
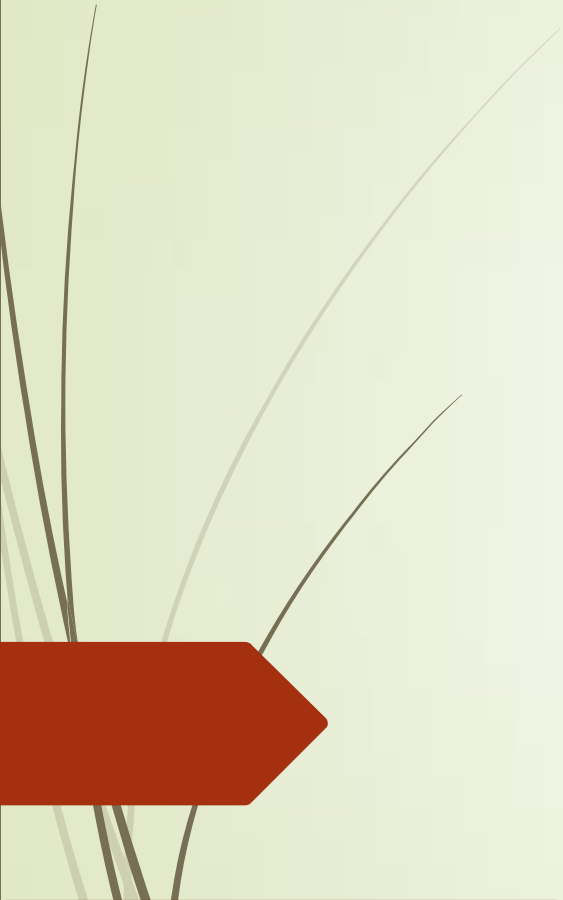


PIEŁĘGNOWANIE CHOREGO ZE SCHORZENIAMI REUMATYCZNYMI



Opracowała:
Małgorzata
Kordońska
Specjalista w dziedzinie
pielęgniarstwa zachowawczego

Czym zajmuje się reumatologia

- Dział medycyny zajmujący się chorobami kości i stawów oraz chorobami tkanki łącznej.
 - Typowe schorzenia reumatologiczne są chorobami zapalnymi.
 - Niezapalne choroby to np. choroba zwyrodnieniowa stawów.
- Choroby, w których objawy stawowe są przejawem innej choroby ogólnoustrojowej



Choroby reumatyczne

Choroby reumatyczne to grupa chorób o podłożu autoimmunologicznym.

Oznacza to, że układ odpornościowy atakuje własne tkanki, co prowadzi do przewlekłego stanu zapalnego.

Nie wiadomo, co jest tego przyczyną.

Przypuszcza się, że na rozwój chorób reumatycznych mogą mieć wpływ czynniki genetyczne, infekcje, a w niektórych przypadkach nawet zażywane leki.



Choroby reumatyczne – definicja

Do grupy chorób reumatycznych zalicza się choroby charakteryzujące się przewlekłymi i nawracającymi zmianami zapalnymi w tkance łącznej.

Najczęściej jest to wynik reakcji autoimmunologicznej naszego układu odpornościowego, który z nie do końca znanych powodów traktuje swoje własne tkanki jak potencjalnego wroga.

Choroby reumatyczne można podzielić na:

1. Zapalne choroby stawów, do których zalicza się reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK), łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) oraz młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS).
2. Choroby niezapalne stawów, wśród których najpowszechniejszą jest choroba zwyrodnieniowa stawów.
3. Choroby stawów na tle nieprawidłowości metabolicznych, gdzie króluje dna moczanowa.
4. Choroby niezapalne kręgosłupa objawiające się bólami krzyża.
5. Zaburzenia regionalne i ból uogólniony, do których zalicza się zespół cieśni nadgarstka i fibromialgię.
6. Choroby układowe tkanki łącznej, wśród których najczęściej występujące to toczeń, zespół Sjogrena, zapalenie mięśni, zapalenie naczyń oraz twardzina układowa.

Klasyfikacja chorób reumatycznych wg ARA (american rheumatism association)

Klasyfikacja chorób reumatycznych ustanowiona przez amerykańskie kolegium reumatologiczne wyróżnia 10 grup schorzeń tego typu:

- układowe choroby tkanki łącznej (np. rzs, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty układowy),
- spondyloartropatie, czyli zapalenia stawów (np. zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów),
- choroby zwyrodnieniowe stawów,
- zapalenia stawów, zapalenia pochewek ścięgien i kaletek maziowych towarzyszące zakażeniom,
- choroby stawów towarzyszące chorobom metabolicznym i dokrewnym (np. dna moczanowa),
- nowotwory (np. szpiczak, białaczka),
- zaburzenia nerwowo-naczyniowe (np. zespół cieśni nadgarstka),
- choroby kości i chrząstek (np. osteoporoza),
- zmiany pozastawowe (np. zapalenie ścięgien),
- inne zaburzenia z towarzyszącymi objawami ze strony stawów (np. sarkoidoza).

Objawy – najczęściej występujące

Ból jest najczęściej zgłaszaną dolegliwością towarzyszącą większości chorób reumatycznych. Należy ustalić jego umiejscowienie, promieniowanie, charakter, natężenie, zależność od ułożenia ciała, wykonywanych ruchów, pory dnia.

Ból może mieć charakter regionalny np. ból krzyża, może być także „przeniesiony” np. ból stawu kolanowego towarzyszący zmianom zapalnym w stawie biodrowym. Nasilenie bólu można ocenić na podstawie odpowiednich skal, najprostszą jest skala analogowa (0-10).

„**Sztywność**” – pojęcia nie należy utożsamiać z ograniczeniem ruchomości stawów lub kręgosłupa. Tak zwana sztywność poranna ogranicza zdolność poruszania się i wykonywania podstawowych czynności związanych z samoobsługą, nieraz w ciągu wielu godzin. Stopień nasilenia sztywności będzie różny od nasilenia procesu zapalnego.

Podczas badania podmiotowego można ocenić zmiany w obrębie układu ruchu. Zauważymy wówczas zaburzenia wzrostu, dysproporcje w budowie ciała, wady budowy, przymusowe ułożenie ciała. Obserwujemy postawę i ruchy badanego – czy są ograniczone, czy wywołują reakcję bólową, sposób chodzenia, stosowane zaopatrzenie ortopedyczne.

Diagnostyka chorób reumatycznych

Diagnostyka większości chorób reumatycznych jest kilkietapowa i często wieloletnia. Bardzo istotny jest obraz kliniczny pacjenta, charakter objawów, jak i wywiad rodzinny. Nie bez znaczenia wydaje się środowisko w jakim osoba diagnozowana żyje i pracuje (klimat, temperatura, dieta, wpływ stresu itp). Ważnym do postawienia ostatecznej diagnozy, elementem są następujące badania:

- **OB** – pomiar szybkości opadania krwinek czerwonych,
- **czynnik reumatoidalny** – czyli przeciwciało, które przyczynia się do niszczenia tkanki, co jest istotą choroby reumatycznej,
- **kwasy moczowe** będący produktem metabolizmu zasad purynowych, badanie poziomu kwasu moczowego wykonuje się m.in. przy podejrzeniu dny moczanowej,
- **białko c-reaktywne (crp)** – jego podwyższony poziom świadczy o toczącym się w organizmie procesie zapalnym,
- **antystreptolizyna (aso)** – badanie wykonuje się w celu rozpoznania powikłań, takich jak choroba reumatyczna, po przebytej infekcji paciorkowcem typu a,
- **przeciwciała anty-ccp**, które są uznawane za specyficzny marker (wykrywacz) reumatoidalnego zapalenia stawów (rzs),
- **przeciwciała przeciwjądrowe ANA** – mają zastosowanie w diagnostyce chorób tkanki łącznej,
- **przeciwciała przeciwko cytoplazmie neutrofilów ANCA** – nie występują u osób zdrowych.

Badanie OB czyli odczyn Biernackiego

To standardowe badanie profilaktyczne. Odczyn OB wskazuje na tempo opadania krwinek czerwonych w czasie.

Podwyższony wskaźnik OB świadczy o wystąpieniu stanu zapalnego (infekcyjnego lub nieinfekcyjnego) w organizmie.

Wysoki wskaźnik OB powyżej normy może wskazywać na występowanie problemów zdrowotnych w tym m.in. choroby reumatycznej, choroby autoimmunologicznej.

U chorych cierpiących na choroby reumatyczne występuje przyspieszone opadanie czerwonych krwinek, co wynika z nadprodukcji autoprzeciwciał (zjawisko charakterystyczne dla większości chorób autoimmunologicznych).

Wynik OB u osób chorujących na RZS może być nawet liczbą trzycyfrową.

Czynnik reumatoidalny (RF)

Jest to istotne badanie, które powinno być wykonane na etapie rozpoznania choroby reumatoidalnej. Statystycznie czynnik ten jest wykrywany u ok. 70-90% pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Jednakże jego obecność nie potwierdza jednoznacznie, ani nie wyklucza występowania RZS.

Podwyższona wartość RF może wystąpić zarówno w RZS, jak i przy innych chorobach np. nowotworowych, toczeniu rumieniowym trzewnym, zapaleniu mięśniowym, zapaleniu mięśniowo-skórnym, gruźlicy, infekcji wirusowej lub choroby wątroby.

Diagnostując czynnik reumatoidalny należy mieć świadomość występowania stosunkowo dużej ilości wyników o podwyższonym poziomie, które nie mają potwierdzenia w diagnozie choroby reumatoidalnej.

Prawdopodobieństwo wystąpienia podwyższonego poziomu czynnika reumatoidalnego wzrasta u osób starszych. Dlatego konieczne jest zestawienie wyników badania RF razem z wynikami innych badań m.in. OB, CRP, a także z przebiegiem klinicznym choroby u pacjenta.

Stężenie CRP, Kwas moczanowy, Przeciwciała anty-CCP, Antystreptolizyna (ASO)

Skrót **CRP** oznacza białko ostrej fazy (białko C-reaktywne). Jest to badanie, które wykonuje się celem określenia stężenia białka C-reaktywnego, które informuje o wystąpieniu stanu zapalnego w organizmie.

Badanie analityczne **kwasy moczanowego** pozwala na rozpoznanie dny moczanowej i stosowane jest do monitorowania przebiegu terapii.

Przeciwciała anty-CCP - oznaczenie miana przeciwciał przeciw cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi pomaga w rozpoznaniu choroby RZS. Ze względu na dokładność badania, jest ono rekomendowane wszystkim pacjentom, u których nie potwierdzono jeszcze diagnozy RZS (podwyższony poziom przeciwciał anty-CCP diagnozowany jest u ok 60-70% osób cierpiących na RZS). Podwyższone miano anty-CCP występuje niemal wyłącznie u osób chorych na RZS i można je wykryć już w początkowych etapach choroby.

Antystreptolizyna (ASO) badanie to wykonuje się w celu ustalenia, czy pacjent przeszedł w niedalekim czasie zakażenie wywołane paciorkowcami grupy A. Streptolizyna to substancja immunogenna, co oznacza, że może powodować nadmierne wytwarzanie przeciwciał, które będą negatywnie oddziaływać na układ odpornościowy. Zakażenie pewną grupą drobnoustrojów paciorkowca może wywołać choroby reumatyczne.

Charakterystyka zmian w chorobach reumatycznych

- **Obrzęk przystawowych tkanek miękkich** spowodowany zapaleniem błony maziowej i przylegających tkanek miękkich, szczególnie widoczny w chorobach zapalnych w otoczeniu stawów rąk i stóp (RZS, ŁZS i dny moczanowej).
- **Osteoporoza przystawowych odcinków kości** powstaje w wyniku miejscowego przekrwienia kości spowodowanego zapaleniem (charakterystyczna dla RZS).
- **Zwężenie szpary stawowej** spowodowane zniszczeniem chrząstki stawowej: szerokość szpary jest odwrotnie proporcjonalna do stopnia zniszczenia chrząstki (w RZS zwężenie szpary jest równomierne i symetryczne, w chorobie zwyrodnieniowej może być asymetrycznie lub nierównomierne).
- **Geody podchrzęstne** (torbiele) powstają w wyniku rozrastania się ziarniny zapalnej, w kości beleczkowej położonej pod chrząstką stawową.
- **Osteofity** (wyrośla kostne) są wynikiem adaptacji kości do zmienionych warunków biochemicznych spowodowanych zwyrodnieniem chrząstki stawowej.
- **Zrost kostny w stawach** - zanik szpary stawowej ze zniesieniem ruchomości w stawie.
- **Zwapnienia w tkankach miękkich** występują w skórze, tkance podskórnej mięśniach i tkance łącznej (charakterystyczne dla twardziny i dny moczanowej).

Rozmieszczenie zmian

- Zmiany w małych stawach rąk i stóp występują we wczesnym okresie RZS, ŁZS i dnie moczanowej.
- Zmiany w kręgosłupie i dużych stawach są typowe dla ZZSK i reaktywnego zapalenia stawów.
- Zmiany w dużych stawach występują w zaawansowanym RZS, ŁZS i chorobie zwyrodnieniowej.
- Odcinek szyjny kręgosłupa zajęty jest w RZS, w ZZSK zajęte są stawy krzyżowo-biodrowe, dolne kręgi piersiowe i górne lędźwiowe, z czasem obejmują cały odcinek piersiowy i lędźwiowy.
- Zmiany symetryczne dotyczą małych stawów rąk i stóp, dużych stawów (biodrowych, kolanowych, skokowych, barkowych, łokciowych) występują najczęściej w RZS.
- Zmiany asymetryczne – w ŁZS i dnie moczanowej.
- Zajęcie stawów krzyżowo-biodrowych – obustronnie w ZZSK i zapaleniu stawów.

Czynniki sprzyjające powstaniu chorób reumatycznych, na które można wpłynąć:

- **Otyłość** – im większa masa ciała, tym większe ryzyko rozwoju choroby (zwłaszcza kolan). Redukcja nadwagi zmniejsza zagrożenie rozwojem choroby.
- **Osłabienie mięśni otaczających staw** – stabilizują one staw i zapewniają płynność ruchu, dlatego tak ważne jest dbanie o dobrą kondycję fizyczną.
- **Czynniki zawodowe** – choroba zwyrodnieniowa kolana może być spowodowana m.in. częstym klęceniem lub zginaniem kolana, stawów biodrowych – podnoszeniem ciężkich przedmiotów lub długotrwałym staniem, stawów rąk – narażeniem na wibracje.
- **Uprawianie sportu** – niektóre formy aktywności fizycznej związane są z nadmiernym przeciążeniem stawów i urazami, np. podnoszenie ciężarów, piłka nożna, zapasy, spadochroniarstwo, taniec – zwłaszcza uprawiane wyczynowo.
- **Zaburzenia budowy stawu**, np. wrodzona dysplazja biodra, koślawość i szpotawość kolan, niestabilność stawu po urazie; można je korygować poprzez rehabilitację, używanie odpowiednich przyrządów ortopedycznych lub leczenie operacyjne.



Układowe choroby tkanki łącznej

- Reumatoidalne zapalenie stawów,
- Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (choroba Still),
- Toczeń rumieniowaty układowy,
- Twardzina,
- Zespół Sjögrena.

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)

Gościec przewlekłe postępujący – jest chorobą uogólnioną, zapalną tkanki łącznej.

Dotyczy wielu stawów. Jest chorobą całego organizmu przebiegającą z okresami zaostrzeń i remisji.

Najczęściej obejmuje stawy symetrycznie, w wielu przypadkach w konsekwencji prowadzi do inwalidztwa. Wcześnie rozpoznane i właściwie leczone nie jest śmiertelne. Choroba rozpoczyna się stanem zapalnym w stawie.

Objawia się wzrostem temperatury i zaczerwienieniem skóry wokół stawu, często obrzękiem utrudniającym ruch. Staw objęty procesem zapalnym jest wrażliwy na dotyk, a wokół stawu lub w samym stawie może pojawić się obrzęk. Jest to skutek gromadzenia się płynu w torebce stawowej.

Stopniowo dochodzi do coraz większego niszczenia powierzchni stawowych, chrząstki, kości, uszkodzenia więzadeł i zniekształceń stawów. Równoczesne procesy naprawcze prowadzą do powstania zrostów włóknistych, potem kostnych, co powoduje usztywnienie stawów.

Reumatoidalne zapalenie stawów (z historii)

- Reumatoidalne zapalenie stawów – nazwa wprowadzona w 1859 r. przez Garroda,
- Na Starym Kontynencie brak pewnych opisów tej choroby sprzed 1800 r., zachowane opisy sugerowały raczej dnę moczanową,
- W Ameryce, w Alabamie znaleziono szkielety z okresu 3 – 5 tys. lat temu archaicznych Indian z symetrycznym nadżerkowym zapaleniem stawów umiejscowionym w typowych lokalizacjach,
- Słynni chorzy : Theodore Roosevelt, Edith Piaf, Catherine Hepburn, Pierre-Auguste Renoir, Peter Paul Rubens.

Cztery okresy choroby RZS

- **Wczesny**, dla którego charakterystyczne są: obrzęk, pogrubienie zarysów stawów, sztywność poranna.
- **Zmiany umiarkowane** – oprócz wyżej wymienionych także zmiany okołostawowe i zaniki mięśniowe (głównie mięśni międzykostnych), ograniczona ruchomość, mogą być pierwsze uszkodzenia chrząstek.
- **Zmiany zaawansowane** – uszkodzenia są trwałe, objawy bardziej nasilone, następują zmiany w narządach wewnętrznych, dochodzi do podwichnięć w stawach, uszkodzeń chrząstki i kości, takich stawów nie da się już rozćwiczyć.
- **Schyłkowy** – do wyżej wymienionych objawów dochodzą zrosty włókniste i usztywnienie stawów.

Skóra w reumatoidalnym zapaleniu stawów jest chłodna, wilgotna i ścieńczała. Zapalenie ścian naczyń prowadzi do sinicy palców, rumienia dłoniowego i parestezji. Powstają również guzki reumatoidalne, występuje ucisk, a także niedokrwistość. Powiększone węzły chłonne i śledziona, spadek liczby leukocytów tworzą zespół Feltyego – charakterystyczny dla reumatoidalnego zapalenia stawów.

REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW

Etapy choroby i ich objawy

1

Wczesny

- obrzęk
- pogrubienie zarysów stawów
- sztywność poranna



Zmiany umiarkowane

- zmiany okołostawowe
- zaniki mięśniowe
- ograniczona ruchomość
- pierwsze uszkodzenia chrząstek

2

3

Zmiany zaawansowane

- trwałe uszkodzenia chrzątek i kości
- zmiany w narządach wewnętrznych
- podwichnięcia stawów



Schyłkowy

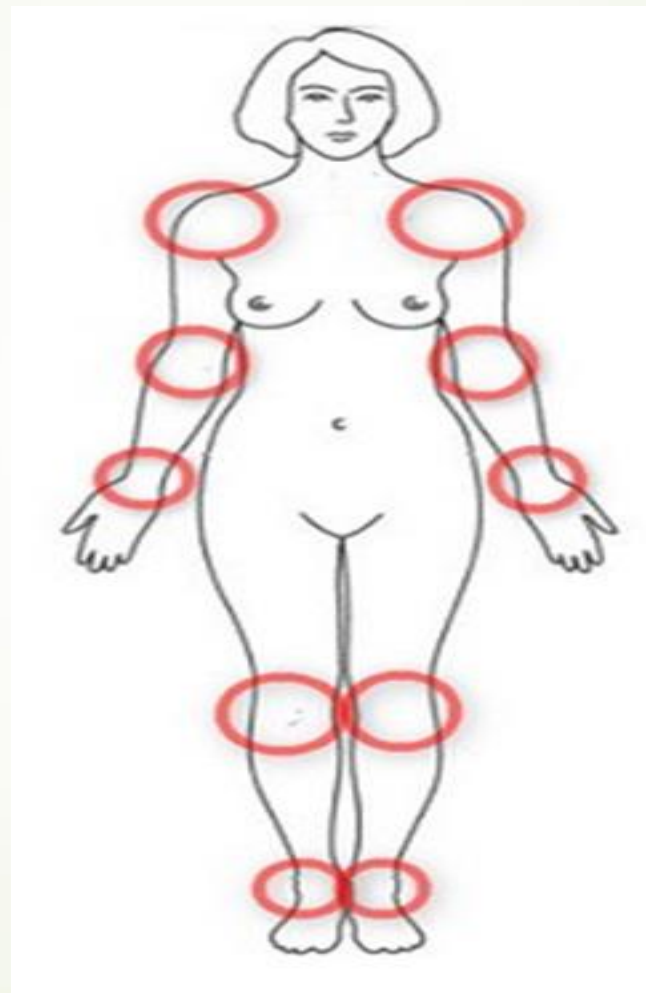
- zrosty włókniste
- usztywnienie stawów

4

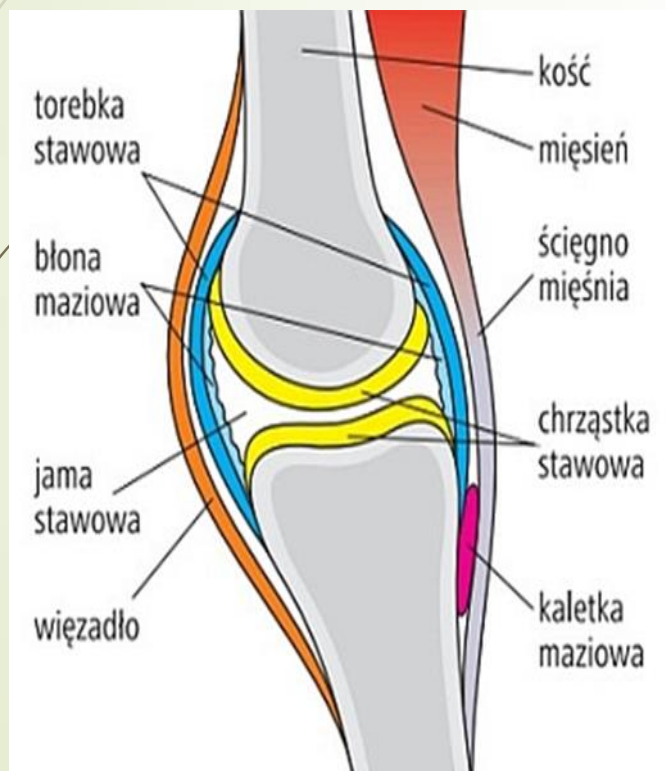
Dodatkowe objawy:

- sinica palców
- rumień dłoniowy
- parestezja
- chłodna, wilgotna i ścieńcząca skóra
- wysiękowe zapalenie opłucnej
- powstawanie guzków reumatoidalnych
- występowanie ucisku i niedokrwistość

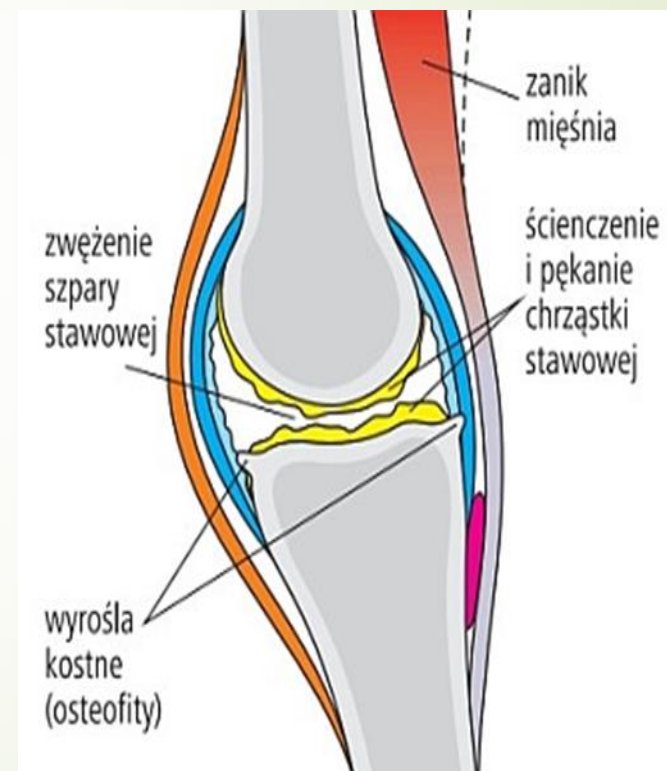
LOKALIZACJA ZMIAN STAWOWYCH W RZS



ZDROWY STAW



STAW ZMIENIONY CHOROBOWO



Wczesne i zaawansowane zmiany w RZS



**CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWU KOLANOWEGO (ZDJĘCIE RTG UKAZUJE
ZWĘŻENIE SZPARY STAWOWEJ W CZĘŚCI PRZYŚRODKOWEJ)**



Zmiany pozastawowe w RZS

Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą systemową, atakującą nie tylko stawy, ale również wiele narządów (zwłaszcza postać długotrwała, o ciężkim przebiegu). Oprócz względnie częstych zmian łagodnych, takich jak guzki reumatoidalne czy zespół suchości, bardzo rzadko mogą wystąpić ciężkie powikłania prowadzące do przedwczesnego zgonu:

- guzki reumatoidalne – bezbolesne guzki podskórne, najczęściej zlokalizowane w okolicy łokci, stawów rąk,
- serce – oprócz choroby niedokrwiennej serca i zawału może wystąpić: zapalenie osierdzia, kardiomiopatia, uszkodzenie zastawek serca,
- naczynia – zapalenie naczyń jest rzadkim, ale poważnym powikłaniem rzs, prowadzącym do niedokrwienia różnych narządów wewnętrznych; może się również pojawić owrzodzenie opuszek palców i skóry,
- osteoporoza – zarówno rzs, jak i stosowane w jego leczeniu steroidy znacznie przyspieszają jej rozwój,
- oczy – częstym objawem jest zespół suchości wywołany zapaleniem spojówek, dla którego charakterystyczne jest uczucie piasku lub ciała obcego pod powiekami,
- nerwy – często występuje tzw. zespół kanału nadgarstka,
- nerki – zarówno sama choroba, jak i stosowane leki mogą uszkadzać nerki,
- zaburzenia hematologiczne – w przebiegu długotrwałej choroby często występuje umiarkowana niedokrwistość.

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów

Jest najczęściej występującą postacią przewlekłych zapalnych układowych chorób tkanki łącznej o nieznannej etiologii u pacjentów w wieku rozwojowym. W etiopatogenezie główną rolę odgrywają czynniki genetyczne.

Zmiany zapalne pierwotnie dotyczą błony maziowej stawów, często obejmują także tkanki okołostawowe, przyczepy ścięgien i mięśni oraz pochewki ścięgniaste. Rozpoczyna się przed 16 rokiem życia.

Schorzenie ma charakter przewlekły, a do jej rozpoznania, konieczne jest ustalenie czasu trwania powyżej 6 tygodni i wykluczenie innych przyczyn. U niektórych chorych wraz z wiekiem może przekształcić się w pełnoobjawowe zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa bądź w reumatoidalne zapalenie stawów.

Jest najczęstszą reumatyczną chorobą dzieci i młodzieży, proces zapalny o przewlekłym przebiegu, pierwotnie w błonie maziowej stawów, a następnie też w okolicznych strukturach (tkanki okołostawowe, przyczepy ścięgien i mięśni, pochewki ścięgniaste, nasady kostne), doprowadza do uszkodzenia chrząstki stawowej, nasad kostnych, może także powodować powikłania pozastawowe. Objawy są zazwyczaj niespecyficzne, co utrudnia rozpoznanie, szczególnie na początku choroby.

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - objawy

Kluczowym objawem jest zapalenie jednego lub wielu stawów, które objawia się poprzez obrzęk, wysięk i ograniczeniem ruchomości, a stosunkowo rzadko bólem.

Zajęcie stawów zwykle jest asymetryczne i stawami najczęściej zaatakowanymi są: staw kolanowy, staw skokowo-goleniowy, nadgarstek, rzadziej małe stawy rąk i stóp.

Czasem obrzęk bywa trudny do wykrycia, zwłaszcza jeśli dotyczy stawów kręgosłupa, krzyżowo-biodrowych, ramienia, biodrowych czy żuchwowo-skroniowych.

Inne objawy obejmują apatię, brak apetytu i spadek aktywności fizycznej. Czasem objawy przypominają infekcję grypową, która nie poddaje się leczeniu, z bólami stawowymi i gorączką. Często pierwszym objawem u dzieci jest zaburzenie chodu (kulawość).

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - rodzaje

Rozróżniamy trzy rodzaje MIZS, wszystkie z nich charakteryzują się przewlekłym stanem zapalnym stawów. Jednak każdy z tych rodzajów choroby wyróżnia się innymi objawami, sposobami leczenia oraz rokowaniem.

- **Nieliczno-stawowa** - to najczęstsza i jednocześnie najłagodniejsza forma. Dziecko, które choruje na ten typ MIZS może doświadczać bólu w 1- 4 stawów, takich jak: kolana, kostki, palce u rąk i nóg, nadgarstki, łokcie oraz biodra.
- **Wielostawowa** - jest poważniejszą odmianą MIZS. Dotyka większej ilości stawów i ma tendencję do pogłębiania się w perspektywie czasu.
- **Układowa** – jest najrzadziej występującym rodzajem MIZS, ale może być też najpoważniejsza. Przyczynia się do odczuwania bólu w wielu stawach i zdarza się, że rozprzestrzenia się również na organy wewnętrzne.

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów



Toczeń rumieniowaty układowy

Toczeń rumieniowaty układowy to rzadka, przewlekła zapalna choroba o podłożu autoimmunologicznym. Rozwijająca się na tle złożonych i niejasnych zaburzeń układu odpornościowego, doprowadzając do procesu zapalnego wielu tkanek i narządów. Jej etiologia jest wieloczynnikowa, a objawy kliniczne są różnorodne i zależą od zajęcia równocześnie wielu tkanek oraz narządów.

Najczęstsze objawy: skórno-śluzówkowe, ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, nerek. Do najcięższych postaci choroby należą takie, które przebiegają z zajęciem układu sercowo-naczyniowego, układu nerwowego, płuc, nerek.

W obrazie klinicznym może przyjmować postać od łagodnego schorzenia do bezpośrednio zagrażającego życiu. W przebiegu tej choroby występują okresy zaostrzeń oraz wieloletnie okresy remisji.

Na toczeń mogą chorować zarówno dzieci, jak i osoby w starszym wieku. U dzieci choroba ma przebieg bardziej burzliwy niż u osób dorosłych.

Objawy ogólne:

Zmęczenie, uczucie rozbicia, brak apetytu, chudnięcie, stany podgorączkowe, gorączki są nieswoiste, tzn. mogą występować także w szeregu innych chorób. Często są pierwszym objawem choroby, wskazują także na jej zaostrzenie.

Sławni chorzy: Selena Gomez, Seal, Toni Braxton,

Toczeń - objawy

- **Stawy** – toczeń atakuje stawy niemal u wszystkich chorych, najczęściej nadgarstkowe, stawy palców rąk, kolanowe i stawy stóp. Występuje ból stawów, czasami stwierdza się ich obrzęk lub obecność wysięku, rzadko natomiast dochodzi do deformacji stawów. Ból stawów z reguły wędruje z jednego miejsca w kolejne.
- **Mięśnie** – wędrujący, zmieniający nasilenie ból mięśni jest bardzo częstym objawem tocznia. Oprócz bólu często występuje również zanik mięśni, który powoduje ich osłabienie oraz słabszą sprawność fizyczną.
- **Skóra i błony śluzowe** – charakterystyczny rumień na twarzy w kształcie motyla, pojawia się po ekspozycji na słońce, u ponad połowy osób w okresach dużej aktywności choroby. Ma formę płaskiego lub lekko wypukłego zaczerwienienia skóry na policzkach i grzbiecie nosa, może też wystąpić na czole, w okolicy oczu, na szyi i dekolcie. Gdy aktywność choroby się zmniejsza, rumień ten znika bez śladu.
- **Nadwrażliwość na światło słoneczne** występuje w większości przypadków; słońce może nie tylko wywoływać rozsiane zmiany skórne, ale także zaostrenie choroby z zajęciem narządów wewnętrznych.

Toczeń układowy - charakterystyczny rumień w kształcie skrzydeł motyla



PODOSTRY TOCZEŃ SKÓRNY - ZMIANY W KSZTAŁCIE OBRĄCZEK Z PRZEJAŚNIENIEM W ŚRODKU



Twardzina

Twardzina układowa prowadzi do postępującego włóknienia skóry i narządów wewnętrznych, co powoduje zaburzenia ich funkcjonowania. Twardzina układowa jest chorobą o podłożu autoimmunologicznym – układ odpornościowy niszczy własne komórki i tkanki organizmu, zamiast atakować ciała obce np. bakterie. Choroba rozwija się w różnym tempie i prowadzi do zróżnicowanych powikłań.

Zmiany skórne są charakterystyczne dla wszystkich postaci twardziny układowej i przechodzą przez trzy, następujące po sobie fazy:

Obrzęku – często dotyczy palców rąk.

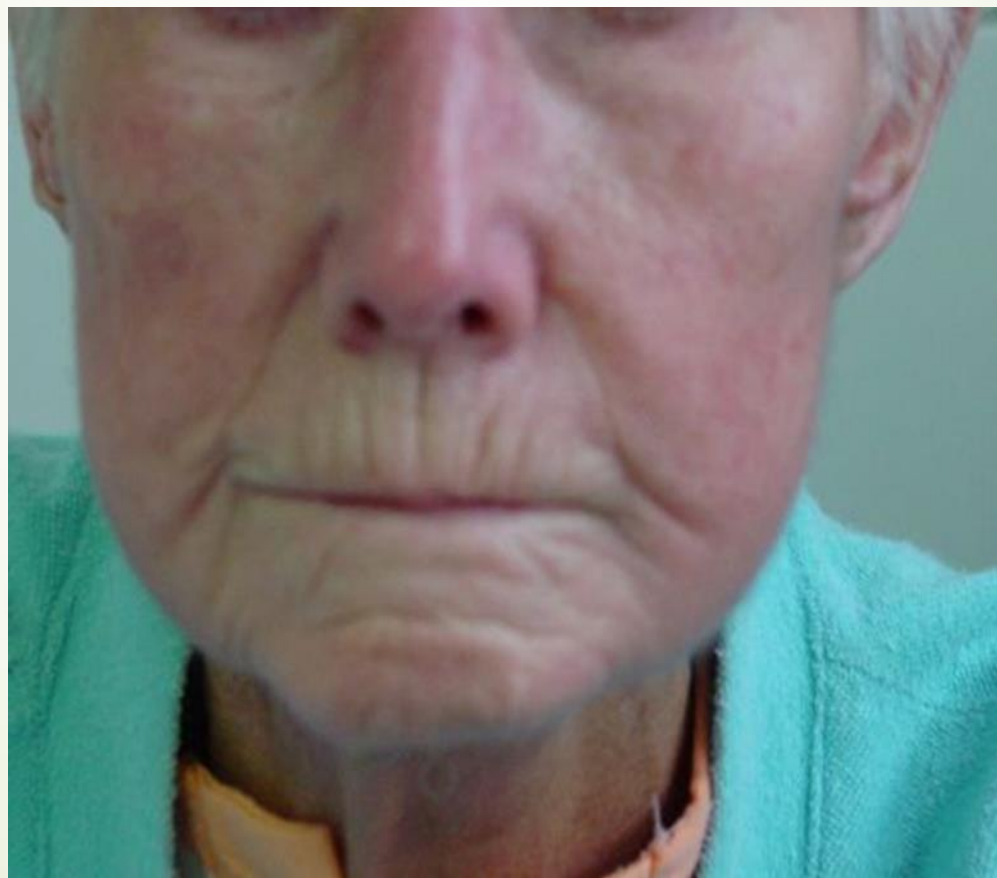
Stwardnienia – skóra staje się gruba i twarda, traci elastyczność i trudno ją ująć w fałd. Dochodzi do zanikania gruczołów potowych i łojowych oraz mieszków włosowych. Dodatkowo mogą wystąpić przebarwienia lub odbarwienia. Jeśli przebarwienia są otoczone jaśniejszym obszarem, objaw taki nazywany jest „sól i pieprz”.

Zaniku – w wyniku zajęcia naczyń krwionośnych, na skórze powstają trudno gojące się owrzodzenia i blizny. Następnie może dojść do zaniku skóry i paznokci, co może spowodować skrócenie palców.

**Twardzina układowa – skóra na palcach błyszcząca,
stwardniała, utrudnia pełny wyprost i pełne zgięcie palców
(objaw ciasnej rękawiczki)**



**WZMOŻONE NAPIĘCIE SKÓRY TWARZY I SZYJI; ZANIK CZERWIENI
WARGOWEJ I PROMIENISTE ZMARSZCZKI WOKÓŁ UST, TRUDNOŚCI Z ICH
OTWIERANIEM W PRZEBIEGU TWARDZINY**



PO PRAWEJ STRONIE DŁONIE PACJENTA Z OBJAWEM RAYNAUDA



Zespół Sjögrena

Zespół Sjögrena jest chorobą o podłożu autoimmunologicznym - organizm wytwarza przeciwciała przeciwko własnym białkom. Zmiany, do których dochodzi w przebiegu zespołu Sjögrena to zapalenie i uszkodzenie gruczołów wydzielania zewnętrznego (głównie łzowych i ślinowych) oraz równoczesne zmiany zapalne w wielu układach i narządach.

Trudności w rozpoznawaniu zespołu i związane z nim bardzo liczne objawy powodują, że nie można dokładnie ocenić częstości jego występowania. Według różnych źródeł częstość ta mieści się w wartościach od 0,5 do 5% populacji. Większość chorych stanowią kobiety, wiek zachorowania przypada najczęściej na 5. i 6. dekadę życia.

Znani chorzy: Venus Williams.

Zespół Sjögrena - objawy

Objawy gruczołowe


Zapalenie gruczołów łzowych powoduje niedostateczne wydzielanie łez, co prowadzi do „suchego” zapalenia spojówek (uczucie „piasku” pod powiekami, pieczenie, światłowstręt) i rogówki. Niedostateczne wydzielanie śliny powoduje suchość w jamie ustnej, szybko postępującą próchnicę zębów. Obserwuje się często powiększenie ślinianek przyusznych, rzadziej podżuchwowych - mogą one być bolesne.

Objawy „pozagruzołowe”

Objawy ze strony układu oddechowego są wynikiem braku wydzieliny śluzowej w drogach oddechowych i powstawania nacieków zapalnych w obrębie płuc. Dochodzi do częstych zakażeń. Objawom tym może towarzyszyć zapalenie ucha środkowego.

Niedostateczna ilość śliny i jej nieprawidłowy skład przyczyniają się do trudności w żuciu pokarmów, ich wstępnym trawieniu i połykaniu. Często występują nudności, bóle w nadbrzuszu, w gastrokopii widoczne jest zapalenie błony śluzowej żołądka.

Częste są objawy „ogólne” związane z układem nerwowym - uczucie zmęczenia, zaburzenia snu. Dochodzi do uszkodzenia nerwów obwodowych, ośrodkowego układu nerwowego



Zapalenia stawów z towarzyszącym zapaleniem kręgosłupa (spondyloartropatie)

- Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
- Łuszczycowe zapalenie stawów

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa

Patogeneza ZZSK nie została dokładnie wyjaśniona. Wiadomo, że we wczesnej fazie choroby proces zapalny zogniskowany jest w przyczepach ścięgniastych, gdzie powstaje ziarnina.

W miejscach zmienionych chorobowo szybko dochodzi do odkładania się soli wapnia, a w konsekwencji do kostnienia. Kostnienie pierścieni włóknistych, stawów międzykręgowych i więzadeł kręgosłupa prowadzi do jego zeszywnienia. Tworzą się wówczas mostki kostne stanowiące połączenia sąsiednich kręgów – początkowo w odcinku lędźwiowym, następnie stopniowo w piersiowym zwane syndesmofitami.

W wyniku zmian chorobowych przy ZZSK kręgosłup przybiera wygląd kija bambusowego, a w trzonach kręgów następuje zanik kostny. Stan zapalny toczy się także w stawach biodrowych, w samych kościach, w okostnej, w ścięgnach w miejscu ich przyczepu do kości (głównie w ścięgnie Achillesa) oraz w tkankach okołostawowych.

Obserwuje się również zmiany w mięśniach, których bóle powodują odruchowy skurcz o charakterze obronnym, z czasem utrwalający się. Ostatecznie następuje dystrofia mięśni (zanik), głównie przykręgosłupowych i obręczy kończyny górnej. Wizualnym objawem tych wszystkich procesów w przebiegu schorzenia jest charakterystyczna przy ZZSK tzw. sylwetka narciarza, którą chorzy przyjmują dla utrzymania równowagi.

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (z historii)

- Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa obserwowano już w starożytności ok. 4 tys. roku p.n.e. w Normandii, później w szkieletach egipskich faraonów (najśłynniejszy chory w dziejach to Ramzes II).
- 1824 r. – pierwszy kliniczny opis zzsk.
- Do XX-ego w. leczono unieruchomieniem, potem dopiero zalecano terapię ruchową.

Objawy ZZSK

Początek choroby jest zwykle niezauważalny. W fazie wczesnej można zaobserwować:

- ▶ tępy ból w okolicy lędźwiowej promieniujący do pośladków;
- ▶ nasilanie objawów bólowych w nocy i nad ranem;
- ▶ bóle obustronne, nasilające się w spoczynku;
- ▶ poranną sztywność kręgosłupa;
- ▶ ogólne osłabienie;
- ▶ stany podgorączkowe;
- ▶ brak apetytu;
- ▶ spadek masy ciała.
 - ▶ **najczęstsze objawy stawowe to:**
- ▶ ból dolnego odcinka pleców lub w okolicy pośladków, zwykle symetryczny, nasilający się w godzinach nocnych, zmniejszający się po aktywności fizycznej i narastający w unieruchomieniu;
- ▶ nasilenie bólu klatki piersiowej podczas oddychania (ból promieniuje od kręgosłupa wzdłuż żeber);
- ▶ ograniczenie, a następnie unieruchomienie odcinka szyjnego kręgosłupa;
- ▶ stopniowo postępujące dolegliwości bólowe w innych odcinkach kręgosłupa.

CO TO JEST ZZSK

ZDROWY KRĘGOSŁUP



ZESZTYWNIAJĄCE ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA



ZAPALENIE STAWÓW



USZTYWNIENIE KRĘGÓW

Radiogram ZZSK



Łuszczycowe zapalenie stawów

Jest przewlekłą autoimmunologiczną chorobą zapalną, charakteryzującą się występowaniem zapalenia stawów obwodowych, kręgosłupa lub przyczepów ścięgniastych u osoby z łuszczycą skóry lub paznokci często rozpoczyna się w obrębie stawów międzypaliczkowych i często dotyczy tylko jednej strony (co odróżnia je od reumatoidalnego zapalenia stawów):

- zapalenie stawów międzypaliczkowych (bliższych i dalszych),
- zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych,
- zapalenie stawów kręgosłupa,
- zapalenie stawów nadgarstkowych (rzadko),
- entezopatia, zapalenie przyczepów ścięgien,
- zapalenie palców ,
- zmiany skórne,
- zmiany paznokciowe,
- zmiany pozastawowe.

Czynniki środowiskowe, takie jak palenie papierosów oraz przebyte i istniejące infekcje, wpływają zarówno na przebieg, jak i bezpośrednio na rozwój spondyloartropatii.

Łuszczycowe zapalenie stawów



Choroba zwyrodnieniowa stawów

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest najczęstszą chorobą układu ruchu. Rozwija się w wyniku zaburzenia jakości i ilości chrząstki stawowej, której zadaniem jest amortyzowanie ruchów stawu i umożliwienie przesuwania się powierzchni stawowych

Z czasem uszkodzeniu ulegają również inne struktury – kość pod chrząstką stawową, torebka stawowa, otaczające staw więzadła, ścięgna i mięśnie.

Skutkiem tego są ból i sztywność stawu, a następnie zniekształcenie jego obrysów oraz ograniczenie ruchomości.

Choroba zwyrodnieniowa prowadzi to do pogorszenia jakości życia i niesprawności. Najczęściej atakuje kolana, biodra, kręgosłup, stawy palców rąk i stóp, ale może dotyczyć każdego stawu.

Można ją rozpoznać u ponad połowy osób po 40. roku życia, a niemal u co piątej osoby stwierdza się istotne ograniczenie sprawności z jej powodu. Występuje z podobną częstością u kobiet i mężczyzn, aczkolwiek cięższe postaci dotyczą na ogół kobiet. Zmiany zwyrodnieniowe można stwierdzić na zdjęciach radiologicznych u ponad 80% osób po 55. roku życia, mogą one jednak nie dawać żadnych objawów klinicznych.

CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWÓW - OBJAWY

- **Ból** – typowy jest ból mechaniczny, występujący przy ruchach stawu i ustępujący w spoczynku; nasila się pod koniec dnia. Największy problem występuje na początku ruchu (tzw. ból startowy), np. przy wstawaniu z krzesła, rozpoczynaniu chodu. Typowo ból jest odczuwalny w zajęтым stawie, rzadziej w innej lokalizacji (np. w przypadku zwyrodnienia stawu biodrowego może wystąpić ból w pachwinie lub ból kolana).
- **Sztywność** – często występuje tzw. sztywność poranna (po obudzeniu się), ustępująca z reguły w ciągu 5-10 minut. Może się powtarzać w ciągu dnia po okresie bezruchu (sztywność „startowa”).
- **Ograniczenie ruchomości** – zajęte stawy stopniowo tracą pełny zakres ruchu, np. pojawia się problem z wyprostowaniem lub zgięciem kolana czy odwiedzeniem nogi w stawie biodrowym. Może również dojść do nagłego zablokowania ruchu w stawie przez fragmenty oderwanej chrząstki lub wyrośla kostne.
- **Trzeszczenia** – mogą być odczuwalne przy ruchach stawu z powodu tarcia o siebie nierównych powierzchni stawowych.
- **Zniekształcenie i poszerzenie obrysów** – wynika ze zmiany osi ustawienia stawu, powstawania wyrośli kostnych (osteofitów), wysięku.

W przebiegu choroby zwyrodnieniowej można wyróżnić:

- **okresy stabilizacji** – objawy mają w miarę stałe nasilenie, występują tylko przy ruchu,
- **okresy zaostrzeń** – przebiegają z nasileniem bólu i sztywności stawu; objawy występują również w spoczynku i w godzinach nocnych.

Szpotawość lewego stawu kolanowego wskutek choroby zwyrodnieniowej tego stawu.

Charakterystyczne zmiany rąk w chorobie zwyrodnieniowej: guzki Heberdena większości palców obu rąk.



Polimialgia reumatyczna

To choroba zapalna z grupy tzw. układowych chorób tkanki łącznej, objawiająca się głównie bólem oraz sztywnością mięśni karku, obręczy barkowej i biodrowej. Jest najczęściej występującą u osób w podeszłym wieku chorobą z tej grupy. Czasem rozwija się powoli, w ciągu miesięcy, a czasami objawy narastają gwałtownie.

Mięśnie są bolesne przy ucisku, ale ich siła jest prawidłowa. Osłabienie i zanik mięśni mogą wystąpić w zaawansowanej chorobie, wtórnie.

Towarzyszące objawy to:

- poranna sztywność bolesnych grup mięśni (trwająca ponad 30 minut)
- zapalenie stawów (najczęściej stawy kolanowe i mostkowo-obojczykowe)
- ciastowaty obrzęk dystalnych części kończyn (rąk i stóp)
- stan podgorączkowy i gorączka
- ogólne złe samopoczucie.

Chorzy skarżą się również na obniżony nastrój, zaburzenia snu oraz depresję.

Dodatkowym objawem dotyczącym mięśni jest uczucie ich sztywności po unieruchomieniu (po nocnym odpoczynku czy dłuższym bezruchu), trwające co najmniej 1 godzinę.

Fibromialgia

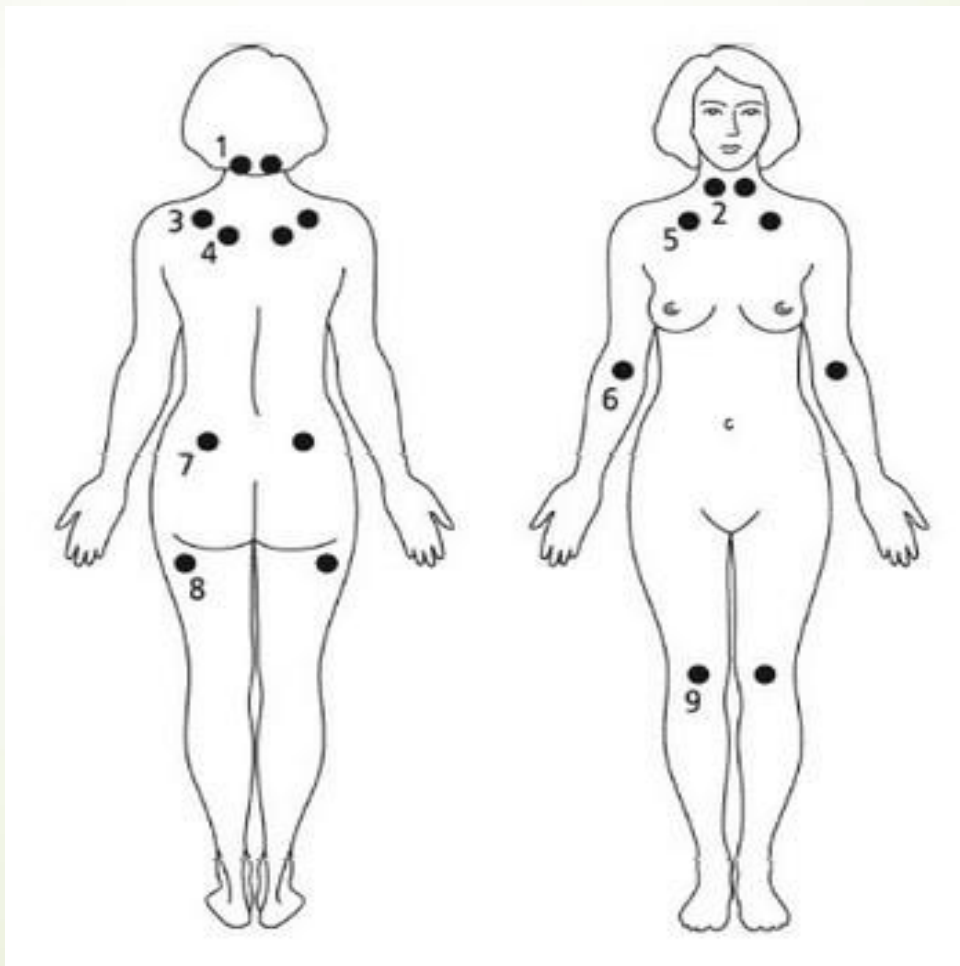
Czyli reumatyzm mięśniowy. Cierpią na nią głównie kobiety w okresie menopauzy. Może mieć związek z zaburzeniem wydzielania substancji, które odpowiedzialne są za przewodzenie bodźców bólu oraz regulację nastroju. Choroba może występować samodzielnie, zaś niekiedy towarzyszy innym jednostkom chorobowym. Jej rozwojowi sprzyjają zranienia, stres czy nadmierny wysiłek fizyczny.

Do typowych objawów fibromialgii należy zaliczyć:

- ▶ bóle mięśniowe promieniujące na całe ciało,
- ▶ występują silne bóle stawowo – mięśniowe, które często określane są przez chorych jako rozlane,
- ▶ występuje poranna sztywność ścięgien, więzadeł, mięśni – szczególnie w okolicach dużych stawów oraz kręgosłupa na odcinku lędźwiowym,
- ▶ występowanie wielu punktów tkliwych, gdzie pod wpływem ucisku wyzwała się ból, punkty te zlokalizowane są na karku, barkach, łokciach czy kolanach,
- ▶ zespół jelita drażliwego,
- ▶ przewlekłe wyczerpanie, zmęczenie, które uniemożliwiają normalne funkcjonowanie chorego,
- ▶ problemy ze snem,
- ▶ zaburzenia pamięci i koncentracji, odczuwany niepokój, a także depresja,
- ▶ zaburzenia cyklu miesięczkowego.

Proces leczenia fibromialgii polega jedynie na łagodzeniu objawów choroby. Terapia obejmuje masaż, fizykoterapię, akupunkturę, leczenie ciepłem i zimnem, a także psychoterapię. Stosowana jest także farmakoterapia, której zadaniem jest zmniejszenie napięcia mięśni, poprawienie krążenia oraz uśnieżenie bólu.

Rozpoznanie fibromialgii na podstawie stwierdzenia nadmiernej tkliwości przynajmniej 11 z 18 tzw. punktów tkliwych oraz wykluczenia innych chorób, mogących naśladować objawy fibromialgii.



Dna moczanowa

Powodowana jest wzmożoną skłonnością do gromadzenia się w stawach i nie tylko, złogów kwasu moczowego. Współcześnie medycyna odkryła około 150 rodzajów tej choroby, jednak wyodrębniamy dwa podstawowe typy dny moczanowej – wrodzoną i nabytą. Ze statystyk wynika, iż na tę chorobę częściej zapadają mężczyźni – zwykle po 40 roku życia.

Wskutek obniżonej ciepłoty ciała ból wywołany artretyzmem najczęściej pojawia się w nocy lub rano – niekiedy zaraz po przebudzeniu. Zaatakowany staw staje się niezwykle wrażliwy na dotyk, obrzęknięty, zaś skóra na nim jest napięta, początkowo przyjmuje kolor czerwony, a następnie sinoczerwony. Atakowi dny moczowej towarzyszy stan zapalny stawów, podwyższona temperatura ciała oraz dreszcze.

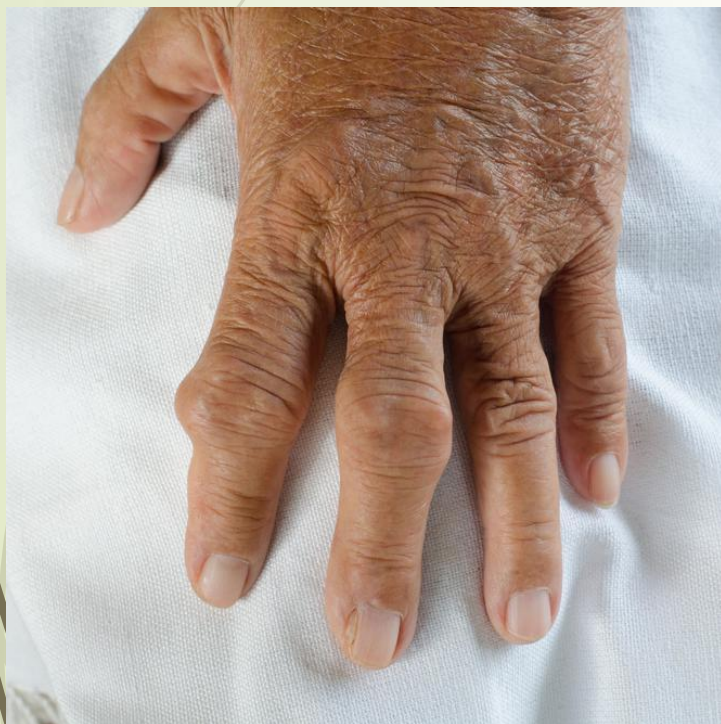
Złogi kwasu moczowego zazwyczaj odkładają się na kaletkach maziowych stawów w różnych miejscach – stawach kręgosłupa, barku, dłoni, palucha czy kolan. Długotrwałe kumulowanie się kwasu moczowego w stawach i tkankach miękkich prowadzi do przewlekłych stanów zapalnych i zespołów bólowych.

Podwyższony poziom kwasu moczowego we krwi może wynikać z wieku czynników:

- wrodzona lub nabyta niewydolność nerek – wówczas nerki nie usuwają kwasu moczowego wraz z moczem,
- predyspozycje genetyczne,
- z badań wynika, iż 12 % przypadków dny moczanowej to wynik niewłaściwej diety,
- powstaniu dny moczanowej sprzyja także cukrzyca bądź doprowadzenie do silnego odwodnienia.

Słynni chorzy to: Henryk VIII, Izaak Newton, Casanova, Jan III Sobieski

Guzki w dnie moczanowej





Leki stosowanie w schorzeniach reumatycznych możemy podzielić na:

- Leki modyfikujące przebieg choroby
- Niesteroidowe leki przeciwzapalne
- Glikokortykosteroidy
- Leki biologiczne

Leki modyfikujące przebieg choroby

- nie mają działania przeciwbólowego,
- hamują aktywność choroby oraz destrukcji stawów; wpływają na redukcję stanu zapalnego,
- pierwsze efekty stosowania leków z tej grupy widać po ok. 6-8 tygodniach,
- im wcześniej zostaną włączone, od wystąpienia pierwszych objawów choroby, tym ich działanie będzie skuteczniejsze,
- leczenie lekami z tej grupy powinno być prowadzone przez reumatologa w kontakcie z lekarzem rodzinnym,
- mogą być syntetyczne (np. metotreksat, sulfasalazyna, leflunomid, arechina) oraz biologiczne (np. anty-TNF – infliksimab, etanercept; Anty IL-6 – tocilizumab)

Metotreksat – jest to lek cytostatyczny, przeciwnowotworowy i hamujący odpowiedź układu odpornościowego organizmu. W reumatologii stosowany jest w dawkach 15-25-30 mg/tydzień. Dawka leku ustalana jest indywidualnie i zależy od skuteczności leczenia. Należy zachować ostrożność przy stosowaniu metotreksatu u chorych z problemami hematologicznymi, zaburzeniami czynności nerek i wątroby.

Nie stosuje się tego leku w kobiet w ciąży (ma negatywne działanie na płód); podczas stosowania metotreksatu nie wolno pić alkoholu – istnieje prawdopodobieństwo uszkodzenia wątroby. Tak jak przy stosowaniu każdego leku, tak i w przypadku metotreksatu, mogą wystąpić działania niepożądane np.: nudności, choroby płuc, uszkodzenie wątroby –wzrost poziomu transaminaz we krwi.

Leki modyfikujące przewlekły przebieg choroby

Monitorowanie objawów niepożądanych przy stosowaniu LMPCh:

- wykonywanie badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza — badanie ogóle moczu, morfologia krwi, enzymy wątrobowe, stężenie kreatyniny w surowicy; badań radiologicznych klatki piersiowej;
- obserwacja pod kątem działań niepożądanych stosowanych leków (zmian skórnych, objawów z strony przewodu pokarmowego — nudności, wymioty, biegunka, owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej; wartość ciśnienia tętniczego krwi),
- zaleca się ściśle przestrzeganie zalecanych dawek terapeutycznych leków, drogi i czasu podania, ważna jest znajomość szkodliwego działania leków na płód,
- przy planowaniu ciąży konieczne jest wcześniejsze odstawienie leków przez oboje rodziców.

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)

Pacjent powinien nauczyć się monitorować objawy niepożądane przy stosowaniu NLPZ, ze szczególnym zwróceniem uwagi na:

- ▶ objawy ostrego lub przewlekłego bólu brzucha;
- ▶ objawy krwawienia ze strony przewodu pokarmowego (obserwacja stolca, powłok skórnych, objawów osłabienia, spadku ciśnienia tętniczego);
- ▶ obserwację funkcji nerek, układu krążenia (pomiar wagi ciała, obserwacja obrzęków, ciśnienia tętniczego krwi, diurezy), szczególnie u osób starszych.
- ▶ konieczne jest wykonywanie badań diagnostycznych (morfologia krwi, aktywność enzymów wątrobowych, stężenie kreatyniny w surowicy).

Zaleca się przyjmowanie leków w trakcie bądź po posiłku, niełączenie 2 i więcej leków przeciwzapalnych, potęgujących działanie niepożądane, ograniczenie dawek, dostosowanie czasu do rytmu dolegliwości bólowych (zanim ból stanie się silny), profilaktyczne stosowanie w celu zapobiegnięcia przewidywanemu bólowi na przykład przyjęcie środka przeciwbólowego na pół godziny przed kinezyterapią).

Glikokortykosteroidy (GKS)

Potocznie nazywane sterydami, są grupą leków, które nie powinny być stosowane jako jedyne w leczeniu schorzeń reumatycznych. Stosowane najczęściej w zaostrzeniach choroby zapalnej, do ustąpienia lub złagodzenia objawów, kiedy to najczęściej są odstawiane i zastępowane lekami z innej grupy.

O stosowaniu tych leków i ich dawkowaniu powinien decydować lekarz prowadzący, pacjent sam nie powinien ich włączać i odstawiać.

Monitorowanie objawów niepożądanych przy stosowaniu GKS:

- ▶ pomiar parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi), waga ciała, obserwacja skóry;
- ▶ wykonywanie zleconych badań laboratoryjnych;
- ▶ w przypadku dostawowego podania GKS, obserwacja pod kątem zaostrzenia procesu zapalnego, odciążenie stawu;
- ▶ przestrzeganie zalecanej dawki leku, drogi i czasu podania (rano);
- ▶ unikanie nagłego odstawienia leku;
- ▶ eliminacja z diety soli, ograniczenie płynów, zwiększenie podaży wapnia i witamin, unikanie czynników ryzyka rozwoju infekcji.

Leki biologiczne

Są to cząsteczki białkowe, będące przeciwciałami hamującymi aktywność białek indukujących zapalenie. Zmniejszają one aktywność choroby, eliminują objawy zapalenia oraz poprawiają jakość życia.

By rozpocząć leczenie biologiczne trzeba najpierw przejść próby leczenia innymi lekami oraz ich kombinacjami. Ponadto leki biologiczne nie mogą być stosowane m.in. u kobiet w ciąży oraz w okresie karmienia piersią; u osób, które przebyły w ciągu ostatnich pięciu lat chorobę nowotworową; chorzy z niewydolnością układu krążenia.

Skutkami ubocznymi, które mogą wystąpić podczas stosowania leków biologicznych, i które trzeba zgłaszać swojemu lekarzowi, są m.in.: stany gorączkowe, infekcje oraz każdy inny objaw, który wzbudza nasz niepokój.

Kwalifikacja do programów oraz monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia odbywa się poprzez aplikację elektroniczną, a lekarz kwalifikujący pacjenta do leczenia w programie musi otrzymać zgodę Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem reumatologicznym

Opieka pielęgniarska nad pacjentem reumatologicznym wynika ze specyficznych symptomów tej choroby. Do głównych założeń opieki pielęgniarskiej zaliczyć można:

- zmniejszenie bólu, zmniejszenie ryzyka wystąpienia infekcji, zniwelowanie ryzyka wystąpienia powikłań choroby,
- ze względu na ograniczoną samodzielność bardzo ważna jest opieka pielęgniarska, której głównym celem jest umożliwienie samodzielnego funkcjonowania w środowisku.

Wymaga ona współpracy całego zespołu terapeutycznego z pacjentem i jego rodziną.

Postępujący proces zapalny, powodujący deformacje w stawach kończyn górnych i dolnych utrudnia funkcjonowanie w życiu codziennym. Wystąpić może również obniżona odporność, zaburzenia snu, a także negatywna reakcja psychiczna pacjenta na chorobę.

Podstawowym celem opieki pielęgniarskiej jest zmniejszenie dolegliwości bólowych, ponadto jak najdłuższe utrzymanie samodzielności przez pacjenta, oraz zaspokojenie jego potrzeb. Istotne jest także wsparcie psychiczne pacjenta, oraz edukacja chorego i jego rodziny

Postępowanie nefarmakologiczne w chorobach reumatycznych

Postępowanie nefarmakologiczne jest niezbędnym elementem leczenia, pozwala znacząco zmniejszyć objawy choroby i liczbę zażywanych leków.

- **Utrzymanie prawidłowej masy ciała** - nadwaga, zwłaszcza gdy pojawiła się już w okresie dojrzewania, znacznie zwiększa ryzyko zachorowania i cięższego przebiegu choroby zwyrodnieniowej. Schudnięcie (nawet niewielkie) zmniejsza to ryzyko, zwalnia postęp choroby, a także zmniejsza ból stawów i zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe.
- **Ćwiczenia fizyczne** - odpowiednio dobrane ćwiczenia zwiększają zakres ruchu w stawie i wzmacniają otaczające go mięśnie. Program ćwiczeń powinien być wdrażany pod okiem rehabilitanta i kontynuowany w domu. Osoby, które ćwiczą regularnie, mają mniej dolegliwości bólowych i funkcjonują lepiej niż nieaktywni
- **Odciążanie stawu** - ma na celu zmniejszenie niekorzystnych sił mechanicznych działających na staw. Służy do tego odpowiednie zaopatrzenie ortopedyczne: laski, kule i chodziki pomagające w poruszaniu się, urządzenia stabilizujące stawy i poprawiające oś kończyny (tzw. ortezy), wkładki korekcyjne do butów i odpowiednie obuwie zmniejszające obciążenie kręgosłupa oraz stawów kończyn dolnych.
- **Unieruchomienie** - wskazane jest jedynie w przypadku znacznego zaostrzenia choroby z objawami zapalenia stawu. Zupełny brak aktywności fizycznej prowadzi do zaniku mięśni i pogorszenia funkcji stawów.
- **Krioterapia** (okłady z lodu) - stosowana na okolicę chorego stawu skutecznie zmniejsza ból i objawy zapalenia; okład z lodu przykładana się na 15–20 minut, początkowo 3–4 razy dziennie, a potem w razie potrzeby (użyj ręcznika lub cienkiej ścierki, aby oddzielić go od skóry i zmniejszyć ryzyko odmrożenia). Można również użyć spray chłodzącego. Krioterapii nie należy stosować w przypadku współistnienia niektórych chorób, np. zespołu Raynauda.
- **Powierzchnowe stosowanie ciepła** - przykładane miejscowo ciepło zmniejsza ból i rozluźnia mięśnie, ale działa tylko na głębokość 1–2 cm. Przy jego stosowaniu należy uważać, żeby nie poparzyć skóry – ciepłe okłady (np. termofor, okłady Hydrocollator) trzeba stosować na skórę np. z użyciem ręcznika; okład nie powinien trwać dłużej niż 20 minut (z przerwami 20-minutowymi).

Niefarmakologiczne sposoby radzenia sobie z bólem

- Stosowanie ćwiczeń napinających i rozluźniających mięśnie;
- Korzystanie z zalecanych form fizykoterapii, łagodzących dolegliwości bólowe (zabiegi cieplne, leczenie zimnem, pulsacyjne pole elektromagnetyczne, laseroterapia, przezskórna elektrostymulacja, jono i fonoforeza, ultradźwięki, akupunktura, masaż mięśni);
- Unikanie zimna i wilgoci;
- Przestrzeganie zasad zdrowego jedzenia — energetyzująca i utrzymująca właściwą wagę dieta (zmniejszenie nacisku na stawy kręgosłupa, bioder, kolan, stóp);
- Korzystanie ze sprzętu odciążającego stawy (kule, laska, narzędzia o długich i szerokich uchwytach);
- Unikanie napięć, stresu; stosowanie technik relaksacyjnych.

Ból – rola pielęgniarki

Ocena stopnia nasilenia i lokalizacji bólu przy wykorzystaniu skali VAS, punktacji od 1-10, a także reakcji niewerbalnych w postaci zaciskania pięści czy grymasów:

- Zapewnienie choremu wygodnej pozycji, nie ograniczającej jego ruchów, oraz nie uciskającej na zajęte stawy.
- Zalecenie przyjęcia pozycji odciążającej stawy zajęte procesem zapalnym (leżenie na nieodkształcającym się materacu; kończyny górne powinny leżeć w odwiedzeniu, w pozycji między zewnętrzną a wewnętrzną rotacją; kończyny dolne powinny być zgięte w stawie kolanowym, oraz stopy zgięte pod kątem 90 stopni.
- W przypadku występowania przykurczów w stawach biodrowych, zaleca się leżenie na brzuchu.
- Zachęcanie chorego do wielokrotnych zmian pozycji – zapewnienie mu pomocy podczas poruszania się, ograniczenie gwałtownych ruchów wykonywanych przez chorego.
- Polecenie choremu wykonywania ciepłych okładów oraz kąpeli zaraz po przebudzeniu, umożliwi to zmniejszenie dolegliwości bólowych jak i sztywności porannej związanej z chorobą.
- Wykonanie farmakologicznych zleceń lekarskich około godziny przed wstaniem pacjenta z łóżka, przed podjęciem przez pacjenta czynności ruchowych, leki stosowane w RZS umożliwiają m.in. zmniejszenie napięcia mięśniowego, oraz bólu stawów.
- Prawidłowa organizacja kolejności wykonywanych zabiegów, podczas ćwiczeń, oraz zabiegów pielęgnacyjnych.
- Psychiczne oraz fizyczne przygotowanie pacjenta do zabiegów profilaktyczno-leczniczych.

Deficyt samoopieki – zadania pielęgniarki

Deficyt samoopieki spowodowany zaburzeniami w układzie kostno-stawowym, jak np. zniekształcenia palców dłoni oraz zmniejszeniem siły mięśniowej.

- Ocena zakresu i stopnia deficytu z wykorzystaniem klinicznej skali punktowej, indeksu Barthel, oraz określenie charakteru wymaganej pomocy.
- Ocena ograniczeń wynikających z deformacji stawów w wykonywaniu czynności codziennych, ocena siły mięśniowej kończyn górnych, ruchomości stawów.
- Pomoc choremu w zależności od poziomu niesprawności (motywowanie chorego do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego, oraz utwierdzanie go w przekonaniu, że jest w stanie to wykonać; asystowanie pacjentowi w czynnościach, w których chory potrzebuje pomocy; częściowe lub całkowite wyręczenie pacjenta w zabiegach, które są niemożliwe do wykonania dla chorego).
- Zapewnienie pacjentowi niezbędnej ilości czasu do wykonania codziennych czynności, ponieważ chory może potrzebować więcej czasu do zrealizowania pewnych czynności, ale zdecydowanie poprawia to jego samoocenę.
- Prawidłowa organizacja kolejności wykonywanych zabiegów, ćwiczenia oraz różnego rodzaju zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne powinny być wykonywane w trakcie działania leków przeciwbólowych.
- Ewaluacja i obserwowanie wzmagającego procesu chorobowego w stawach oraz nasilenia dolegliwości bólowych, które zadecydują o powodzeniu wykonywania przez chorego ćwiczeń.

Odpoczynek

- W przypadku zaostrzeń choroby zapewnienie i namówienie do odpoczynku w pozycji oszczędzającej staw objęte zaostrzonym procesem zapalnym:
- Asystowanie rehabilitantowi, oraz pacjentowi w trakcie wykonywania ćwiczeń, biernych jak i czynnych, ponieważ niepoprawnie dobrane ćwiczenia oraz nieprawidłowe ich wykonywanie mogą pogłębiać proces zapalny.
- Pomoc pacjentowi przy częstej zmianie pozycji.
- Zastosowanie udogodnień, które umożliwiają stabilizację stawów a także zmniejszają ryzyko ich uszkodzeń.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności przystosowania otoczenia, mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa oraz umożliwienie samodzielnego funkcjonowania choremu. Zastosowanie przede wszystkim podwyższenia na sedes, uchwytów przy wannie.
- Podawanie choremu leków zgodnie z jego kartą zleceń (tak aby leki przeciwbólowe podane były przed rozpoczęciem przez pacjenta aktywności ruchowej).

Utrzymanie aktywności

Pomoc choremu w podtrzymaniu aktywności ruchowej: w przypadku zaostrzeń choroby, aktywność przystosowuje się do możliwości ruchowych pacjenta.

- W przebiegu zaostrzeń polecenie pacjentowi częstych zmian pozycji w łóżku.
- Wykorzystanie udogodnień w łóżku chorego, aby podtrzymać fizjologiczne ułożenie kończyn górnych i dolnych.
- W okresie zaostrzenia dążyć do najwcześniejszego usprawniania.
- Usunięcie z przestrzeni poruszania się chorego przeszkód m.in. dywaników, niepotrzebnych mebli, a także oznakowanie progów.
- Umożliwienie pacjentowi bezpiecznego poruszania się dzięki np. poręczom w łazience, kabinie prysznicowej, na korytarzu, istotne jest także odpowiednie oświetlenie pomieszczeń.
- Zagwarantowanie częściowej lub całkowitej pomocy podczas przemieszczania się pacjenta, asekurowanie pacjenta podczas chodzenia, prowadzenie lub przewożenie chorego na wózku.
- Poinformowanie pacjenta o możliwości skorzystania ze specjalistycznego sprzętu umożliwiającego poruszanie się.

Edukacja

W pierwszym etapie postępowania, mając na uwadze czas trwania choroby i wcześniejsze doświadczenia chorego, pielęgniarka zbiera dane o pacjencie, określając jego problemy zdrowotne i istniejące ograniczenia, wiedzę i umiejętności radzenia sobie w chorobie oraz motywację do udziału w edukacji.

Rozpoznaje również sytuację rodzinną pacjenta, możliwości uzyskania wsparcia oraz nieprofesjonalnej pomocy i na tej podstawie ustala deficyt samoopieki i określa cele edukacyjne.

W dalszym etapie opracowuje indywidualny program edukacji, w którym określa tematykę, formę prowadzenia zajęć (indywidualna, grupowa), dobiera odpowiednie metody (np. rozmowa indywidualna, pogadanka, wykład, pokaz z objaśnieniem, dyskusja) i środki dydaktyczne (np. plansze, materiały informacyjne, filmy, prezentacje multimedialne), ustala terminy i osoby odpowiedzialne za realizację programu.

Główne założenia merytoryczne w realizacji edukacji pacjenta reumatologicznego powinny obejmować treści z zakresu przebiegu choroby, następstw i zagrożeń; zasad postępowania leczniczego i pielęgnacyjnego; metod postępowania usprawniającego; zaleceń dietetycznych w chorobie i problemów psychologicznych chorych przewlekle.

W zakresie kształtowanych umiejętności, pacjent powinien nabyć sprawność wykonywania ćwiczeń ruchowych, dostosowania otoczenia do ograniczonych możliwości wynikających z niesprawności, obciążania stawów radzenia sobie z bólem, monitorowania objawów ubocznych stosowanego leczenia farmakologicznego i radzenia sobie ze stresem, rezygnacją i przygnębieniem.

Funkcje pielęgniarki

Pielęgniarka, uczestnicząc w kompleksowym postępowaniu terapeutycznym wobec pacjenta z chorobą reumatyczną, pełni funkcję diagnostyczną, terapeutyczną i opiekuńczą — w stanach zaostrzenia choroby (łagodzenie dolegliwości, walka z bólem, profilaktyka zakażeń, obserwacja stanów zagrażających życiu pacjenta), rehabilitacyjną (współpraca z fizykoterapeutą) i funkcję wychowawczą w stosunku do pacjenta i rodziny (przygotowanie do samoopieki i samoobserwacji).

Z uwagi na niepożądane efekty podawanych leków modyfikujących przewlekły przebieg choroby (LMPCh), immunosupresyjnych, niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), glikokortykosteroidów (GKS), monitoruje stan pacjenta, udziela porad co do bezpiecznego stosowania leków i zachęca do nefarmakologicznych form leczenia bólu.

Pacjent z chorobą reumatyczną potrzebuje wsparcia i porady, jak stawiać czoło problemom życia codziennego związanym z chorobą, stresem, cierpieniem oraz pomocy w adaptacji do zmieniających się warunków.

Zalecenia samoopiekuńcze w zaostrzeniu choroby

Choremu zaleca się:

- Bezwzględne leżenie w łóżku, do ustąpienia objawów ostrego zapalenia (pozycja płaska na wznak, z małą poduszką pod głową i małym wałkiem pod stawami kolanowymi), położenie woreczków z piaskiem nad stawami kolanowymi, podparcie stóp;
- W pozycji na boku, ułożenie kończyn dolnych w pozycji wyprostowanej (nie zginać w stawie biodrowym i kolanowym — profilaktyka przykurczy) i włożenie między kończyny wałka z koca; pozycję leżącą na brzuchu stosować 2–3 razy dziennie przez 30 min z odwiedzionymi udami i stopami poza brzegiem łóżka;
- Zmianę pozycji co 20–30 min;
- Zabezpieczenie palców rąk – palce lekko ugięte z ustawieniem kciuka w opozycji do pozostałych palców (kąąt ustawienia ułatwia włożenie grubego wałka).

Zalecenia samoopiekuńcze, ochrona stawów w stanach zaostrzenia stanu zapalnego cd.

- Łóżko powinno być twarde, równe, odpowiednio elastyczne, starannie pościelone, wyposażone w sznurową drabinkę wspomagającą siadanie;
- Jak najwcześniejsze wprowadzenie ćwiczeń ruchowych (wczesne uruchamianie): profilaktyka przeciwzakrzepowa;
- 2 lub 3 dniowe unieruchamianie stawu w łusce, szynie lub longecie gipsowej (szczególnie rąk i nadgarstków), zwłaszcza w porze nocnej (w ciągu dnia szynę lub longetę zdejmuje się dla umożliwienia ruchu w stawie);
- W czasie unieruchomienia stawu wykonywanie ćwiczeń izometrycznych (napinanie mięśni) oraz ruchów w stawach nieobjętych unieruchomieniem;
- Stosowanie zimnych okładów, zawijanie stawów;
- Masaż delikatnymi ruchami głaskającymi (sprzyja rozluźnieniu mięśni i zmniejszeniu bólu).

Poprawa sprawności poruszania się i płynności ruchów, profilaktyka urazów

- Wyposażenie łazienki w maty antypoślizgowe i uchwyty, zamontowanie barierki przy schodach;
- Używanie podczas chodzenia laski, kuli łokciowych lub balkonika, ułatwiających stabilność chodu;
- Przestrzeganie dopuszczalnej dla pacjenta wagi przedmiotów, które może dźwigać (< 10% masy ciała) w ręce po stronie najbardziej zmienionego chorobowo kolana czy biodra;
- Stosowanie korekcyjnych wkładek do obuwia; zalecane buty sportowe z wkładką środkowo-boczną, dobrym podbiciem (łukiem) środka stopy i podkładką podpiętową, elastyczna podeszwa;
- Stosowanie stabilizatorów i ortez na staw kolanowy w chorobie zwyrodnieniowej kolana;
- Używanie do przemieszczania się roweru (po równym, gładkim terenie);
- Unikanie intensywnego wchodzenia i schodzenia po schodach, stania na jednej nodze, szybkiego i długiego chodzenia i biegania, chodzenia po nierównym terenie, skoków; pamiętanie o tym, że zdrowsza kończyna powinna poprzedzać chorą przy wchodzeniu na schody, natomiast przy schodzeniu ze schodów laska oraz chora kończyna powinny być pierwsze.

Zasady prawidłowego korzystania z laski lub kuli łokciowej

- ▶ Laskę, kulę łokciową trzymać w ręce po stronie przeciwnej względem chorego kolana czy biodra, w którym zmiany na przykład zwyrodnieniowe są najbardziej zaawansowane;
- ▶ Długość laski powinna być równa odległości między górną granicą krętarza górnego kości udowej a podeszwą buta, tak aby kąt zgięcia łokcia wynosił około 20 stopni;
- ▶ Korki na końcach laski i kul powinny być wymieniane, aby uniknąć poślizgnięcia się na gładkiej lub mokrej powierzchni.

Zasady usprawniania ruchowego

Przed przystąpieniem do wykonywania ćwiczeń:

- nauczyć się świadomego i kontrolowanego „rozluźniania” mięśni (ćwiczenia przy nadmiernie napiętych mięśniach powodują ból i napięcie mięśni);
- ćwiczenia ruchowe przeplatać ćwiczeniami oddechowymi i rozluźniającymi;
- wykonywać ćwiczenia izometryczne wszystkich grup mięśniowych (zapobiegają zanikom mięśni, powodując przyrost ich masy i siły oraz utrzymują aktywność);
- wykonywać stosunkowo krótkie ćwiczenia (do pierwszego bólu) na przemian z długim odpoczynkiem — dobrane indywidualnie i stopniowane w zależności od możliwości pacjenta;
- ćwiczyć, siedząc lub leżąc na wznak;
- wykonywać ćwiczenia codziennie, co najmniej 2 h po posiłku;
- przed gimnastyką wywietrzyć pokój, natomiast gdy jest ciepło ćwiczyć przy otwartym oknie;
- ubiór do ćwiczeń powinien być lekki, by nie krępował ruchów, obuwie wygodne, z gumowymi podeszwami (najlepiej ćwiczyć boso, leżąc na dywanie);
- w okresie początkowym ćwiczenia łatwe wykonywać 6–8 razy, trudne 4–6 w wolnym tempie;
- czas odpoczynku jest tak długi, jak długo wykonywane są ćwiczenia.

Zasady samoobsługi, ułatwiające wykonywanie codziennych czynności

- ▶ Pić z lekkiego kubka, z grubym uchwytem lub obejmować go oburącz;
- ▶ Podczas podnoszenia talerza ze stołu przytrzymywać go oburącz od dołu;
- ▶ Przy długim pisaniu używać długopisu z grubym uchwytem;
- ▶ Otwierać krany za pomocą specjalnego uchwyty z grubą rączką (najlepsze są krany wahadłowe);
- ▶ Do krojenia chleba lub mięsa używać maszynki albo korzystać z gotowych produktów;
- ▶ Do otwierania słoików, puszek, butelek stosować specjalne otwieracze;
- ▶ Zaopatrzyć się w przyrząd do obracania kluczy, przedłużyć i wzmocnić klamki;
- ▶ Przy zakładaniu butów posługiwać się długą łyżką do obuwia;
- ▶ Czytając książkę, nie trzymać jej w rękach, lecz położyć na stole;
- ▶ Przy zmianach zwyrodnieniowych w jednym stawie biodrowym siedzieć na krześle z siedziskiem opuszczonym po stronie chorego stawu;
- ▶ Podwyższyć sedes, krzesło, zamontować uchwyty ułatwiające siadanie i wstawanie.

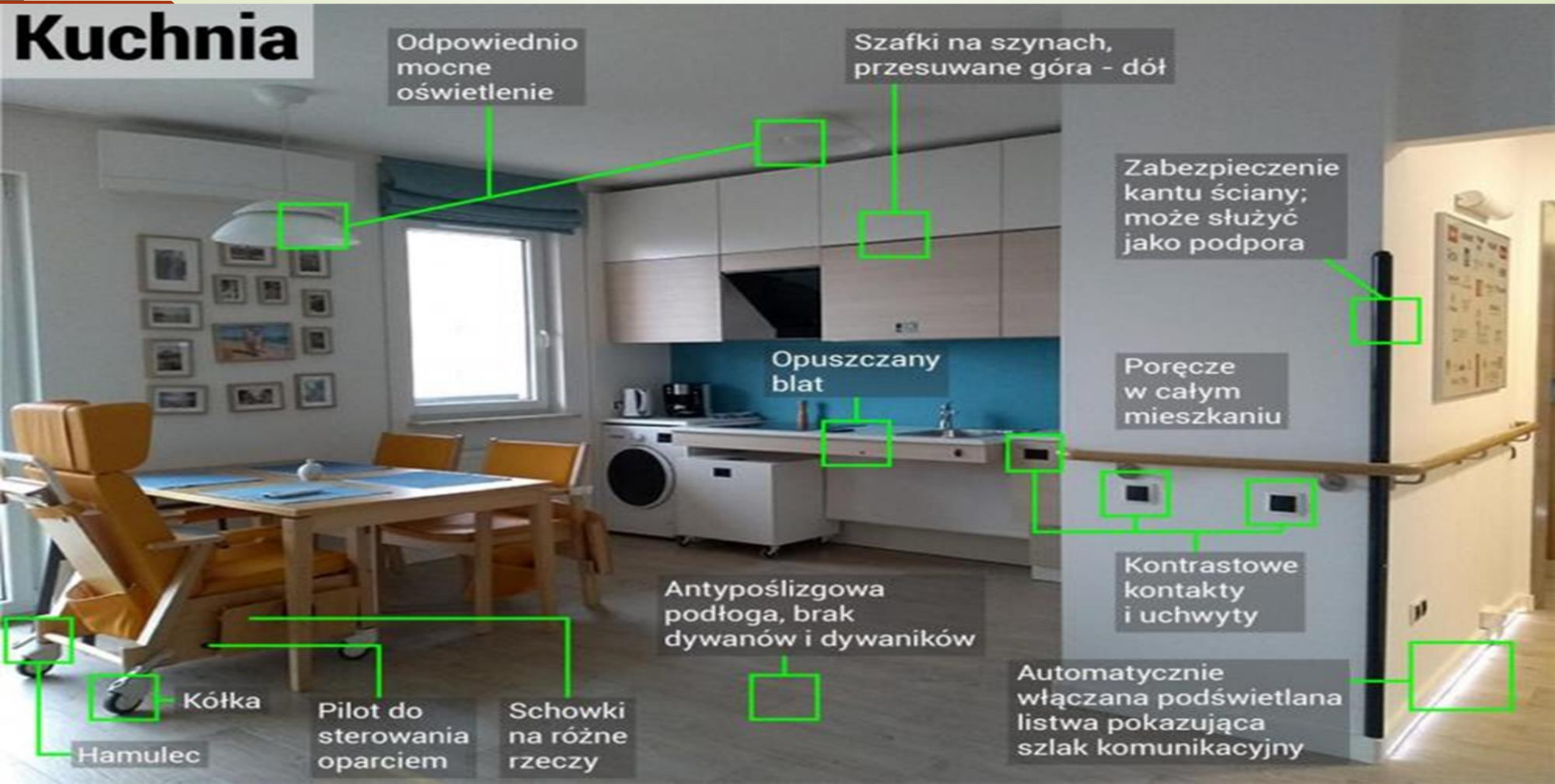
Ochrona kręgosłupa

Aby zachować dobrą postawę i mobilność kręgosłupa choremu zaleca się:

- wykonywane przynajmniej 2 razy dziennie ćwiczeń rozciągających kręgosłup (na początku zaleca się rozgrzewkę, zmniejszającą sztywność i prawdopodobieństwo urazu);
- utrzymywanie prawidłowej pozycji podczas wykonywania codziennych czynności (chodzenie, siedzenie, sen);
- właściwy dobór nieobciążającego kręgosłupa obuwia;
- dla zachowania fizjologicznych krzywizn kręgosłupa i zapobiegania rozwojowi deformacji spanie na twardym materacu, z cienką poduszką lub poduszką profilowaną;
- unikanie czynności wywołujących napięcie mięśni pleców (garbienie się lub pochylanie przez dłuższy czas), zaleca się regularne prostowanie i przeciąganie;
- modyfikacja stanowiska pracy: przy pracy przed komputerem używać lekko nachylonych biurek, przeciwdziałających pochylaniu się, oraz regulowane krzesła obrotowe z podporami lędźwiowymi;
- bezwzględnie przeciwwskazane intensywne sporty lub wymagające gwałtownych ruchów kręgosłupa (zalecane pływanie, jazda na rowerze); w przypadku jazdy na rowerze, wymagającej napiętej, wysuniętej ku przodowi pozycji, zaleca się podwyższenie kierownicy.

Przyjazna kuchnia

Kuchnia



Łazienka

ŁAZIENKA

Mięka, ale mocna zasłona, stabilnie zainstalowana - można się jej chwycić w razie utraty równowagi

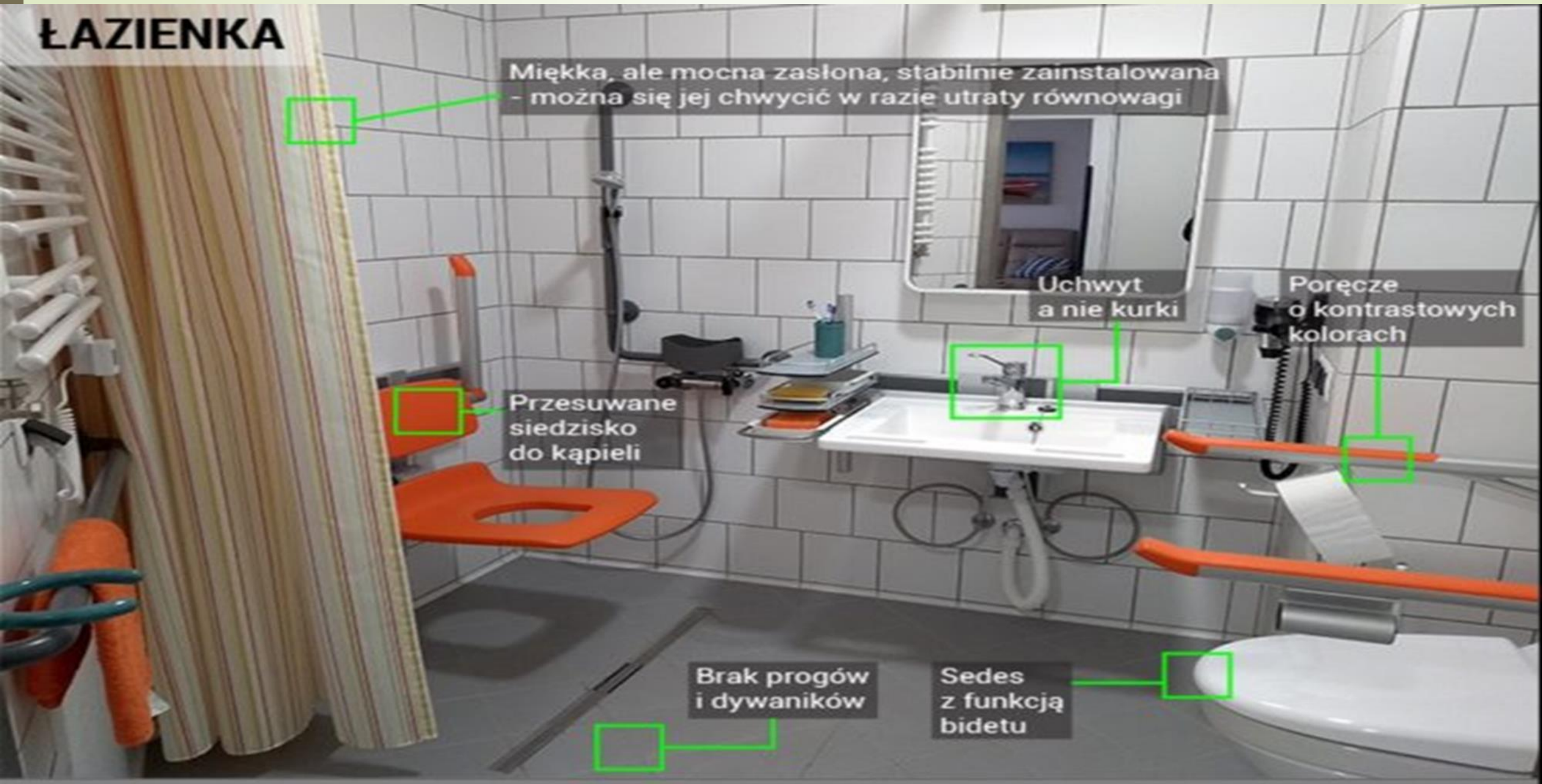
Uchwyt a nie kurki

Porcęze o kontrastowych kolorach

Przesuwane siedzisko do kąpieli

Brak progów i dywaników

Sedes z funkcją bidetu



Rehabilitacja

W chorobach zapalnych szczególnie ważnym etapem jest wczesny okres, kiedy nie doszło jeszcze do utrwalonych deformacji lub zmiany nie są nasilone.

Zadaniem rehabilitacji jest postępowanie przeciwbólowe, niedopuszczenie do utraty wydolności ruchowej, wspieranie codziennej aktywności ruchowej, wytworzenie takich stereotypów czynności codziennych i zachowania, które pozwolą unikać bólu, przeciążeń i uszkodzeń objętych chorobą elementów układu ruchu (np. do typowych interwencji w tym okresie u osoby z reumatoidalnym zapaleniem stawów należą, m.in. dobór odpowiedniego obuwia, udogodnienie środowiska w ten sposób, by używanie rąk przy codziennych czynnościach nie stymulowało postępu deformacji, eliminacja niekorzystnych nawyków postawy ciała, szkodliwych warunków w miejscu pracy, promocja gimnastyki kształtującej prawidłową postawę ciała, wdrożenie ćwiczeń pozwalających zachować ruchomość stawową, wydolność fizyczną).

Rodzaj i ilość ćwiczeń muszą być modyfikowane w zależności od fazy choroby i pojawiania się zaostrzeń. W okresie tym niezwykle ważną rolę odgrywa edukacja chorego w zakresie przebiegu choroby, przestrzegania zasad ergonomii i roli kinezyterapii w profilaktyce powikłań chorobowych.

Cele rehabilitacji

Poprawa stanu pacjenta może nastąpić na skutek wygaszenia bólu i pokonania jego konsekwencji, uruchomienia mechanizmów kompensacyjnych i adaptacyjnych pacjenta, poprawienie wydolności ogólnej, oddechowo-kръżeniowej i aparatu ruchu oraz zastosowaniu ułatwień środowiskowych.

Najczęściej stawiane cele rehabilitacji:

- redukcja bólu,
- poprawa zdolności lokomocyjnych, manipulacyjnych,
- zwiększenie wydolności krążeniowej i oddechowej,
- zwiększenie samodzielności w czynnościach codziennych,
- poprawa stanu psychicznego, poczucia godności, umiejętności korzystania ze swoich praw,
- zwiększenie udziału w  życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym.

Kinezyterapia

Leczenie ruchem w rehabilitacji reumatologicznej jest indywidualizowane. Sposób postępowania uwzględnia podstawową przyczynę dolegliwości, lokalizację, rozległość, fazę i stopień zaawansowania zmian, obecność schorzeń współistniejących, wiek chorego, stopień jego aktualnej sprawności i spodziewane możliwości poprawy.

W wyniku ćwiczeń dochodzi do poprawy mobilności stawowej, odżywienia chrząstek stawowych, polepszenia siły i wytrzymałości mięśniowej, wytworzenia pożądaných wzorców ruchowych, osiągnięcia lub utrzymania należnej masy ciała.

Szczególne znaczenie ma dostosowanie typu ćwiczeń do stopnia aktywności procesu zapalnego, by nie dopuścić do narastania bólu, zaistnienia uszkodzenia czy zaostrzenia choroby w wyniku nadmiaru ruchu.

Bardzo ważne jest zachowanie właściwych obciążeń i techniki ćwiczeń uwzględniających fizjologiczne stereotypy i synergizmy ruchowe, ze względu na ryzyko zerwania uszkodzonych przez proces zapalny więzadeł i ścięgien, a także złamań kości dotkniętej procesem osteoporozy.

W skład terapii ruchem wchodzi zarówno zastosowanie technik czynnych, aktywizujących pacjenta do samodzielnego udziału w ćwiczeniach, jak i technik biernych (np. ćwiczenia bierne, techniki rozluźniające, masaż). W wybranych przypadkach, po ustaleniu braku przeciwwskazań stosuje się również manualne mobilizacje i manipulacje.

Zalecenia dietetyczne w chorobie reumatycznej:

Chory powinien pamiętać o tym, że zmniejszenie masy ciała to odciążenie stawów i zmniejszenie dolegliwości.

- dieta niskotłuszczowa (mało mięsa i tłuszczów zwierzęcych), lekkostrawna;
- potrawy osłaniające żołądek, świeże, z dużą ilością warzyw i owoców, z suplementacją witamin A, D, C i E;
- bez alkoholu i ostrych przypraw (wskazane przyprawy naturalne);
- ograniczenie cukru, słodyczy;
- „płukanie” organizmu herbatkami ziołowymi, sokami z buraka, marchwi lub selera;
- spożywanie ryb morskich (makrela, sardynka, śledź, łosoś, tuńczyk), oliwy z oliwek.

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ





Bibliografia:

1. Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samel-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych – ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii w Warszawie, Warszawa 2014,
2. Redakcja naukowa: Puszczewicz M., Wielka interna Reumatologia, Medical Tribune, Warszawa, 2020,
3. Zimmermann-Górska I., Choroby reumatyczne. Podręcznik dla studentów”, PZWL, 2004,
4. Redakcja naukowa: Samborski W., Brzosko M., „Reumatologia praktyczna”, Pomorski Uniwersytet Medyczny, 2010
5. <https://www.mp.pl/>