, in Cochrane Reviews | 37 |

Zal 7 Strategia wyszukiwania Embase (Ovid), data wyszukiwania: 26.05.2020

| Lp. | Słowo kluczowe | Wynik |
|-----|--------------------------------|-----------|
| #1 | exp rheumatoid arthritis/ | 174 467 |
| #2 | Rheumatoid Arthritis.ab,kw,ti. | 138 540 |
| #3 | 1 or 2 | 193 083 |
| #4 | exp early diagnosis/ | 105 348 |
| #5 | Early Diagnosis.ab,kw,ti. | 103 733 |
| #6 | "early detect*".ab,kw,ti. | 86 678 |
| #7 | "Screen*".ab,kw,ti. | 1 007 730 |
| #8 | Screening.ab,kw,ti. | 707 722 |
| #9 | 4 or 5 or 6 or 7 or 8 | 1 194 686 |
| #10 | "Prevent*".ab,kw,ti. | 1 719 404 |

| Lp. | Słowo kluczowe | Wynik |
|-----|--|-----------|
| #11 | prevention.ab,kw,ti. | 677 430 |
| #12 | prophylaxis.ab,kw,ti. | 130 679 |
| #13 | 10 or 11 or 12 | 1 807 890 |
| #14 | exp health education/ | 294 949 |
| #15 | "Patient Education".ab,kw,ti. | 28 390 |
| #16 | exp medical education/ | 279 985 |
| #17 | health professional training.ab,kw,ti. | 230 |
| #18 | diagnostic criteria.ab,kw,ti. | 63 920 |
| #19 | 14 or 15 or 16 or 17 or 18 | 634 502 |
| #20 | 9 or 13 or 19 | 3 398 367 |
| #21 | 3 and 20 | 23 241 |
| #22 | limit 21 to ((consensus development or meta analysis or "systematic review") and (english or polish) and yr="2010 - 2020") | 760 |

Zal 8 Etapy procesu prowadzącego do ostatecznej selekcji



Załącznik 9 Wykaz publikacji włączonych do analizy skuteczności na podstawie abstraktów oraz wynik analizy tych publikacji na podstawie pełnego tekstu (kolumna Status na podst. pełnego tekstu) ze strategii wyszukiwania. Publikacje włączone na podstawie pełnego tekstu zostały pogrubione.

| Lp. | Autorzy, Tytuł, Czasopismo | Status na podstawie pełnego tekstu | Powód wykluczenia (P, I, S) |
|-----|---|------------------------------------|-----------------------------|
| 1 | Ackerman, I. N., Ngian, G. S., Van Doornum, S., & Briggs, A. M. (2016). A systematic review of interventions to improve knowledge and self-management skills concerning contraception, pregnancy and breastfeeding in people with rheumatoid arthritis. <i>Clinical rheumatology</i> , 35(1), 33-41. | Wykl. | P,S |
| 2 | Aimer, P., Stamp, L., Stebbings, S., Valentino, N., Cameron, V., & Treharne, G. J. (2015). Identifying barriers to smoking cessation in rheumatoid arthritis. <i>Arthritis care & research</i> , 67(5), 607-615. | Wykl. | S |
| 3 | Alpizar-Rodriguez, D., & Finckh, A. (2020). Is the prevention of rheumatoid arthritis possible?. <i>Clinical Rheumatology</i> , 1-7. | Wykl. | S |
| 4 | Badsha, H. (2018). Role of diet in influencing rheumatoid arthritis disease activity. <i>The open rheumatology journal</i> , 12, 19. | Wykl. | S |
| 5 | Bobos, P., Nazari, G., Szekeres, M., Lalone, E. A., Ferreira, L., & MacDermid, J. C. (2019). The effectiveness of joint-protection programs on pain, hand function, and grip strength levels in patients with hand arthritis: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Hand Therapy</i>, 32(2), 194-211. | Wi. | |
| 6 | Buisman, L. R., Luime, J. J., Oppe, M., Hazes, J. M., & Rutten-van Mölken, M. P. (2016). A five-year model to assess the early cost-effectiveness of new diagnostic tests in the early diagnosis of rheumatoid arthritis. <i>Arthritis research & therapy</i> , 18(1), 135. | Wykl. | I |
| 7 | Bykerk, V. P. (2011). Strategies to prevent rheumatoid arthritis in high-risk patients. <i>Current opinion in rheumatology</i> , 23(2), 179-184. | Wykl. | Brak pełnego tekstu |
| 8 | Cramp, F., Berry, J., Gardiner, M., Smith, F., & Stephens, D. (2013). Health behaviour change interventions for the promotion of physical activity in rheumatoid arthritis: a systematic review. <i>Musculoskeletal care</i> , 11(4), 238-247. | Wykl. | I,S |
| 9 | Deane, K. D. (2018). Preclinical rheumatoid arthritis and rheumatoid arthritis prevention. <i>Current rheumatology reports</i> , 20(8), 50. | Wykl. | S |
| 10 | Feng, X., Xu, X., Shi, Y., Liu, X., Liu, H., Hou, H., ... & Li, D. (2019). Body mass index and the risk of rheumatoid arthritis: an updated dose-response meta-analysis. <i>BioMed research international</i>, 2019. | Wi. | |
| 11 | Filipovic, I., Walker, D., Forster, F., & Curry, A. S. (2011). Quantifying the economic burden of productivity loss in rheumatoid arthritis. <i>Rheumatology</i> , 50(6), 1083-1090. | Wykl. | I,S |
| 12 | Gholizadeh, S., Meier, A., Mills, S. D., & Malcarne, V. L. (2018, September). Body Image in Rheumatic Diseases: A Systematic Review. In <i>ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY</i> (Vol. 70). 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA: WILEY. | Wykl. | Brak pełnego tekstu |
| 13 | Hernández-Hernández, M. V., & Díaz-González, F. (2017). Role of physical activity in the management and assessment of rheumatoid arthritis patients. <i>Reumatología Clínica (English Edition)</i> , 13(4), 214-220. | Wykl. | I |
| 14 | Iversen, M., & Demmelmaier, I. (2016). AB1090-HPR Use of Theory in Self-Management Interventions for Exercise and Physical Activity in Adults with Rheumatoid Arthritis. | Wykl. | Brak pełnego tekstu |
| 15 | Lahiri, M., Morgan, C., Symmons, D. P., & Bruce, I. N. (2012). Modifiable risk factors for RA: prevention, better than cure?. <i>Rheumatology</i>, 51(3), 499-512. | Wi. | |

| | | | |
|----|---|------------|---------------------|
| 16 | Littlejohn, E. A., & Monrad, S. U. (2018). Early Diagnosis and Treatment of Rheumatoid Arthritis. <i>Primary care</i> , 45(2), 237-255. | Wykl. | S |
| 17 | Munro, S., Spooner, L., Milbers, K., Hudson, M., Koehn, C., & Harrison, M. (2018). Perspectives of patients, first-degree relatives and rheumatologists on preventive treatments for rheumatoid arthritis: a qualitative analysis. <i>BMC rheumatology</i> , 2(1), 18. | Wykl. | S |
| 18 | Paul, B. J., Kandy, H. I., & Krishnan, V. (2017). Pre-rheumatoid arthritis and its prevention. <i>European journal of rheumatology</i> , 4(2), 161. | Wykl. | I,S |
| 19 | Petersson, S., Philippou, E., Rodomar, C., & Nikiphorou, E. (2018, January). THE ROLE OF DIET ON RHEUMATOID ARTHRITIS: WHAT DO CLINICAL TRIALS TELL US?. In <i>CLINICAL AND EXPERIMENTAL RHEUMATOLOGY</i> (Vol. 36, No. 1, pp. S14-S15). VIA SANTA MARIA 31, 56126 PISA, ITALY: CLINICAL & EXPER RHEUMATOLOGY. | Wykl. | Brak pełnego tekstu |
| 20 | Philippou, E., Petersson, S. D., Erodou, S., Giallouri, E., Rodomar, C., & Nikiphorou, E. (2019). Dietary intake, dietary interventions, nutrient supplements and rheumatoid arthritis: systematic review of the evidence. <i>Proceedings of the Nutrition Society</i> , 78(OCE1). | Wykl. | S |
| 21 | Roelsgaard, I. K., Esbensen, B. A., Østergaard, M., Rollefstad, S., Semb, A. G., Christensen, R., & Thomsen, T. (2019). Smoking cessation intervention for reducing disease activity in chronic autoimmune inflammatory joint diseases. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (9). | Wykl. | I, P |
| 22 | Schaefferbeke, T., Truchetet, M. É., & Richez, C. (2012). When and where does rheumatoid arthritis begin?. <i>Joint Bone Spine</i> , 79(6), 550-554. | Wykl. | S |
| 23 | Vercruyssen, F., Germain, V., Barnette, T., Truchetet, M. E., & Schaefferbeke, T. (2016, October). Estimation of the Risk of Developing Rheumatoid Arthritis in High-Risk Subjects: Systematic Review and Meta-Analysis. In <i>ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY</i> (Vol. 68). 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA: WILEY. | Wykl. | Brak pełnego tekstu |
| 24 | Williams, M. A., Srikanth, C., Heine, P. J., Bruce, J., Brosseau, L., Hoxey-Thomas, N., & Lamb, S. E. (2018). Exercise for rheumatoid arthritis of the hand. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (7). | Wykl. | P, I |
| 25 | Zaccardelli, A., Friedlander, H. M., Ford, J. A., & Sparks, J. A. (2019). Potential of lifestyle changes for reducing the risk of developing rheumatoid arthritis: is an ounce of prevention worth a pound of cure?. <i>Clinical therapeutics</i>. | Wi. | |

P – populacja, I – interwencja, S – metodyka

Zal 10 Symulacja liczbowa realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie reumatoidalnego zapalenia stawów

Ze względu na charakter interwencji uwzględnionych w raporcie i dostępne dane nie jest możliwe przeprowadzenie symulacji liczbowej.

Zal 11 Proponowany szablon programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów