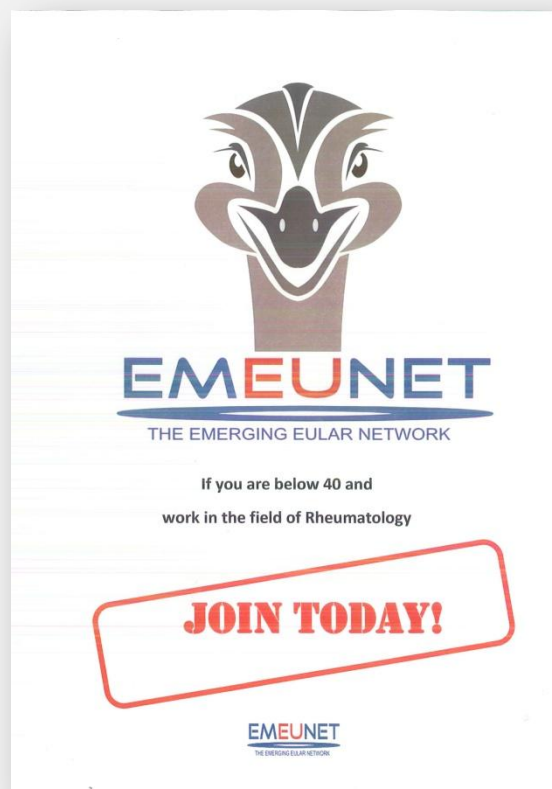


BIULETYN SEKCJI

MŁODYCH REUMATOLOGÓW PTR

12/2015



ZAPRASZAMY!!!

Szanowni Młodzi Reumatolodzy oraz Sympatycy,

Celem Sekcji Młodych Reumatologów Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego jest reprezentowanie i integracja środowiska młodych reumatologów, a także edukacja i działalność naukowa.

Nasze najważniejsze pomysły w tym zakresie to:

1) Projekt sponsorowania wyjazdów zagranicznych.

Zorganizowany w zeszłym roku projekt wysyłania młodych reumatologów na kongres EULAR 2015 cieszył się dużym zainteresowaniem i zyskał uznanie. Dzięki hojności sponsorów - firmy Roche Polska - udało nam się pozyskać finansowanie wyjazdów w dwóch kategoriach: dla młodych naukowców oraz praktyków. Oprócz szczerych wyrazów wdzięczności dla fundatorów, podziękowania należą się grupie roboczej naszej sekcji - za opracowanie kryteriów wyboru kandydatów, oraz prezesowi PTR - za osobiste zaangażowanie i motywację. Otrzymaliśmy od sponsorów zapewnienie, że zapewnią możliwość kontynuowania projektu w przyszłym roku. Miło więc nam móc zaprosić członków sekcji Młodych Reumatologów do wyjazdów na przyszłoroczny kongres EULAR. Wybór kandydatów odbędzie się, tak jak poprzednio, na podstawie jasnych i ogólnodostępnych kryteriów. Wkrótce do członków sekcji roześlemy zaproszenia do ubiegania się o miejsce w kolejnej edycji programu wyjazdów.

2) Projekt "Pytania do Eksperta" publikowane w Przeglądzie Reumatologicznym.

Eksperci odpowiadają na łamach czasopisma na nasze pytania zilustrowane konkretnym przypadkiem klinicznym. Do tej pory pytania dotyczyły leczenia biologicznego, mają być jednak rozszerzane na inne tematy. Opiekę nad projektem pełni nasza wiceprzewodnicząca: dr Agata Sebastian. Zapraszamy do przyłączania się do tej inicjatywy i do zadawania pytań.

3) Kurs zastosowań USG w diagnostyce zapaleń dużych naczyń adresowany do Młodych Reumatologów.

To już trzecia edycja warsztatów, których celem jest zwiększenie rozpoznawalności najczęstszego z pierwotnych zapaleń naczyń, oraz zapobieganie jego powikłaniom. Kurs organizuje Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Pomorskiego Uniwersytetu w Szczecinie, dzięki grantowi edukacyjnemu przyznanemu przez fundusz współpracy

dwustronnej (Norway Grants). Kurs adresowany jest przede wszystkim do Młodych Reumatologów, oraz reumatologów wykonujących USG układu mięśniowo-szkieletowego. Oprócz wykładowców i instruktorów z ośrodka szczecińskiego, który wprowadził ścieżkę szybkiej diagnostyki olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic, uczestników będą szkolić prof. Wolfgang Schmidt z Berlina, oraz dr Andreas Diamantopoulos z Haugesund, Norwegia. Zapraszamy do uczestnictwa. Szczegóły wkrótce.

4) Sesja naukowa Sekcji Młodych Reumatologów podczas konferencji Szczecińsko-Poznańskie Spotkania Reumatologiczne w Kołobrzegu 12-14 maja 2016.

Mamy możliwość zorganizowania własnej sesji naukowej. Członkowie sekcji Młodych Reumatologów korzystali już z możliwości bezpłatnego uczestniczenia w konferencji CECR w Krakowie w 2012 roku, dzięki pomocy poprzedniego prezesa PTR. Podobnie organizatorzy konferencji szczecińsko-poznańskiej zadeklarowali pomoc w umożliwieniu uczestnictwa w konferencji dla autorów zaakceptowanych prezentacji. Pomysły na sesję są dość szerokie, a jej ostateczny kształt zależeć będzie ostatecznie od pomysłów. Zależy nam na przedstawianiu młodych reumatologów i ich zainteresowań klinicznych oraz naukowych. Artykuły w biuletynie sekcji pokazują, że nasi członkowie mają dużo do powiedzenia i mogą być ekspertami w zakresie swoich zainteresowań. Aby zaangażować członków spoza ośrodków klinicznych proponujemy również formę ciekawych przypadków klinicznych. Możemy, jako sekcja, pomóc w przygotowaniu prezentacji. Będziemy jednak wymagać wcześniejszego nadesłania streszczenia wystąpienia (do końca roku) w celu jego oceny merytorycznej i uzgodnienia formy prezentacji. Zależy nam żeby inicjatywa wzięcia udziału wychodziła bezpośrednio od młodych reumatologów, a nie za pośrednictwem ich zwierzchników (ale oczywiście za ich zgodą na wystąpienie jest konieczna).

5) Zwiększamy zaangażowanie Polaków w PTR i w EMEUNECIE, oraz aktywność międzynarodową polskich reumatologów. Aktywnych działaczy zapraszamy do przyłączenia się do Grupy Roboczej, o którą opiera się funkcjonowanie Sekcji Młodych Reumatologów. Możliwości oferowane przez EMEUNET wychodzą poza zakres organizacji polskiej, dlatego zachęcamy naszych przedstawicieli do członkostwa w obydwu organizacjach. W strukturach organizacyjnych EMEUNETU działa aktywnie trzech naszych reprezentantów. Zwiększamy również liczbę członków zwyczajnych. Aktualnie Polskę reprezentuje 37 osób, co oznacza wzrost o 32 na przestrzeni ostatnich 2 lat. Korzyści z przynależności do EMEUNETU to otrzymywanie na bieżąco biuletynów oraz informacji na temat jego inicjatyw, w tym o międzynarodowych możliwościach edukacyjnych, stypendiach, grantach, konferencjach i posadach.

6) Zachęcamy do wykorzystywania potencjału Sekcji do organizowania międzyośrodkowych badań naukowych oraz inicjatyw edukacyjnych. Zapraszamy do zgłaszania do nas pomysłów na prace naukowe, w których może pomóc zwarta grupa młodych lekarzy reumatologów. Omawiamy właśnie szczegóły projektu napisania książki opartej na pytaniach klinicznych sformułowanych przez naszych członków i odpowiedzi ekspertów. Braliśmy udział w

międzynarodowym badaniu zainicjowanym przez EMEUNET dotyczącym zróżnicowania szkolenia specjalizacyjnego w reumatologii w różnych krajach europejskich.

7) Zapraszamy do pisania do następnych numerów naszego biuletynu. Jeżeli ktoś natrudził się nad pracą poglądową konieczną do złożenia przed przystąpieniem do specjalizacji z reumatologii, a nie chce odłożyć jej do szuflady, to możemy wydrukować ją w następnym biuletynie.

8) Chcemy reprezentować interesy członków sekcji w trakcie specjalizacji. Owocem toczącej się w 2013 r. w środowisku młodych reumatologów dyskusji dotyczącej programu specjalizacyjnego był list otwarty do Konsultanta Krajowego, Prezesa PTR oraz Przewodniczącego Komisji ds. Kształcenia Specjalistycznego i Ustawicznego PTR. W liście napisanym przez Grupę Roboczą Sekcji przedstawiono zastrzeżenia dotyczące obecnego sposobu szkolenia wraz z szeregiem propozycji zmian. Dzięki otwartemu stanowisku Konsultanta Krajowego część postulatów młodych reumatologów została ujęta w nowym programie specjalizacji. Aktualnie poszukujemy najmłodszych spośród młodych reumatologów, którzy podejmą się zająć się w sekcji sprawami swojej specjalizacji- zapraszamy do grupy roboczej.

9) Gdzie nas szukać? Portale społecznościowe takie jak Facebook i Twitter odgrywają coraz większą rolę informacyjną i organizacyjną. Sekcja Młodych Reumatologów ma od niedawna również swoją stronę na Facebooku: zapraszamy do jej polubienia oraz do włączania się do publikowania na niej. Na stronie internetowej PTR zaprojektowano podstronę sekcji z podstawowymi informacjami i formularzem rejestracyjnym dla nowych członków. Umieszczono na niej także zakładki przeznaczone do publikacji aktualności, ogłoszeń i biuletynów Sekcji. Nasza sekcja ma również swój dział na stronie internetowej medycyny praktycznej: <http://www.mp.pl/reumatologia/>.

Zapraszamy do wypełnienia formularza zgłoszeniowego do Sekcji bezpośrednio na stronie: <http://www.reumatologia.ptr.net.pl/?formularz-zgloszeniowy,57>. Warunkiem wstąpienia do sekcji jest wiek do 45 lat.

pozdrawiam serdecznie,

Marcin Milchert

Przewodniczący Sekcji Młodych Reumatologów PTR

MIKROBIOM W CHOROBYCH REUMATYCZNYCH

dr n. med. Anna Olewicz-Gawlik

Zakład Reumatologii i Immunologii Klinicznej
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu



Ostatnie lata zrewolucjonizowały podejście do człowieka jako do samowystarczalnego organizmu regulującego swoje funkcje życiowe. Coraz częściej zaczyna przeważać pogląd postrzegający ludzkie ciało jako ekosystem wzajemnie na siebie wpływających komórek ludzkich i bakteryjnych, przy czym te ostatnie przeważają liczbowo około dziesięciokrotnie. Mikroorganizmy zamieszkujące niemal każdy zakamarek ludzkiego ciała: skórę, drogi oddechowe, układ pokarmowy, moczowo-płciowy tworzą niewidzialny narząd – mikrobiom. Jego niezwykle istotną rolę doceniono powołując wiele międzynarodowych projektów badawczych, m. in. w 2007 roku sformułowano projekt HMP (ang. Human Microbiome Project). Jego cele to pełna charakterystyka ludzkiego mikrobiomu oraz ścieżek i produktów ich metabolizmu, a także zrozumienie mechanizmów odpowiadających za różnice i podobieństwa pomiędzy mikrobiomami różnych osób i ich roli w utrzymaniu zdrowia bądź rozwoju choroby. Niezdrowa dieta oraz rozpowszechnione stosowanie antybiotyków powodują zmiany w ludzkim mikrobiomie, tzw. dysbiozę.

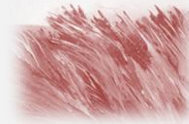
Wydaje się, że stwierdzenie dotyczące krytycznej roli mikrobiomu dla rozwoju chorób autoimmunizacyjnych nie jest przesadzone. Komensale obecne w ludzkim organizmie mogą wpływać na różnicowanie komórek T pomocniczych (Th CD4+) w czterech kierunkach: Th1, Th2, Th17 i Treg (komórki regulatorowe) [1]. Różnicowanie każdej z linii wymaga indukcji innych czynników transkrypcyjnych, z kolei każda z linii komórek T wydziela odmienny profil cytokin. Komórki linii Th1 ogrywające rolę w eliminowaniu patogenów wewnątrzkomórkowych indukowane są np. przez *Bacteroides fragilis* [2], podczas gdy *Clostridium* promują indukcję komórek Treg [3].

Wśród chorób autoimmunizacyjnych najwięcej prac dot. roli mikrobiomu poświęcono reumatoidalnemu zapaleniu stawów (RZS). U chorych na RZS stwierdzono podwyższone stężenia przeciwciał przeciwko pewnym bakteriom jelitowym (*Proteus*) [4]. Porównując grupę chorych z wczesnym RZS (czas trwania < 6 miesięcy) z chorymi na fibromialgię wykazano w tej pierwszej w grupie

dysbiozę jelitową, polegającą m. in. na istotnie mniejszej ilości bifidobakterii oraz bakterii z grupy Bacteroides-Porphyromonas-Prevotella [5]. Opisano także stosunkowo niedawno silną korelację pomiędzy wystąpieniem RZS a bakterią *Prevotellacopri* [6]. Temat mikrobiomu z racji swojej wagi nie ominął również tegorocznej konferencji ACR/ARHP w San Francisco. Badania przeprowadzone u chorych na toczeń rumieniowaty układowy (TRU) wykazały znaczne różnice w składzie bakterii jelitowych w porównaniu do osób zdrowych [7]. Chorzy na TRU charakteryzowali się istotnie większą ilością bakterii z grupy Proteobacteria oraz mniejszą ilością bakterii typu Firmicutes. Także chorzy na twardzinę układową (TU) cechują się swoistym dla choroby „podpisem mikrobiologicznym” flory jelitowej [8]. W porównaniu do osób zdrowych u chorych na TU w jej składzie obserwowano zwiększoną ilość bakterii z rodzajów *Fusobacterium*, *Erwinia* i *Trabsulsiella*, natomiast mniej *Faecalibacterium* i *Clostridium*. Na zakończenie warto wspomnieć o związku pomiędzy mikrobiomem a allelem HLA-B27 determinującym podatność na spondyloartropatie. Opisano korelację ekspresji HLA-B27 ze zmniejszoną kolonizacją jelit bakteriami z *Clostridium spp.* produkującymi krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe [9]. Co ważne, wykazano implikacje terapeutyczne wspomnianej zależności.

Podsumowując, wydaje się pewne, że wzrost świadomości dotyczącej współzależności funkcjonowania ludzkiego organizmu i „zamieszkujących” go

mikroorganizmów zaowocuje w niedalekiej przyszłości modyfikacją podejścia terapeutycznego do chorób autoimmunizacyjnych.



Piśmiennictwo

1. Wu HJ, Wu E. The role of gut microbiota in immune homeostasis and autoimmunity. *Gut Microbes*. 2012 Jan-Feb;3(1):4-14.
2. Mazmanian SK, Liu CH, Tzianabos AO, Kasper DL. An immunomodulatory molecule of symbiotic bacteria directs maturation of the host immune system. *Cell* 2005; 122:107-18.
3. Atarashi K, Tanoue T, Shima T, Imaoka A, Kuwahara T, Momose Y, et al. Induction of colonic regulatory T cells by indigenous *Clostridium* species. *Science* 2011;331:337-41.
4. Ebringer A, Rashid T, Wilson C. Rheumatoid arthritis, Proteus, anti-CCP antibodies and Karl Popper. *Autoimmun Rev* 2010; 9:216-223.
5. Vahtovuori J, Munukka E, Korkeamäki M, Luukkainen R, Toivanen P. Fecal microbiota in early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2008; 35:1500-5.
6. Scher JU, Szcesnak A, Longman RS, Segata N, Ubeda C, Bielski C, Rostron T, Cerundolo V, Pamer EG, Abramson SB, Huttenhower C, Littman DR. Expansion of intestinal *Prevotellacopri* correlates with enhanced susceptibility to arthritis. *Elife*. 2013 Nov 5;2:e01202.
7. Gregg J, Silverman J, Lelise Getu, Haitao Niu et al. Does Dysbiosis within the Intestinal Microbiome Contribute to SLE Pathogenesis? ABSTRACT NUMBER: 2077. 2015 ACR/ARHP Annual Meeting
8. Elizabeth R. Volkman, Yu-Ling Chang, Nashla Barroso et al. Integrative Analysis of the Colonic Microbiota in Systemic Sclerosis. ABSTRACT NUMBER: 3129. 2015 ACR/ARHP Annual Meeting
9. Mark Asquith, Patrick Stauffer, Sean Davin et al. HLA-B27 Expression Profoundly Shapes the Host-Microbiota Metabolome. ABSTRACT NUMBER: 2097. 2015 ACR/ARHP Annual Meeting

Nadwrażliwość na leki z grupy niesterydowych leków przeciwzapalnych

Joanna Makowska, Olga Brzezińska-Pawłowska

Klinika Reumatologii w Łodzi

Leki z grupy niesterydowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) należą do jednych z najczęściej stosowanych preparatów, zwłaszcza przez osoby z dolegliwościami ze strony układu mięśniowego. NLPZ stanowią w Polsce główną przyczynę reakcji nadwrażliwości (dane własne), rozróżnienie poszczególnych jej typów jest kluczowe w praktyce każdego lekarza, ponieważ pozwala uniknąć kolejnych epizodów w przyszłości oraz umożliwia zaproponowanie pacjentowi bezpiecznej alternatywy.

Wg klasyfikacji WHO niepożądaną reakcją polekową (*adverse drug reaction*) nazywamy każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego, występujące po jego podaniu w dawce zalecanej u ludzi w celach profilaktycznych, leczniczych lub diagnostycznych. Wyróżniamy 2 rodzaje reakcji niepożądanych:

Reakcje typu A – możliwe do przewidzenia wynikające z farmakologicznego działania leku, najczęściej zależne od dawki występujące u większości osób

przyjmujących preparat (zapalenie błony śluzowej żołądka po leczeniu NLPZ, pogorszenie funkcji nerek).

Reakcje typu B - są nieprzewidywalne - nie zależą od własności farmakologicznych lub farmakokinetycznych leku i występują tylko u osób podatnych, reakcje te są inaczej nazywane reakcjami **nadwrażliwości**. Mogą być one zapoczątkowane przez swoiste rozpoznanie cząsteczki leku (antygeny), nazywamy je wtedy **reakcjami alergicznymi**, lub też wywołane innymi mechanizmami – mówimy wtedy o **nadwrażliwości niealergicznnej**. Znakomita większość reakcji po NLPZ ma charakter reakcji nieimmunologicznych.

Poniższy artykuł podsumowuje ostatnią klasyfikację reakcji nadwrażliwości na NLPZ zaproponowaną przez grupę roboczą Europejskiej Akademii Alergii i Immunologii Klinicznej (EAACI), w której pracach uczestniczyli również naukowcy z Polski.

Klasyfikacja nie jest jak by się mogło wydawać sztuką dla sztuki, ale pozwala na

celne wskazanie pacjentowi bezpiecznych leków alternatywnych lub wykonanie skutecznej desensytyzacji (wytwarzania tolerancji).

Tabela 1 przedstawia poszczególne typy reakcji.

Reakcje nadwrażliwości na NLPZ możemy podzielić na 2 główne grupy: reakcje krzyżowo - reaktywne (w tym przypadku po wystąpieniu nadwrażliwości pacjent nie toleruje leków mających właściwość hamowania cyklooksygenazy-1, czyli tak naprawdę 80% NLPZ) oraz reakcje nadwrażliwości na pojedyncze leki (w tym przypadku pojawia się ona po stosowaniu konkretnego leku np. diklofenaku, a inne substancje z grupy NLPZ są dobrze tolerowane). Ponieważ zdecydowana większość reakcji należy do typu pierwszego bezpieczniej jest w sytuacji braku ostatecznej diagnozy alergologa przyjąć, że chory nie będzie tolerował żadnego z preparatów działających w mechanizmie hamowania COX-1 (tabela 2 przedstawia podział leków ze względu na siłę hamowania COX-1 i COX-2).

Do reakcji nadwrażliwości krzyżowej zaliczamy 3 postacie kliniczne:

1) tzw. chorobę dróg oddechowych zaostrzaną przez NLPZ

2) chorobę skóry zaostrzaną przez NLPZ

3) pokrzywkę/obrzęk naczyń i naczyń ruchomych zaostrzany przez NLPZ-y.

Choroba dróg oddechowych zaostrzana przez NLPZ dawniej nazywana była również astmą aspirynową, triadą aspirynową lub astmą z nadwrażliwością na aspirynę. Postać ta występuje u osób z przewlekłą chorobą dróg oddechowych - astmą oskrzelową i/lub przewlekłym zapaleniem zatok często powikłanym polipami nosa. U pacjentów po kilkunastu minutach do 3 godzin od przyjęcia leku z grupy NLPZ hamującego COX-1 pojawia się nasilony wyciek z nosa, kichanie, duszność ze świstami, kaszel z towarzyszącym spadkiem parametrów wentylacyjnych. Rzadko objawom oskrzelowym towarzyszą dolegliwości ze strony układu pokarmowego i zmiany skórne. Według danych uzyskanych z wieloośrodkowego badania, ten typ nadwrażliwości występuje w Polsce dwukrotnie częściej niż w innych krajach Europy, a reakcje oskrzelowe po przyjęciu NLPZ zgłasza aż 4% populacji ogólnej. W przypadku nadwrażliwości tego typu leczenie jest tożsame z postępowaniem w napadzie astmy, należy podawać beta-2-mimetyki najlepiej w nebulizacji i glikokortykosterydy ogólnoustrojowe, można stosować także leki antycholinergiczne. Należy pamiętać, że obturacja po przyjęciu NLPZ jest trudno odwracalna i często aby opanować ostry stan należy kilkakrotnie powtarzać nebulizacje z leków rozkurczających oskrzela. Ponieważ jest to nadwrażliwość nieimmunologiczna do jej diagnostyki nie można wykorzystać testów skórnych, nieprzydatne są również oznaczenia przeciwciał klasy IgE przeciwleukowych. Jediną metodą potwierdzenia reakcji nadwrażliwości jest próba prowokacji

wykonywana w doświadczonym ośrodku alergologicznym. Postępowanie u pacjenta z tym typem nadwrażliwości obejmuje wydanie informacji dotyczących leków bezpiecznych. Zdecydowana większość pacjentów dobrze toleruje leki hamujące wybiórczo COX-2 (celekoksyb), preferencyjne inhibitory COX-2 (meloksikam i nimesulid) oraz paracetamol. Przed podaniem ww. preparatów należy wykonać u chorego doustny test tolerancji. W przypadku jeżeli konieczne jest przewlekłe stosowanie leku hamującego COX-1 np. aspiryna w zespole antyfosfolipidowym możliwe jest wytworzenie tolerancji na drodze desensytyzacji. Niestety uzyskany stan tolerancji jest przejściowy i można go jedynie podtrzymać poprzez codzienne podawanie leku.

Choroba skóry zaostrzana przez NLPZ.

Szacuje się, że u 30% pacjentów z przewlekłą idiopatyczną pokrzywką podanie leku hamującego COX-1 spowoduje wystąpienie wysypu pokrzywki i/lub obrzęku naczynioruchowego. Reakcja ta ma charakter reakcji krzyżowej, czyli po jej wystąpieniu pacjent nie będzie tolerował żadnych leków hamujących COX-1, ale zazwyczaj będzie mógł przyjmować selektywne i preferencyjne inhibitory COX-2. Przed podaniem ww. leków również należy wykonać doustny test tolerancji. U pacjentów z przewlekłą pokrzywką i nadwrażliwością na NLPZ powodzenie desensytyzacji jest wątpliwe.

Pokrzywka i obrzęk wywołane przez NLPZ

- oba powyższe objawy jako wyraz reakcji

nadwrażliwości mogą pojawiać się również u pacjentów bez przewlekłej choroby skóry lub dróg oddechowych. Osoby takie nie tolerują większości leków hamujących COX-1 możliwe jest jednak uzyskanie u nich tolerancji na drodze desensytyzacji.

Pozostałe 2 typy reakcji nadwrażliwości wywołane są mechanizmami immunologicznymi

Pokrzywka/obrzęk

naczynioruchowy/anafilaksja wywołane

przyjęciem pojedynczego NLPZ. Leki z grupy NLPZ mogą wywoływać również klasyczne reakcje nadwrażliwości typu natychmiastowego z wytworzeniem swoistych przeciwciał w klasie IgE. W Polsce tego typu reakcje najczęściej spotyka się po przyjęciu leków z grupy pyrazolonów (Pyralgina czy wycofany już z użytku Gardan). Pacjent uczuła się na substancje zawierające w swojej strukturze wspólny pierścień występujący we wszystkich lekach z grupy pyrazolonów, będzie więc dobrze tolerował wszystkie leki o innej budowie chemicznej np. ibuprofen, ketoprofen czy aspirynę.

Przebieg reakcji jest zwykle bardzo gwałtowny, przy podaniu dożylnym mogą to być nawet sekundy lub minuty od początku podania. Pacjent rozwija szybko narastające objawy anafilaksji takie jak świąd skóry, pokrzywka, obrzęk, duszność, świsty, kaszel, wyciek z nosa, bóle brzucha, nudności aż do spadku ciśnienia i pełnego wstrząsu anafilaktycznego. Lekiem z wyboru w reakcji anafilaktycznej jest adrenalina podana domięśniowo. W diagnostyce reakcji tego typu można

wykorzystać testy skórne, należy jednak pamiętać o dużej ostrożności w trakcie ich wykonywania ponieważ może dojść do rozwoju ogólnoustrojowej reakcji. Testy z lekiem powinny być wykonywane tylko w wyspecjalizowanych ośrodkach z zabezpieczeniem anestezyjologicznym. Również w przypadku reakcji tego typu należy udowodnić bezpieczeństwo innych NLPZ za pomocą testu tolerancji, pacjent powinien otrzymać listę leków bezpiecznych i źle tolerowanych.

Reakcje typu opóźnionego wywołane przez NLPZ. Pojedyncze NLPZ mogą wywołać również reakcje w mechanizmie typu IV wg Gella Coombsa, gdzie antygeny rozpoznawane są przez swoiście uczulone limfocyty T. Reakcje typu opóźnionego mają różną manifestację kliniczną od zmian skórnych: np. wysypki plamisto-grudkowe, rumień trwały, poprzez ciężką, zagrażającą życiu toksyczną nekrolizę naskórka i zespół Stevensa-Johnsona (np. po pyrazolonach czy piroksikamie) aż do uszkodzenia narządów (zapalenie płuc i nerek polekowe). W tym przypadku diagnostyka obejmuje płatkowe testy skórne i testy śródskórne z opóźnionym odczytem. Reakcje tego typu wywołane są przez pojedynczy lek i NLPZ o innej budowie chemicznej są zazwyczaj dobrze tolerowane. Wykonywanie testów prowokacyjnych u pacjentów z ciężkimi reakcjami skórnymi i zajęciem narządów jest przeciwwskazane.

Jak więc praktycznie podejść do pacjenta, który zgłasza, że jest „uczulony” na leki przeciwbólowe/przeciwzapalne?

Podstawą jest dobrze zebrany, dokładny wywiad.

Po pierwsze zapytaj o czas, który upłynął pomiędzy przyjęciem leku a wystąpieniem reakcji. W przypadku reakcji typu alergicznego/natychmiastowych objawy pojawiają się w ciągu kilku minut po podaniu leku, w przypadku postaci krzyżowo-reaktywnych rozwijają się zazwyczaj w ciągu pierwszej godziny od przyjęcia preparatu, wyjątkiem są reakcje pokrzywkowo-obrzękowe, które mogą ujawnić się dopiero po kilku godzinach.

Jeżeli objawy pojawiły się po czasie dłuższym niż 24h najprawdopodobniej mamy do czynienia z reakcją typu opóźnionego.

Niezwykle istotna w diagnostyce jest również wiedza na temat prezentowanych przez pacjenta objawów oraz chorób współistniejących, zwłaszcza alergicznych jak np. astma, przewlekłe zapalenie zatok, polipy, przewlekła pokrzywka. Pamiętać należy, że u takich pacjentów najczęściej będziemy mieli do czynienia z postacią krzyżowo-reaktywną i nadwrażliwością na wszystkie NLPZ-ty hamujące COX-1.

Dobra tolerancja leków hamujących COX-1 (np. aspiryny, diklofenaku, ketoprofenu) po wystąpieniu reakcji na np. pyrazolon sugeruje, że miała ona charakter reakcji na pojedynczy NLPZ. Przed zastosowaniem leków hamujących COX-1 trzeba dla bezpieczeństwa potwierdzić ich tolerancję w próbie prowokacyjnej. Niestety wywiad w reakcjach nadwrażliwości na leki ma niską wartość predykcyjną.

Jeżeli pacjent w wywiadzie ma jedynie reakcję po pojedynczym leku i nie posiadamy danych na temat tolerancji innych NLPZ zawsze bezpieczniej założyć, że może należeć do grupy krzyżowo reaktywnej i nie podawać mu żadnych leków hamujących COX-1 aż do czasu postawienia diagnozy przez alergologa.

W praktyce klinicznej najczęściej spotykamy się z reakcjami krzyżowo-reaktywnymi do których diagnostyki wykorzystujemy próbę prowokacyjną z aspiryną. Próba prowokacyjna polega na podawaniu wzrastających dawek kwasu acetylosalicylowego (doustnie, donosowo lub wziewnie).

Chociaż ponad 80% pacjentów z nadwrażliwością typu krzyżowego toleruje leki hamujące COX-2 zawsze trzeba udowodnić ich bezpieczeństwo w teście tolerancji. Test tolerancji można wykonać podając 1/4, 1/2 i całą dawkę leku w odstępach 2-3 godzinnych, monitorując stan pacjenta (pojawiające się objawy, parametry spirometryczne lub pomiar szczytowego przepływu wydechowego za pomocą pikflometru). Po podaniu ostatniej dawki pacjent przez 3 godziny powinien pozostawać pod kontrolą lekarza.

W przypadku kiedy wskazanym jest przewlekłe podawanie leku wywołującego reakcję i nie można zastosować innego preparatu można rozważyć wywołanie tolerancji w procesie desensytyzacji. Lista ośrodków, które podejmują się diagnostyki i desensytyzacji na leki, w tym NLPZ-ty dostępna jest na stronie Polskiego

Towarzystwa Alergologicznego (www.pta.org).

Lekarz reumatolog nie ma odpowiednich narzędzi diagnostycznych aby w pełni poprowadzić diagnostykę nadwrażliwości na niesterydowe leki przeciwzapalne. Mając jednak wiedzę na temat podstawowych typów nadwrażliwości może wydać stosowne zalecenia i bezpiecznie leczyć pacjenta do czasu postawienia ostatecznej diagnozy przez alergologa.



Typ reakcji nadwrażliwości	Krzyżowa nadwrażliwość na leki hamujące COX-1	Czas od przyjęcia leku do wystąpienia reakcji	Obraz kliniczny	Choroba będąca podłożem nadwrażliwości
Choroba dróg oddechowych zaostrzana przez NLPZ	Tak	Reakcje ostre (rozwijają się od kilku minut do kilku godzin po przyjęciu leku)	Napad duszności obturacyjnej, kaszel świsty, wyciek z nosa, uczucie zatkania nosa	Astma oskrzelowa, przewlekły nieżyt nosa, często polipy nosa
Choroba skóry zaostrzana przez NLPZ	Tak	Reakcja ostra (rozwijają się od kilku minut do kilku godzin po przyjęciu leku)	Pokrzywki, obrzęki	Przewlekła pokrzywka
Pokrzywka/obrzęk wywołane przez NLPZ	Tak	Reakcja ostra (rozwijają się od kilku minut do kilku godzin po przyjęciu leku)	Pokrzywki, obrzęki	-
Pokrzywka/obrzęk/anafilaksja wywołane przez pojedynczy NLPZ	Nie (reakcja po pojedynczym leku ew nadwrażliwość na leki o podobnej budowie chemicznej)	Reakcja ostra (nawet kilkanaście sekund od początku podawania iv)	Pokrzywka/obrzęk /anafilaksja	Atopia, alergia pokarmowa, alergia na leki
Reakcje typu opóźnionego wywołane przez pojedynczy NLPZ	Nie (reakcja po pojedynczym leku ew nadwrażliwość na leki o podobnej budowie chemicznej)	Reakcje opóźnione	Rumień trwały, zespół Stevens/Johnsona , TEN, wysypki plamisto grudkowe, reakcje fotoalergiczne, zapalenie opon mózgowych, zapalenie nerek	Zwykle brak

Tabela 1. Charakterystyka reakcji nadwrażliwości.



Tabela 2. Podział leków ze względu na właściwości hamowania cyklooksygenazy 1 i 2

(* niedostępne w Polsce)

Grupa leków	nazwy rodzajowe
słabe inhibitory COX-1	paracetamol
	salicylamid
	benzydamina
	salicylan choliny
preferencyjne inhibitory COX-2	nimesulid (Aulin, Minesulin, Nimesil)
	meloxicam (Aglan, Aspicam, Meloksam, Movalis)
wysoce selektywne inhibitory COX-2 (koksyby)	celecoxib (Celebrex)
	rofecoxib*
	valdecoxib*
	etoricoxib*
	parecoxib*
	lumiracoxib*
Inhibitory COX-1	Kwas acetylosalicylowy
	Indometacyna
	Ibuprofen
	Diclofenac
	Ketoprofen
	Naproksen
	Deksketoprofen
	Propyfenazon
	Metamizol
	Fenylbutazon

Piśmiennictwo:

1. Kowalski ML, Asero R, Bavbek S, Blanca M, Blanca-Lopez N, Bochenek G, Brockow K, Campo P, Celik G, Cernadas J, Cortellini G, Gomes E, Nizankowska-Mogilnicka E, Romano A, Szczeklik A, Testi S, Torres MJ, Wohrl S, Makowska J. Classification and practical approach to the diagnosis and management of hypersensitivity to nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Allergy* 2013;68:1219-32.
2. Stevenson DD, Kowalski ML. An epidemic of over diagnosing drug allergies. *Allergy Asthma Proc* 2014;35:92-4.

3. Kowalski ML, Makowska JS, Blanca M, Bavbek S, Bochenek G, Bousquet J, Bousquet P, Celik G, Demoly P, Gomes ER, Nizankowska-Mogilnicka E, Romano A, Sanchez-Borges M, Sanz M, Torres MJ, De Weck A, Szczeklik A, Brockow K. Hypersensitivity to nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) - classification, diagnosis and management: review of the EAACI/ENDA(#) and GA2LEN/HANNA*. *Allergy* 2011;66:818-29.
4. Kowalski ML, Makowska JS. Seven steps to the diagnosis of NSAIDs hypersensitivity: how to apply a new classification in real practice? *Allergy Asthma Immunol Res.* 2015 Jul;7(4):312-20.
5. Makowska J, Lewandowska-Polak A, Kowalski ML. Hypersensitivity to Aspirin and other NSAIDs: Diagnostic Approach in Patients with Chronic Rhinosinusitis. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2015 Aug;15(8):47.
6. Szczeklik A, Nizankowska E, Duplaga M. Natural history of aspirin-induced asthma. AIANE Investigators. European Network on Aspirin-Induced Asthma. *Eur Respir J* 2000;16:432-6.
7. Senna G, Bilo MB, Antonicelli L, Schiappoli M, Crivellaro MA, Bonadonna P, Dama AR. Tolerability of three selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors, meloxicam, celecoxib and rofecoxib in NSAID-sensitive patients. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2004;36:215-8.
8. Quiralte J, Delgado J, Saenz de San Pedro B, Lopez-Pascual E, Nieto MA, Ortega N, Florido JF, Conde J. Safety of the new selective cyclooxygenase type 2 inhibitors rofecoxib and celecoxib in patients with anaphylactoid reactions to nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004;93:360-4
9. Szczeklik A, Nizankowska-Mogilnicka E, Sanak M. Hypersensitivity to aspirin and other NSAIDs. W: *Allergy and Allergic Diseases 2nd Edition*. Eds: A.B.Kay, Jean Bousquet, Pat Holt, Allen Kaplan. Wiley-Blackwell 2008.
10. Dona I, Blanca-Lopez N, Cornejo-Garcia JA, Torres MJ, Laguna JJ, Fernandez J, Rosado A, Rondon C, Campo P, Agundez JA, Blanca M, Canto G. Characteristics of subjects experiencing hypersensitivity to non-steroidal anti-inflammatory drugs: patterns of response. *ClinExp Allergy* 2011;41:86-95.
11. Dona I, Blanca-Lopez N, Jagemann LR, Torres MJ, Rondon C, Campo P, Gomez AI, Fernandez J, Laguna JJ, Rosado A, Blanca M, Canto G. Response to a selective COX-2 inhibitor in patients with urticaria/angioedema induced by nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Allergy* 2011;66:1428-33.
12. Kowalski ML, Bienkiewicz B, Woszczyk G, Iwaszkiewicz J, Poniatowska M. Diagnosis of pyrazolone drug sensitivity: clinical history versus skin testing and in vitro testing. *Allergy Asthma Proc* 1999;20:347-52.
13. Ward KE, Archambault R, Mersfelder TL. Severe adverse skin reactions to nonsteroidal antiinflammatory drugs: A review of the literature. *Am J Health Syst Pharm* 2010;67:206-13.
14. Mockenhaupt M, Kelly JP, Kaufman D, Stern RS. The risk of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs: a multinational perspective. *J Rheumatol* 2003;30:2234-40.
15. Sidoroff A, Dunant A, Viboud C, Halevy S, Bavinck JN, Naldi L, Mockenhaupt M, Fagot JP, Roujeau JC. Risk factors for acute generalized exanthematouspustulosis (AGEP)-results of a multinational case-control study (EuroSCAR). *Br J Dermatol* 2007;157:989-96.
16. Nizankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Mastalerz L, Swierczynska M, Picado C, Scadding G, Kowalski ML, Setkowicz M, Ring J, Brockow K, Bachert C, Wohrl S, Dahlen B, Szczeklik A. EAACI/GA2LEN guideline: aspirin provocation tests for diagnosis of aspirin hypersensitivity. *Allergy* 2007;62:1111-8.
17. Macy E, Bernstein JA, Castells MC, Gawchik SM, Lee TH, Settipane RA, Simon RA, Wald J, Woessner KM. Aspirin challenge and desensitization for aspirin-exacerbated respiratory disease: a practice paper. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007;98:172-4.



Staż naukowy w Barcelonie? Czemu nie?

Ewa Haładyj

**Klinika Układowych Chorób
Tkanki Łącznej Instytutu
Reumatologii w Warszawie**



Nazywam się Ewa Haładyj, mam 32 lata i na co dzień pracuję w Klinice Układowych Chorób Tkanki Łącznej Instytutu Reumatologii w Warszawie. Ukończyłam specjalizację z chorób wewnętrznych i jestem w trakcie specjalizacji z reumatologii, którą odbywam wg nowego trybu. Chciałabym się podzielić z Wami moim wielkim tegorocznym wyzwaniem - wyjazdem na staż naukowy do Kliniki Chorób Autoimmunologicznych Szpitala Uniwersyteckiego w Barcelonie.

Klinika Chorób Autoimmunologicznych Szpitala Uniwersyteckiego w Barcelonie to wiodący ośrodek kliniczny zajmujący się chorobami tkanki łącznej. Do Kliniki pacjenci przyjmowani są w trybie stacjonarnym, jednodniowym oraz w ambulatorium. Pobyty stacjonarne to głównie diagnostyka i leczenie ciężkich zaostrzeń chorób układowych (tylko 4 łóżka). W systemie jednodniowym prowadzone są wizyty diagnostyczne (pobrania krwi, biopsje skórne, mięśniowe, śluzówkowe i nerwów, kapilaroskopia) i kontrolne oraz podawane są leki (biologiczne, metylprednizolon, cyklofosfamid, gammaglobuliny etc). W ramach

ambulatorium stworzone są poradnie dla ciężarnych, dla chorych z zaburzeniami krzepnięcia, z zapaleniem naczyń oka czy zmianami skórnymi towarzyszącymi chorobom tkanki łącznej. Ponadto dla krajów latynoamerykańskich Klinika świadczy usługi telemedyczne. Działalność edukacyjna obejmuje zajęcia dla studentów medycyny, doktorantów i w ramach studiów podyplomowych, organizowane są różnorodne szkolenia, np. Lupus Academy oraz wydawane są materiały edukacyjne. Międzynarodowe inicjatywy badawcze takie, jak European Working Party on Systemic Lupus Erythematosus, European Forum on Antiphospholipid Antibodies, European Vasculitis Study Group (EUVAS) czy Group of Study of Systemic Autoimmune Diseases (GEAS) rozpoczęły swoje działanie właśnie w tej Klinice. Cztery główne obszary badawcze Kliniki to: toczeń rumieniowaty układowy i zespół antyfosfolipidowy, zespół Sjögrena, autoimmunologiczne manifestacje zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C i terapie biologiczne; układowe zapalenia naczyń oraz autoimmunologiczne choroby oczu.

Kierownik Kliniki - Prof. Richard Cervera zaprezentował ponad 200 wykładów na zaproszenie i opublikował ponad 700 prac naukowych (Index Hirscha: 61), w tym oryginalnych artykułów w *The Lancet*, *Arthritis and Rheumatism*, *American Journal of Medicine* and *Medicine (Baltimore)*. Jest współredaktorem ponad 20 książek i członkiem Komitetu Redakcyjnego w 10 międzynarodowych czasopismach medycznych, w tym Redaktorem naczelnym czasopisma naukowego "Autoimmune Diseases". Prof. Cervera jest koordynatorem European Forum on HYPERLINK "<http://www.med.ub.es/MIMMUN/FORUM/INDEX.HTM>" AntiphospholipidHYPERLINK "<http://www.med.ub.es/MIMMUN/FORUM/INDEX.HTM>" Antibodies oraz European Working Party on Systemic Lupus HYPERLINK "<http://www.med.ub.es/MIMMUN/EWPSLE/EUROLUPU.HTM>" Erythematosus.

Pierwszy raz o możliwości stażu usłyszałam na krótko przed ukończeniem rezydentury z chorób wewnętrznych, w grudniu 2013 roku. Wtedy Prof. Richard Cervera gościł w Instytucie Reumatologii w Warszawie z wykładem nt. toczenia rumieniowatego układuowego. Podczas rozmów z Prof. Marzeną Olesińską, Kierownikiem mojej Kliniki, Prof. Cervera zachęcał do stażu naukowego w jego ośrodku. Ponieważ profil naukowy Kliniki w Barcelonie pokrywa się z moimi zainteresowaniami otrzymałam propozycje wyjazdu na ten staż na 3 miesiące.

Miałam wtedy perspektywę nauki do egzaminu specjalizacyjnego z chorób wewnętrznych i tym samym starania o wyjazd rozpoczęłam niemal rok później. Ale od razu wiedziałam, że zrobię wszystko, żeby nie zmarnować takiej wspaniałej okazji. Skontaktowałam się mailowo z Prof. Cerverą i przedstawiłam swoje CV. Po zapoznaniu się z moimi dotychczasowymi działaniami naukowymi i projektem pracy doktorskiej Prof.

Cervera zaproponował, aby staż obejmował także studia podyplomowe z chorób autoimmunologicznych - Master Course on Autoimmune Diseases. Program studiów obejmuje patogenezę, obraz kliniczny i leczenie szerokopojętych chorób autoimmunologicznych - poza reumatologicznymi także chorób oczu, skóry czy neurologicznych. Zadaniem tych studiów jest dostarczenie komplementarnej wiedzy o chorobach autoimmunologicznych użytecznej w codziennej praktyce klinicznej i naukowej absolwentów. Studia składają się z modułu wspólnego z patofizjologii chorób autoimmunologicznych i metodologii prowadzenia badań naukowych, wykładów i praktyk klinicznych. Podsumowaniem całości będzie praca dyplomowa pisana na podstawie badań przeprowadzonych w moim macierzystym ośrodku oraz w Klinice w Barcelonie. Na studia przyjmowanych jest co roku 20 osób, kwalifikacja odbywa się co roku we wrześniu przez stronę internetową Uniwersytetu. Studia odbywają się w języku angielskim, hiszpańskim i katalońskim. Podstawowym wymogiem jest posiadanie specjalizacji - wystarczy specjalizacja z chorób wewnętrznych.

Po uzyskaniu zgody na wyjazd od Kierownika Kliniki i Dyrekcji Instytutu Reumatologii rozpoczęłam starania o uzyskanie finansowania tego pobytu. Po otrzymaniu oficjalnego zaproszenia i zatwierdzeniu przez Prof. Cerverę planu stażu aplikowałam o Scientific training bursary EULAR – postępowалаm zgodnie z instrukcją na stronie internetowej. Uwierzcie mi - obecnie nie mam żadnego dorobku naukowego, tylko dobre chęci i byłam bardzo zaskoczona, że otrzymałam to stypendium. Myślę, że w sytuacji takich młodych reumatologów kluczowa jest ranga ośrodka, do jakiego się wybieramy - to jego Kierownik jest w oczach

komisji gwarantem wykonania założeń naukowych stażu.

Przede mną duże wyzwanie - nauka hiszpańskiego. Co prawda nie jest to konieczne - język angielski jest podstawą na wykładach, natomiast kontakt z pacjentami i innymi studentami byłby trudny bez chociażby podstawowej jego znajomości. Korzystając z portali społecznościowych i blogów o Barcelonie znalazłam pokój 20 minut piechotą od kampusu uniwersyteckiego. 27.09.2015 wylatuje do Barcelony i do tego czasu moja check-lista zdaje się nie mieć końca. Wizja spędzenia zimy nad Morzem Śródziemnym, w Barcelonie w charakterze studenta - bez dyżurów, dodatkowych godzin w poradni pozytywnie napędza.

Nie ukrywam też tych szarych stron - w zasadzie od egzaminu pracuje niemal bez urlopu, bo wyjazd realizuje w ramach swojego urlopu wypoczynkowego i potem bezpłatnego. Na szczęście w nowym programie specjalizacji z reumatologii jest 20-dniowy staż w ośrodku

wskazanym przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie reumatologii - co daje mi dodatkowych 20 dni.

Czy dam sobie radę? Czy dobrze wykorzystam ten czas? Jak się zaaklimatyzuje w zespole Kliniki i wśród studentów? I czy będę chciała wrócić? Opiszę to dla Was wiosną. A póki co – Adios!

Jeśli macie jakieś pytania – zapraszam email: ehaladyj@o2.pl

Więcej na temat możliwości wyjazdu:

Master course in Autoimmune Diseases

<http://www.ub.edu/medicina/masters/mmai/indexeng.htm>

Scientific training bursary EULAR

http://www.eular.org/edu_scientific_training_bursaries.cfm



Magdalena Marek

Wojewódzki Zespół Reumatologiczny Sopot
Kontakt:
magdalena.marek@googlemail.com



reumatyzmiciaza.pl to strona informacyjna dla młodych pacjentek z chorobami reumatycznymi dotycząca szeroko pojętego tematu ciąży. Na stronie można znaleźć wiele informacji na temat skutecznych i bezpiecznych w danej chorobie metod antykoncepcji, pacjentki mogą przeczytać, dlaczego tak ważne jest świadome przygotowanie do ciąży, czego mogą spodziewać się w trakcie jej trwania; zaostrenia choroby, czy wręcz przeciwnie złagodzenia dolegliwości. Zamieściliśmy również wiele informacji na temat stosowanych w reumatologii leków w kontekście ich wpływu na płód, czy możliwości stosowania podczas karmienia piersią.

Nazywam się Magdalena Marek jestem pomysłodawczynią i autorką strony. Pracuję na oddziale I-ym Wojewódzkiego Zespołu Reumatologicznego w Sopocie. Od około 2 lat zajmujemy się tematem

cięży w chorobach reumatycznych i szkolimy w tym zakresie, prowadzimy obecnie pracę badawczą na temat metod antykoncepcji wśród pacjentek z chorobami reumatycznymi.

Strona powstała przy wsparciu mojej ordynator Aleksandry Multan oraz dzięki pomocy zaprzyjaźnionego informatyka. Mamy wiele planów związanych z jej rozwojem, planujemy zamieścić wypowiedzi samych pacjentek dotyczące problemów jakie napotkały w trakcie ciąży i podczas opieki nad małym dzieckiem, komentarze i porady psychologa.

Uważam, że taka strona może być rzetelnym a zarazem łatwo dostępnym źródłem informacji dla naszych pacjentek. Jest wiele do zrobienia w tym temacie i jeżeli ktoś z Państwa czytający ten tekst chciałby nawiązać z nami współpracę, zachęcam bardzo serdecznie



Polish Spondyloarthritis Initiative

Łukasz Lubiński

Klinika Reumatologii Chorób Wewnętrznych

Wrocław



Konsorcjum naukowe Polish Spondyloarthritis Initiative, PolSPI, powstało w wyniku formalnej umowy o współpracy naukowej pomiędzy pięcioma Uniwersytetami w maju 2014 roku. Głównym celem Konsorcjum jest tworzenie bazy danych dotyczących pacjentów ze spondyloartropatiami. W ramach PolSPI gromadzone będą informacje o rozpoznaniu, objawach, aktywności choroby, leczeniu, wynikach badań laboratoryjnych i obrazowych. Zgromadzenie tych wszystkich danych w jednej platformie, będzie stanowić cenne źródło informacji na temat spondyloartropatii. Taka bogata baza danych, w przyszłości może posłużyć do badań i prac naukowych oraz poszerzenia aktualnej wiedzy na temat tej grupy chorób.



CZY CHORZY NA CHOROBY REUMATYCZNE POWINNI MIEĆ MOŻLIWOŚĆ KORZYSTANIA Z OPIEKI PALIATYWNEJ?

Izabela Bętkowska

Hospicjum Domowe Apostołów w
Wiśniowej Medikompleks Sp. z o.o;
NZOZ Remedium, Siepraw

dr Marcin Milchert

Klinika Reumatologii i Chorób
Wewnętrznych PUM, Szczecin



Choroby reumatyczne często prowadzą do trwałego uszkodzenia układu ruchu, którego nie da się już leczyć farmakologicznie np. lekami immunosupresyjnymi. W wielu wypadkach wysiłki lekarzy koncentrują się na walce z bólem i niesprawnością. Chorzy reumatyczni mogą doświadczać długiego i wieloobjawowego okresu umierania oraz nie być w stanie dojechać do poradni reumatologicznej.

Obecnie niestety osoby z chorobami reumatologicznymi **nie mogą być kwalifikowane** do opieki paliatywnej z powodu swojej choroby, ponieważ choroby reumatologiczne nie znajdują się w wykazie jednostek chorobowych kwalifikujących się do leczenia refundowanego w opiece paliatywnej zawartym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w

sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. W przypadku osób dorosłych jednostki chorobowe kwalifikujące obecnie do leczenia w opiece paliatywnej to:

1. B20–B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
2. C00–D48 Nowotwory
3. G09 Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
4. G10–G13 Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
5. I42–I43 Kardiomiopatia
6. J96 Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej

7. L89 Owrzodzenie odleżynowe

Postanowiliśmy zbadać skalę problemu i umożliwić starania o zmianę tej sytuacji. zebraliśmy opinie 64 specjalistów reumatologii, przeprowadzając badanie metodą ustrukturyzowanego kwestionariusza dostępnego online.

<https://docs.google.com/forms/d/1F4uaEI9XfdmHbmlav7zraxWriB82jfwUG5NNVYa dxl/viewform>

W badaniu wzięli aktywny udział członkowie Sekcji Młodych Reumatologów Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Za ostateczny kształt pracy odpowiedzialni byli lek. Izabela Bętkowska, dr Michał Chojnicki, dr Ewa Deskur Śmielecka, dr Michał Graczyk, mgr Agnieszka Karpowicz, lek. Zofia Malec, dr Marcin Milchert, lek. Małgorzata Kulis, dr Jolanta Życzkowska, wraz z zespołem lekarzy i psychologa.

97% ankietowanych zgłaszało potrzebę opieki paliatywnej u pacjentów z chorobami reumatycznymi, zwłaszcza reumatoidalnym zapaleniem stawów, twardziną układową, toczeniem rumieniowatym układowym.

Jakie dodatkowe metody leczenia może zaproponować lekarz opieki paliatywnej?

Opieka paliatywna to praca zespołowa zorientowana na holistyczne podejście do pacjenta, na którą prócz opieki lekarskiej i pielęgniarskiej składa się opieka

psychologiczna, kontakty z pracownikami opieki socjalnej, rehabilitacja w okresie terminalnym choroby pacjenta. Działania te są nakierowane na realne cele i tak np. rehabilitacja nie ma na celu przywrócenia pełnej sprawności chorego, bo jest to po prostu niemożliwe. W takim przypadku chodzi o utrzymanie sprawności, poprawę w realizowaniu codziennych czynności chorego w ostatnim okresie jego życia. Bardzo ważne jest adekwatne leczenie przeciwbólowe, także z wykorzystaniem silnych opioidów, oraz zwalczanie innych dokuczliwych objawów, takich jak duszność i lęk. Niezwykle istotna jest również pielęgnacja, którą stanowi m. in. podawanie leków, opatrywanie ran powstałych wskutek tworzącej się martwicy, owrzodzeń czy też odleżyn.

Proponujemy rozszerzenie listy schorzeń kwalifikujących do opieki paliatywnej o choroby reumatyczne. Zespoły hospicjum domowego mogłyby wtedy obejmować opieką osoby umierające z powodu choroby reumatologicznej i poprawić jakość ostatnich tygodni ich życia.

Pełny tekst pracy *The Need of Palliative Care for Patients with Rheumatic Diseases - Opinion of Rheumatologists* został zaprezentowany podczas kongresu- 14th European Association of Palliative Care (EAPC) World Congress, w Kopenhadze oraz dostępny jest na stronie- <https://www.facebook.com/groups/mlodzireumatolodzy/?fref=ts>





**Sekcja Młodych Reumatologów
Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego
reprezentuje środowisko reumatologów <45 r.ż.**

**Zapraszamy Wszystkich, którzy:
chcą doskonalić swoje umiejętności kliniczne
chcą rozwijać się naukowo
mają podobne potrzeby**

Formularz zgłoszeniowy na stronie PTR w sekcji młodych



**Zapraszamy do nadsyłania abstraktów na sesje
naukowe Młodych Reumatologów w 2016 roku:**

- w Kołobrzegu- Szczecińsko-Poznańskie Spotkania Reumatologiczne <http://www.pum.edu.pl/reum> oraz
- we Wrocławiu- VI Krajowe Spotkania Reumatologiczne, <http://www.mp.pl/zjazdy/szkolenia/show.html?id=1117>



WESOŁYCH, SPOKOJNYCH ŚWIĄT BOŻEGO NARODZENIA

ORAZ

SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO ROKU

ŻYCZY

GRUPA ROBOCZA SEKCJI MŁODYCH REUMATOLOGÓW

