

Przegląd badań na temat jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów

Review of research on quality of life patients with rheumatoid arthritis

Olga Ochyńska, Magdalena Pieniacka

Studenckie koło naukowe pielęgniarstwa internistycznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Olga Ochyńska
ul. Majówka 8/21
27-200 Starachowice
e-mail: oochynska@wp.pl

STRESZCZENIE

Przegląd badań na temat jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów

Reumatoidalne zapalenie stawów jest przewlekłą chorobą o podłożu autoimmunologicznym. Jej etiologia jest do tej pory niepoznana. Leczenie polega na łagodzeniu objawów i bólu. Pomimo leczenia stopniowo prowadzi do niepełnosprawności. Pacjent staje się uzależniony od innych. Choroba wpływa na wszystkie sfery życia chorego i jego rodziny. Skutecznie obniżając ich jakość życia.

Słowa kluczowe: reumatoidalne zapalenie stawów, pacjent, jakość życia

ABSTRACT

Review of research on quality of life patients with rheumatoid arthritis

Rheumatoid arthritis is a chronic autoimmune disease. Its etiology is unexplored. Treatment consists of relieving symptoms and pain. Despite treatment, it gradually leads to disability. The patient becomes dependent on the others. The disease affects all spheres of life of the patient and his family. It effectively reduces their quality of life.

Key words: rheumatoid arthritis, patient, quality of life

WPROWADZENIE

Częstość występowania reumatoidalnego zapalenia stawów wynosi od 0,3–1,5 % w populacji ogólnej. W Europie jest to 0,8 % w populacji dorosłych. Kobiety chorują 3 razy częściej niż mężczyźni. Szacuje się, że szczyt zachorowalności przypada między 40. a 50. rokiem życia. Przyczyna choroby nie jest do tej pory znana. W patogenecie rolę odgrywają czynniki środowiskowe, genetyczne i zaburzenia immunologiczne [1].

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie badań nad jakością życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Definicja reumatoidalnego zapalenia stawów

Przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o podłożu immunologicznym o nieznanej etiologii, charakteryzująca się nieswoistym zapaleniem symetrycznych stawów, zmianami pozastawowymi i objawami układowymi, prowadząca do niepełnosprawności, inwalidztwa i przed-

wczesnej śmierci. Panuje pogląd, że zapoczątkowanie i podtrzymywanie choroby jest związane z odpowiedzią limfocytów T na nieznany antygen lub antygeny (egzogenne lub własne) u osoby genetycznie predysponowanej. Zależnie od obecności lub nieobecności w surowicy autoprzeciwciał (czynnika reumatoidalnego w klasie IgM) odróżnia się serologicznie dodatnią lub ujemną postać choroby [1].

Obraz kliniczny

1. Zapalenie błony maziowej stawów

- a) zajęcie stawów – obustronne, symetryczne, nieobjmujące stawów międzypaliczkowych dalszych, częste jest zajęcie stawów śródręczno-paliczkowych, międzypaliczkowych bliższych i stawów nadgarstkowych;
- b) zajęcie ścięgien i więzadeł – proces zapalny może obejmować tkanki pozastawowe:
 - zapalenie ścięgna zginacza dłoniowego,
 - zapalenie ścięgien powodujących rotację w stawie barkowym,
 - zajęcie więzadła szczytowo-potylicznego [2].

2. Zmiany pozastawowe

- skóra – ścieńczała, chłodna, niekiedy przebarwiona, zmiany zapalne w ścianach naczyń, np. sinica palców, rumień dłoniowy, parestezje;
- narząd wzroku – zespół Sjögrena, suche zapalenie rogówki i spojówek, zapalenie twardówki, bardzo rzadko guzki reumatoidalne twardówki mogą doprowadzić do jej perforacji i ślepoty;
- płuca – zapalenie opłucnej, śródmiąższowe zapalenie płuc, zarostowe zapalenie oskrzelików, zapalenie naczyń płucnych, guzki reumatoidalne w płucach;
- serce – guzki reumatoidalne we wsierdzu, zmiany zapalne w aorcie i naczyniach wieńcowych;
- układ nerwowy – objawy związane z uciskiem lub zapaleniem, rzadziej z porażeniem nerwów obwodowych, ziarnina reumatoidalna może naciekać krążki międzykręgowe i wnikać do kręgów;
- wątroba – wzrost stężenia aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej, zwiększenie aktywności fosfatazy zasadowej i gamma-glutamylu-trans peptydazy;
- nerki – wtórna amyloidoza, stosowanie leków, np. NLPZ lub współistniejące zakażenie;
- zaburzenia hematologiczne – niedokrwistość, polegająca na magazynowaniu żelaza w układzie siateczkowo-śródbłonkowym;
- naczynia krwionośne – zapalenie naczyń obwodowych z zajęciem drobnych i średnich tętnic, głównie kończyn przybierając postać zawałów okołopaznokciowych, plamicy wyczuwalnej palpacyjnie, owrzodzeń skóry, zapalenia jednego lub wielu nerwów czy zmian narządowych [3].

Różnicowanie

1. Choroby układowe tkanki łącznej
2. Zapalenie naczyń
3. Zapalenia stawów kręgosłupa związane z występowaniem antygeny HLA - B27
 - choroby Bechterewa,
 - reaktywne zapalenie stawów,
 - zapalenie stawów w przebiegu zapalnych chorób jelit,
 - łuszczycowe zapalenie stawów,
 - gorączka reumatyczna,
 - zapalenie stawów w przebiegu choroby z Lyme,
 - zapalenie stawów towarzyszące brucelozie i zakażeniu parwowirusem B-19,
 - zakaźne (ropne) zapalenie stawów,
 - zapalenie stawów (ból stawów) towarzyszące zakażeniu wirusem RRV,
 - dolegliwości stawowe u chorych z nowotworami złośliwymi,
 - ostra sarkoidoza,
 - choroba Behçeta,
 - dnawe zapalenie stawów,
 - zaostrzenie choroby zwyrodnieniowej,
 - zwyrodnienie wielostawowe palców ręki,
 - fibromialgia,
 - zespół cieśni nadgarstka [4].

Leczenie

Do leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów można wykorzystać farmakoterapię, zabiegi chirurgiczno-ortope-

dyczne i kompleksowe postępowanie rehabilitacyjne. Postępowanie terapeutyczne polega na oddziaływaniu na komórkowe i humoralne reakcje immunologiczne wywołane przez nieznaną przyczynę oraz na komórkowe i molekularne mediatory zapalenia podtrzymujące uszkodzenie tkanek. W ostatnich latach farmakoterapia stosowana w RZS uległa istotnej zmianie. Poprzednie schematy leczenia tzw. piramidy terapeutyczne z podziałem na leki I, II i III rzutu, są już nieaktualne [5].

Stosuje się:

1. Niesteroidowe leki przeciwzapalne
 - a) nieselektywne inhibitory COX-1/2
 - kwas acetylosalicylowy,
 - pochodne kwasu propionowego,
 - pochodne kwasu octowego;
 - b) selektywne inhibitory COX-2
2. Glikokortykosteroidy
3. Leki immunosupresyjne
 - metotreksat,
 - inne leki immunosupresyjne (np. aztiopryna),
4. Leki alkilujące
5. Sulfasalazyna
6. Hydrochlorochina
7. Związki złota
8. Związki antycytokinowe
 - leki będące antagonistami TNF - α
 - leki działające antagonistycznie do receptora interleukiny
9. Immunoabsorpcje
10. Dieta [6].

OMÓWIENIE

Czynniki społeczno-demograficzne, które mogą wpływać na ocenę jakości funkcjonowania w poszczególnych obszarach życia, to: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz poziom wykształcenia. U ludzi w starszym wieku RZS przyspiesza fizyczną zależność od otoczenia, psychosocjalną niesprawność oraz ogranicza wypełnianie zadań codziennych [7].

W badaniach Meenan i wsp. u 25% chorych z RZS występowało nadciśnienie tętnicze, a 9% cierpiało z powodu innych chorób [8]. W obserwacji Jankowskiej i wsp. 48,3% chorych z RZS chorowało na nadciśnienie tętnicze, 28,3% na chorobę niedokrwienną serca, a aż 63,6% na inne choroby [9]. Meenan i wsp. w swoich badaniach nie wykazali korelacji między niepełnosprawnością a poziomem wykształcenia [8]. Zupełnie odmienne wyniki uzyskał Pincus i wsp., którzy stwierdzili niższą jakość życia u chorych słabiej wykształconych [10]. W badaniach Jankowskiej i wsp. lepsze wykształcenie wpływało na poprawę jakości życia. Wg nich wykształcenie mogło być wskaźnikiem świadomego uczestnictwa w procesie terapeutycznym oraz lepszych nawyków zdrowotnych [9]. Podobne wyniki w swoich obserwacjach uzyskał Pincus i wsp. [10]. Natomiast Sherrer i wsp. wykazali, że aż 65% ankietowanych chorych nie potrafi określić swojej jednostki chorobowej. Brak wiedzy na temat choroby łączył się z niskim poziomem wykształcenia [11]. Badania Meenana i wsp. wykazują, że nie ma korelacji między poziomem wykształcenia, a niesprawnością [12]. Wyniki te różnią się od wyników

Pincusa i wsp., którzy twierdzą, że u chorych osiągających niski poziom wykształcenia przebieg RZS jest cięższy [13].

Badania prowadzone przez Sierakowską i wsp. miały ocenić jakość życia chorych na RZS na podstawie kwestionariusza ankiety WHOQOL BREF w dziedzinach: psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowych oraz fizycznej. Stwierdzili, że najniżej ocenianą dziedziną przez pacjentów jest fizyczna, w którą wchodziły czynności życia codziennego, zależność od leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból oraz środowiskową w zakresie wolności, bezpieczeństwa, dostępności i jakości opieki zdrowotnej. Oceniono, że 2/3 badanych jest niezadowolonych ze swojego stanu zdrowia [14]. Wpływ rozwoju RZS na sprawność fizyczną w zależności od płci określano w badaniach brytyjskich. Kobiety wypadły gorzej w zakresie dbania o swój wygląd, chodzenia, jedzenia, ubierania się, sięgania i chwytania. Wyniki te sugerują, że RZS ma większy wpływ na jakość życia kobiet niż mężczyzn [15].

Devins i wsp. w swoim opracowaniu wykazali, że reakcje depresyjne korelują ze zmianami w funkcjonowaniu fizycznym. Czynnikiem ryzyka pogorszenia się stanu psychicznego i odwrotnie jest obniżenie sprawności fizycznej. Wśród kobiet chorych na RZS przeprowadzono badania nad rozwojem objawów depresyjnych i stwierdzono, że kobiety, które miały ograniczenie w wykonywaniu czynności wg skali Health Assessment Questionnaire były 4-krotnie częściej narażone na rozwój depresji [16].

Jankowska i wsp. w swoich badaniach wykazali, że pacjenci z RZS najniżej ocenili swoją jakość życia w domenie socjalnej kwestionariusza WHQoL – 37,9; SD = 13,8; p = 0,002. Również w grupie kontrolnej ta domena uzyskała najniższą wartość. Najwyżej oceniona została domena środowiskowa – 93,7; SD = 22,2; p = 0,001 [9].

Według Jankowskiej i wsp. otyłość jest ważnym predykatorem śmiertelności w populacji ogólnej, natomiast badań mówiących o związku otyłości i jakości życia chorych z RZS jest stosunkowo niewiele [9]. Jedne z nielicznych badań przeprowadzili Garcia-Poma i wsp. Stwierdzili oni mocny związek pomiędzy otyłością, a jakością życia chorych z RZS [17]. Również silna korelacja między funkcjonalną niepełnosprawnością a otyłością wyrażoną kwestionariuszem HAQ została stwierdzona w badaniu Jankowskiej i wsp. Pacjenci z BMI 30 zgłaszali gorszą jakość życia [9].

WNIOSKI

Jakość życia chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów ulega pogorszeniu. Decydujący wpływ mają na to czynniki środowiskowe, jak i dziedzina fizyczna. Znaczenie również ma niski poziom wiedzy na temat jednostki chorobowej, możliwości i sposobów jej leczenia. Ważnymi czynnikami determinującymi obniżenie jakości życia są otyłość i inne choroby współistniejące.

PIŚMIENNICTWO

1. Zimmermann-Górska I. Choroby reumatyczne. [w:] Szczekliki A. Interna Szczekliki, Medycyna praktyczna. Kraków: 2012, s. 1788.
2. Douglas C.D. Choroby reumatyczne [w:] Mayers R. A. Choroby wewnętrzne. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1995, s. 626.
3. Bobrowska - Snarska D, Brzosko M. Reumatoidalne zapalenie stawów. [w:] Brzosko M. Reumatologia kliniczna. Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego; 2010, s. 44-46.
4. Brezinschek H.P. Reumatologia. [w:] Herold G. i wsp. Medycyna wewnętrzna repetytorium dla studentów medycyny i lekarzy Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008, s. 836-837.
5. Chwalińska-Sadowska H. Choroby układu ruchu. [w:] Kokot F. Choroby wewnętrzne podręcznik akademicki Tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004, s. 621.
6. Brezinschek H.P. Reumatologia. [w:] Herold G. i wsp. Medycyna wewnętrzna repetytorium dla studentów medycyny i lekarzy Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008, s. 839-842.
7. Bączyk G. Przegląd badań nad jakością życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia. 2008; 46(6): 372-379.
8. Meenan RF, Gertman PM, Mason JH. Measuring health status in arthritis, the arthritis impact measurement scales. Arthritis Rheum. 1980; 23: 146-152.
9. Janowska B, Uchmanowicz I, Polański J, i wsp. Czynniki kliniczne i socjodemograficzne determinujące jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS). Family Medicine & Primary Care Review. 2010; 12,4:1027-1034.
10. Pincus T, Marcum SB, Callahan LF. Longterm drug therapy for rheumatoid arthritis in seven rheumatology private practices: second line drugs and prednisone. J Rheumatol. 1992; 19: 1885-1894.
11. Sherrer US, Bloch DA, Mitchell DM et al. Disability in rheumatoid arthritis: comparison of prognostic factors across three populations. J Rheumatol. 1987; 14: 705-709.
12. Meenan R, Mason J, Anderson J et al. AIMS-2: The content and properties of a revised and expanded arthritis impact measurement scales health status questionnaire. Arthritis Rheum. 1992; 35: 1-10.
13. Pincus T, Callahan LF. Associations of low formal education level and poor health status: behavioral, in addition to demographic and medical, explanations. J Clin Epidemiol. 1994; 47: 355-361.
14. Sierakowska M, Matys A, Kosior A i wsp. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Reumatologia. 2006; 44: 298-303.
15. Hill J, Bird HA, Lawton CW et al. The arthritis impact measurement scales: an anglicized version to assess the outcome of British patients with rheumatoid arthritis. Br J Rheumatol. 1990; 29: 193-196.
16. Devins GM, Edworthy SM, Guthrie NG et al. Illness intrusiveness in rheumatoid arthritis: differential impact on depressive symptoms over the adult lifespan. J Rheumatol. 1992; 19: 709-715.
17. Garcia-Poma A, Segami MI, Mora CS et al. Obesity is independently associated with impaired quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2007; 26(11): 1831-1835.

Praca przyjęta do druku: 10.09.2013

Praca zaakceptowana do druku: 14.10.2013