

Meandry reumatologii

Meanders of rheumatology

Krystyna Bernacka

Słowa kluczowe: meandry, historia reumatologii, choroby reumatyczne.

Key words: meanders, history of rheumatology, rheumatic diseases.

Streszczenie

W artykule przedstawiono meandry reumatologii jako pojęcie topograficzne w historii poznawania procesów reumatycznych. Większość chorób reumatoidalnych należy bowiem do chorób tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, których przyczynę powstawania nadal bardzo trudno określić.

Meander jest pojęciem topograficznym, które określa kręty przebieg koryta rzeki, tworzący zakręty, pętle i nawroty. Meander tworzy się zwykle tam, gdzie rzeka ma mały spadek oraz słaby nurt [1]. Analogicznie powstają zakola reumatologii, jednej z najmłodszych dyscyplin medycyny wewnętrznej. Nawet ustalenie jej definicji przysparzało na przestrzeni wieków wielu problemów lekarzom, studentom i reszcie społeczeństwa. Częściej zwraca się uwagę na to, czym reumatologia się zajmuje, niż na to, co obejmuje swoim zakresem. Ta sytuacja wynika z charakteru dolegliwości reumatycznych. Nie różnicuje się więc, jaka choroba wywołuje bóle stawów (zarówno samego stawu, jak i więzadeł, ścięgien oraz mięśni do niego przyległych), zapalenie stawów, zaczerwienienie czy inne zmiany skórne w okolicach stawów [2].

Dolegliwości te niekiedy nie dominują w złym samopoczuciu, natomiast długo utrzymujący się, przewlekły stan zapalny powoduje choroby innych narządów, zwłaszcza serca, nerek i układu nerwowego. Z tego powodu lekarze reumatolodzy są specjalistami zajmującymi się schorzeniami tkanki łącznej, leczą skutki przewlekłego stanu zapalnego oraz powikłania z nim związane. Większość chorób ma podłoże immunologiczne, a jak wiadomo, przyczynę powstawania chorób z autoagresji jest bardzo trudno okre-

Summary

This article presents rheumatology meanders as a topographic concept in the history of learning about rheumatic processes. The majority of rheumatic diseases are diseases of the connective tissue with an autoimmune basis, whose cause is still very difficult to determine.

ślić. Jeśli jednak chcielibyśmy się pokusić o wyszczególnienie głównej zapalnej choroby reumatycznej, byłoby to na pewno reumatoidalne zapalenie stawów.

Meandry historii reumatologii

Trzeba sięgnąć do historii, by zrozumieć meandry klasyfikacji chorób reumatycznych. Pojęcie reumatyzmu ma długą historię. Postulowano się nim przez setki lat, najczęściej w odniesieniu do objawów stawowych towarzyszących gorączce reumatycznej, chorobie zwyrodnieniowej czy dnie moczanowej, aż nauczono się odróżniać poszczególne choroby reumatyczne na podstawie ich cech patogenetycznych i klinicznych, co zaowocowało nadaniem im z czasem nazw własnych [3].

Historia chorób reumatycznych sięga mezozoiku, co potwierdzają znaleziska paleontologiczne. Znalezione z tego okresu kęgowość dinozaurów nosiły już znamiona zmian zwyrodnieniowych. Po trzecim zlodowaczeniu, kiedy na skutek zmian atmosferycznych pojawiły się choroby kości i stawów, zapalenie i zakażenia (gruźlica, kiła), medycyna *homo sapiens* opierała się na terapii, której główną zasadą było oddzielenie elementu obcego – jako wyniku działania demonów, zepsutych soków ustrojowych

Adress for correspondence:

prof. dr hab. n. med. Krystyna Bernacka, ul. Ciepła 7 m. 14, 15-472 Białystok

Praca wpłynęła: 20.01.2013 r.

albo innych szkodliwych substancji – od narządów ciała [4]. Upuszczano więc krew, prowokowano wymioty, sztucznie wywoływano przekrwienie, sińce czy pęcherze. Często był stosowany medyczny zabieg leczniczy polegający na termicznym lub chemicznym koagulowaniu żywej, patologicznie zmienionej tkanki, zwany przyżeganiem lub kauteryzacją [4].

Pojęcie reumatyzmu ukształtowało się dopiero w starożytności (gr. *rheumatismos* – chorobliwy wyciek). Genezę wszystkich przypadłości, którym towarzyszyły zjawiska kataralne, w tym dny moczanowej, tłumaczono „napływem zimnego śluzu do stawów” z mózgu do członków ciała. Wszelkie formy zapalenia stawów postrzegano jako „choroby ogólne” z zakłóconym składem płynów ustrojowych, a ojciec medycyny Hipokrates nazwał te choroby „zapaleniem stawów” [3]. Hipokrates odróżniał nawet zapalenie stawu śródstopno-paliczkowego palucha o ostrym przebiegu od obrazu chorobowego ostrego reumatyzmu z towarzyszącą gorączką [3].

Autorem samego terminu „reumatyzm” był prawdopodobnie rzymski lekarz Galen¹, który stał na straży poglądu, że schorzenia te powstawały w wyniku przewagi w organizmie którejś z cieczy ustrojowych: krwi, śluzu, żółtej bądź czarnej żółci. I chociaż już on zauważył różnicę między przewlekłym zapaleniem wielostawowym a dną, to dopiero Cardanus z Pavii² oddzielił *morbus articularis* od podagry [3].

„Ucywilizowania” chorób reumatycznych, a więc usunięcia z nich pierwiastka magicznego i nadania im charakteru naukowego, podjął się żyjący na przełomie XV i XVI wieku Paracelsus von Hohenheim³, który uważał schorzenia stawowe i reumatyczne za „choroby tartaryczne” [3]. Do piekielnych boleści miał podobno prowadzić nadmiar szkodliwych produktów przemiany materii.

Klasyczny opis objawów ostrego schorzenia reumatycznego podał dopiero Guillaume de Baillou [3]. Można powiedzieć, że to właśnie wtedy, pod koniec XVI wieku, ukształtował się termin „reumatyzm” we współczesnym jego rozumieniu. Odtąd postrzegano go jako chorobę przewlekłą, która prowadziła do zniekształcającego zapalenia stawów.

W kolejnych wiekach następował dalszy rozwój wiedzy o chorobach reumatycznych. I tak, Thomasa Sydenhama⁴, który m.in. zróznicował dnę moczanową z ostrym reumatyzmem, ostre i przewlekłe dolegliwości reumatyczne oraz opisał płasawicę mniejszą, okrzyknięto „lekarzem o wiecznej stawie”. Następnie byli m.in. William Cullen⁵, który powiązał lumbago i ischias ze złamaniami w kręgosłupie, David Pitcairn i Edward Jenner⁶, którzy zauważyli, że wraz z ostrym reumatyzmem występuje równoczesne zapalenie wsierdzia, William Heberden⁷, który opisał guzkowe zgrubienia w okolicy drobnych stawów dalszych palców rąk. Do dziś aktualne są wyniki badań Jeana-Baptiste’a Bouillauda dotyczące reumatycznych chorób serca.

W XIX wieku zaczęto wiązać występowanie ognisk chorobowych w organizmie człowieka ze zmianami chemiczno-fizycznymi zachodzącymi w komórce. W ten sposób uznano reumatyzm za proces zapalny tkanki łącznej. Później, w wyniku rozwoju koncepcji bakteriologicznych, wielu badaczy doszło do wniosku, że być może choroba reumatyczna nie jest infekcyjna, ale stanowi następstwo przebytych infekcji. Przełomem w badaniach było odkrycie przez Karla Alberta Ludwiga Aschoffa⁸ guzków reumatoidalnych w mięśniu sercowym u chorych na gorączkę reumatyczną, a później – opisanie przez Fritza Klingego włókninowatego obrzęku substancji budulcowej włókien, a następnie formowania się ziarniaków.

W rozwój reumatologii duży wkład wniósł także polski badacz Kazimierz Stojalowski⁹, który udowodnił istnienie zależności między zmianami morfologicznymi w ostrym zapaleniu stawów a infekcją paciorkowcem β -hemolizującym.

Dopiero po dwóch tysiącach lat przyznano odrębność chorobom reumatycznym. Przeszły one z chorób ogólnych do wyznaczonej grupy dolegliwości stawowych. Obecnie termin „reumatyzm” ma znaczenie historyczne, a reumatologia jest odrębną dziedziną medycyny zajmującą się dziesiątkami sklasyfikowanych jednostek chorobowych.

Meandry klasyfikacji i diagnostyki

Dlaczego zatem przedmiotem rozważań są meandry, a więc, cytując za *Współczesnym słownikiem języka pol-*

¹Claudius Galenus (ok. 130–200 n.e.) – rzymski lekarz greckiego pochodzenia, opisał siedem nerwów czaszkowych, zastawki serca oraz różnice między tętnicami a żyłami.

²Włoski matematyk, astrolog i lekarz epoki renesansu, odkrywca redukcji równań czwartego stopnia do równań sześciennych (1501–1576).

³Lekarz i przyrodnik, zwany ojcem medycyny nowożytnej, rozpowszechnił ideę jatrochemii; uważa się go za ojca toksykologii, fitochemii i farmakognozji (1493–1541).

⁴Angielski lekarz, który zdobył przydomek „angielskiego Hipokratesa”, sporządził wnikliwe opisy chorób zakaźnych, wprowadził w Europie leczenie malarii przy użyciu kory chinowca (1624–1689).

⁵Szkocki lekarz i chemik; podzielił choroby na 4 klasy, od niego pochodzi termin nerwica (1712–1790).

⁶Sławni wynalazcy szczepionek; D. Pitcairn (1749–1809), E. Jenner (1749–1823).

⁷Angielski badacz i lekarz (1710–1801), autor sławnego dzieła *Commentarii de morborum historia et curatione*.

⁸Niemiecki lekarz anatomopatolog, odkrył tzw. węzeł Aschoffa-Tawary (1866–1942).

⁹Polski lekarz patolog (1903–1995), profesor Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie; prowadził kompleksowe badania w zakresie patomorfologii i patogenezy w stawach i układzie sercowo-naczyniowym w chorobie reumatycznej.

skiego [5], skomplikowany i często trudny do zrozumienia bieg wydarzeń lub czyichś myśli? Prawdą jest, że nie ma jednego badania, które pozwoliłoby jednoznacznie zdiagnozować chorobę reumatyczną. Rozpoznanie ustala się po przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem i wykonaniu badania przedmiotowego oraz badań laboratoryjnych. Często w diagnozowaniu pomocne są konsultacje ortopedyczna, neurologiczna oraz okulistyczna. Elementem wspólnym dla chorób reumatycznych jest zespół „dolegliwości reumatycznych”, do którego zazwyczaj są zaliczane przewlekły ból i ograniczenia ruchomości stawów, często zmiany skórne.

Trzeba przyznać, że termin ten jest wyjątkowo mało precyzyjny, a objawy niezbyt charakterystyczne. Dlatego tak ważne, jeśli nie najważniejsze, jest wczesne rozpoznanie. Obecna klasyfikacja chorób reumatycznych, z uwzględnieniem najnowszego ich nazewnictwa, obejmuje 10 dużych grup [6, 7].

Meandry w dostarczaniu usług zdrowotnych

Większość pacjentów trafia najpierw do lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy rodzinnych, średni czas rozpoznania choroby trwa więc 2–3 lata, podczas gdy warunkiem remisji choroby jest rozpoczęcie leczenia w ciągu 3 pierwszych miesięcy [8]. Reumatolodzy rozpoznają chorobę średnio w ciągu 6 miesięcy, co też wydaje się niewystarczające. Dlatego tak ważne jest szkolenie lekarzy reumatologów, ich uczestnictwo w europejskich kursach i szkoleniach (np. kursach *USG dla reumatologów*). Niestety, na wielu uniwersytetach medycznych reumatologia nie jest dostatecznie dobrze nauczana [8], co obok ogólnie tylko zorientowanych w tych zagadnieniach lekarzy rodzinnych stanowi wyjątkową przeszkodę (meander).

Należy podkreślić, że przeniesienie obciążenia pracy reumatologa na lekarza pierwszego kontaktu nie rozwiąże problemu. Przepracowani lekarze rodzinni nie są w stanie należycie zabezpieczyć interesu pacjentów i dostosować opieki do indywidualnych potrzeb. Należałoby więc podnosić kwalifikacje pielęgniarek, fizjoterapeutów i terapeutów zawodowych [9]. Rola wyspecjalizowanej pielęgniarki jest nie do przecenienia. Pielęgniarka może wystąpić w roli edukatora zarówno pacjenta, jak i jego opiekunów, pracowników służby zdrowia oraz zespołu interdyscyplinarnego. Poprzez analizowanie skuteczności leczenia mogłaby nadzorować bezpieczeństwo terapii.

Meandry „kadrowe”

Gdyby pokusić się o wyróżnienie najtrudniejszego problemu polskiej reumatologii, to trzeba wskazać na brak odpowiedniej liczby reumatologów. W zakres tej nauki

wchodzi wiele jednostek chorobowych, a zajmuje się nimi zaledwie półtora tysiąca specjalistów. Gdyby wziąć pod uwagę strukturę wiekową polskich lekarzy reumatologów, to można zauważyć, że w przedziale wieku 50–60 lat mieści się 2/3 całej grupy. Należy też pamiętać, że Narodowy Fundusz Zdrowia podpisuje kontrakty na ambulatoryjną opiekę reumatologiczną jedynie w formie części etatów [8]. W Polsce brakuje zatem lekarzy reumatologów. Jeśli więc wrócić do metafory rzeki, to wydaje się, że w tym właśnie miejscu ma ona najmniejszy spadek i najszerszy nurt. Tym bardziej, że każdego roku coraz mniej lekarzy kształci się w tej specjalizacji. Ogólna tendencja w polskiej reumatologii jest kaskadowo spadkowa.

Wciąż pokutuje przekonanie, że reumatologia jest – z punktu widzenia rozwoju zawodowego i korzyści finansowych – dziedziną nieatrakcyjną. Różnica bowiem w stawce za punkt w innych specjalnościach jest wyższa o co najmniej 3,00 PLN [8]. Może się to wydawać niewielką kwotą, jednak biorąc pod uwagę, że stanowi to 1/4 stawki, sytuacja przedstawia się zgoła nieciekawie. W dodatku na reumatologię, jako klasyczną dyscyplinę ambulatoryjną, siłą rzeczy przeznaczają się 2 razy mniejsze środki finansowe. Dlatego też trwa nieustanna walka lekarzy reumatologów o utworzenie pełnoprawnych, uznanych w środowisku medycznym i zachęcających finansowo poradni, które otrzymają kontrakt wystarczający na ich utrzymanie.

Meandry populacyjne i społeczne

W Polsce, podobnie jak w większości krajów uprzemysłowionych, obserwuje się systematyczny wzrost udziału populacji ogólnej osób, które ukończyły 60. rok życia [10]. Wynika to ze zmniejszenia się liczby urodzeń oraz zwiększenia długości życia. Wraz z wiekiem obniża się wydolność, sprawność fizyczna i psychofizyczna. Zmiany te obserwuje się już od 45. roku życia. Jednocześnie w tym okresie życia zwiększa się częstość występowania wielu schorzeń, w tym chorób układu mięśniowo-szkieletowego. To właśnie u osób starszych pojawia się najczęstsza z chorób reumatycznych – choroba zwyrodnieniowa. Jeśli porówna się liczbę pacjentów na nią cierpiących z liczbą lekarzy wyspecjalizowanych w leczeniu tych dolegliwości, to sytuacja wydaje się alarmująco krytyczna. Gdyby wziąć pod uwagę prognozę przekroju wiekowego społeczeństwa w Polsce i przewidywania dotyczące starzenia się polskiego społeczeństwa w 2030 r., to stan ten jest wręcz druzgocący.

Przewlekłe choroby zapalne stawów, które pojawiają się między 16. a 35. rokiem życia, mogą trwać przez całe życie, wymagają wielu wyrzeczeń i systematyczności w leczeniu. Pacjenci muszą pozostawać pod stałą kontrolą lekarską i codziennie zażywać leki. Nic więc dziwnego, że pojawiają się u nich problemy natury psychologicznej. Choroby przewlekłe determinują styl życia pacjenta. Stale towarzyszy im

ból i narastająca niepełnosprawność, co wiąże się z uzależnieniem od osób z najbliższego otoczenia, od rodziny, a także od instytucji zajmujących się opieką zdrowotną. Pacjent i jego otoczenie są narażeni na sytuację stresową, która w dużej mierze wynika z nieprzewidywalności przebiegu choroby. Te koszty psychologiczne mogą być znaczne.

U pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz z chorobą reumatyczną o podłożu zapalnym często diagnozuje się zaburzenia wynikające z przeciążenia układu nerwowego – depresję i nerwicę. Nierzadko towarzyszą im także psychozy w postaci zespołów zamroczeniowych, lękowo-urojeniowych lub lękowo-depresyjnych [11].

W przypadku chorych dzieci ważna jest nie tylko dobra znajomość objawów klinicznych, lecz także cierpliwa i wnikliwa obserwacja. Dzieci bowiem to szczególna grupa pacjentów, która potrzebuje specjalnego traktowania, pomocy psychoterapeutycznej, wsparcia rodziny i najbliższych. Jednak pomocy psychologicznej potrzebują wszyscy cierpiący na schorzenia reumatyczne. Opieką psychologa pacjent jest otoczony podczas swojego pobytu w szpitalu. Po opuszczeniu placówki, niestety, już sam zmagają się z chorobą. Dobrze przeprowadzona rozmowa z psychologiem może pomóc zmniejszyć objawy choroby. Czasem złagodzenie „bólu duszy”, poczucie, że ktoś interesuje się źródłem doświadczanych trudności i chce nieść pomoc w najważniejszym obszarze życia chorego, to niezwykle ważny czynnik w nauce zarządzania stresem w chorobie przewlekłej. Jest to szczególnie ważne, gdy uświadomimy sobie, że chory tkwi w mechanizmie błędnego koła – z jednej strony stres aktywuje chorobę lub powoduje tzw. rzut choroby, z drugiej strony choroba jest źródłem stresu. W tym miejscu należy zauważyć, że aktywna współpraca psychologa klinicznego z lekarzem reumatologiem pozwoli na zatrzymanie tej samonapędzającej się maszyny i zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem [12]. Tylko rzetelnie przeprowadzony wywiad pozwala dostosować adekwatny do potrzeb chorego model wsparcia lub psychoterapii. Okazuje się więc, że reumatolog musi być także psychologiem, psychiatrą, pediatrą bądź geriatrą [13].

Meandry ekonomiczne

Postępujące starzenie się społeczeństwa to także ogromne problemy ekonomiczne – zarówno dla pacjenta i jego rodziny, jak i dla ogólnej populacji oraz państwa. Udowodniono, że częstość występowania choroby zwyrodnieniowej stawów zwiększa się wraz z wiekiem, nadwagą czy otyłością [10]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła lata 2000–2010 dekadą kości i stawów [14]. Mówi się już o epidemii chorób reumatycznych, a z tym nierozwalnie wiążą się wyżej wspomniane koszty pośrednie czy bezpośrednie. Niestety, w Polsce nie ma choćby nawet szacunkowych danych statystycznych wskazujących na wysokość tych kosztów. Można natomiast łatwo zauważyć,

jaki jest stosunek kosztów bezpośrednich, a więc opłat za diagnostykę, leczenie czy rehabilitację, do kosztów pośrednich – ściśle powiązanych z utratą przez chorego produktywności i wykluczeniem go ze sfery zawodowej. Dalej konsekwencje te obejmują generowanie kosztów w systemach ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych oraz w skarbie państwa. Na to składają się koszty związane ze zwolnieniami lekarskimi, wypłatami rent (różne schorzenia narządu ruchu są obecnie jedną z trzech głównych przyczyn przyznawania świadczeń rentowych) czy opłaceniem opiekunów [14]. Rezygnuje się więc z części działań prowadzonych na rzecz pacjenta, np. z opieki psychologicznej czy sesji edukowania. Zaleca się jedynie leczenie farmakologiczne, przede wszystkim jako doraźne oraz skuteczne i – z punktu widzenia budżetu NFZ i państwa – najtańsze. Z tego faktu wynika kolejny wielki problem – często chorzy są zbyt późno kierowani na leczenie operacyjne i zabiegi rehabilitacyjne. Nie ma warunków do stałego monitorowania choroby, nie wykonuje się systematycznych badań, mimo że jest to choroba przewlekła i postępująca. Jedynie poprzez wprowadzenie odpowiednich zmian systemowych – nie tylko w organizacji służby zdrowia czy programach profilaktycznych, lecz także w polityce ubezpieczeń społecznych – może nastąpić wzrost efektywności leczenia pacjentów cierpiących na chorobę zwyrodnieniową stawów [9]. Warto także zwiększyć świadomość społeczeństwa na temat chorób reumatycznych, m.in. przez prowadzenie akcji społecznych. Warto bowiem zdać sobie sprawę z tego, że niedługo u wielu osób w wieku powyżej 50 lat wystąpią zauważalne zmiany w układzie ruchu. W obliczu najnowszej ustawy emerytalnej [15], w myśl której podniesiono wiek emerytalny, rzecz przedstawia się w wyjątkowo szarych barwach. Mimo że w założeniu emerytury mają być wyższe o 45%, co ma zwiększyć zabezpieczenie finansowe Polaków, to koszty pośrednie, które dotkną budżet państwa – jeśli się temu w porę nie zaradzi – mogą być bardzo wysokie.

Powszechnie wiadomo, że lepiej jest zapobiegać chorobom, niż je leczyć. Niezbędna staje się profilaktyka, o której powinno się więcej mówić. Rozwój chorób reumatycznych można opóźnić poprzez prowadzenie zdrowego trybu życia. Nawet kilkunastominutowa codzienna gimnastyka wzmacnia mięśnie, które są przecież oparciem dla stawów. Niezwykle ważna jest także dbałość o dietę bogatą w nabiał i ryby z dużą zawartością witaminy D i wapnia. Im mniej tłuszczów zwierzęcych zawiera dieta, tym mniejsze prawdopodobieństwo nadwagi czy otyłości, a tym samym mniejsze obciążenie stawów. Nie tylko wysokokaloryczne pożywienie ma niebezpieczny wpływ na przebieg chorób reumatycznych, również alkohol – zwłaszcza wina i piwa – nasila zaburzenia przemiany materii i może spowodować ostry napad dny moczanowej i pogarszanie się ogólnej kondycji organizmu [16]. Tym, którzy nie chcą

się narażać na choroby reumatyczne, zalecana jest także dbałość o najbliższe otoczenie. Zimne, wilgotne, zagrzybione mieszkanie może być czynnikiem, który uaktywni chorobę u kogoś, kto ma do niej predyspozycje. Dbałość o uwarunkowania „fizyczne” nie wystarczy, jeśli nie zatroszczymy się o sferę psychologiczną. Funkcjonowanie przez dłuższy czas na wysokim poziomie stresu, napięcia, zagłębianie się w problemy emocjonalne, również wpływa niekorzystnie na mięśnie stabilizujące stawy, dlatego wielokrotnie podkreśla się wagę wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego [13, 17, 18].

* * *

Przedmiotem rozważań są choroby reumatyczne, niezwykle różnorodna pod względem objawów klinicznych grupa nozologiczna obejmująca ponad 300 schorzeń. Mają one różne przyczyny i objawy. Wiadomo, że większość z nich łączy przewlekły stan zapalny tkanki łącznej, który jest odpowiedzialny na reakcje autoimmunologiczne.

Klasyfikacja chorób reumatycznych była wielokrotnie modyfikowana. Obecnie najczęściej przyjmuje się klasyfikację zaproponowaną w 1983 r. przez *American Rheumatism Association (ARA)* [6, 7]. Objawy chorób reumatycznych są jednak niezwykle różnorodne i obejmują niemal każdy narząd i układ. Mimo że w obrazie choroby dominują objawy ze strony układu kostno-stawowego, to jako pierwsze można zauważyć objawy ogólnoustrojowe, takie jak osłabienie, zmęczenie czy stan podgorączkowy i gorączkę. Towarzyszą im objawy nieswoiste wskazujące na inną jednostkę chorobową. Mogą to być dolegliwości dermatologiczne, ze strony układu pokarmowego, oddechowego, wydalniczego czy nerwowego.

Nie tylko w Polsce, lecz także na całym świecie nie jest możliwe – ze względów ekonomiczno-organizacyjnych – wykonywanie wszystkich badań u każdego pacjenta. Stąd zbyt późne rozpoznania, a co za tym idzie – niedostateczna skuteczność leczenia i w konsekwencji objawy niepożądane związane z długotrwałym agresywnym leczeniem.

Niedostateczna znajomość patogenezy chorób reumatycznych i niewystarczająca wiedza na temat problemów reumatologii wśród lekarzy ogólnych i chorych nie napawa optymizmem, zwłaszcza gdy spojrzy się na te choroby z perspektywy pacjenta, który ponosi indywidualne i społeczne koszty swojej choroby.

Nie sposób wyodrębnić wszystkich problemów związanych z reumatologią. Tylko uświadomione co do wagi chorób reumatycznych społeczeństwo odpowiednio zareaguje i skieruje „rzekę” na właściwy nurt. Niestety, „w reumatyzm i prawdziwą miłość wierzy się dopiero wtedy, gdy jest się przez nie nawiedzonym” (Marie von Ebner-Eschenbach).

Piśmiennictwo

1. Wielka encyklopedia geografii świata. T. 21. Słownik pojęć geograficznych. Wydawnictwo Kurpisz, Poznań 2001; 123.
2. Reumatologia kliniczna. Brzosko M (red.). Wydawnictwo PAM, Szczecin 2007; 34.
3. Tuchocka A. Historia reumatologii. W: Reumatologia kliniczna. T. 1. Zimmermann-Górska I (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
4. Historia medycyny. Brzeziński T (red.). Wyd. III, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995; 24.
5. Dunaj S (red.). Współczesny słownik języka polskiego. Wilga, Warszawa 1996; 678.
6. Puszczewicz M. Podział chorób reumatycznych. W: Reumatologia. Wielka interna. Puszczewicz M (red.). Medical Tribune Polska, Warszawa 2010.
7. Puszczewicz M. Badania podmiotowe i przedmiotowe. W: Reumatologia. Wielka interna. Puszczewicz M (red.). Medical Tribune Polska, Warszawa 2010.
8. Skarbek M. Problemy polskiej reumatologii. Puls. Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza 2010; 10.
9. Hay EM. Reumatologia środowiskowa: mniej przeszkód w dostarczaniu usług zdrowotnych. W: ABC reumatologii. Snaith ML (red.), Filipowicz-Sosnowska A (red. nauk. tłum.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
10. Stanisławska-Biernat E. Choroba zwyrodnieniowa stawów: styczność problemów klinicznych i ekonomicznych w doświadczeniu reumatologa. Reumatologia 2008; 46 (supl. 2): S96.
11. Aleksandrowicz J. Zaburzenia nerwicowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
12. Dobrucka-Janeczek I, Jędryka-Góral A. Problemy psychologiczne w chorobach reumatycznych. Postępy Nauk Medycznych 2012; 2: 154.
13. Selye H. Stres okiełznany. PIW, Warszawa 1978.
14. Gaździk T. Przedmowa do wydania polskiego: Coote A, Haslam P. Ortopedia i reumatologia. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.
15. Projekt Ustawy z dnia 20 kwietnia 2012 r. o zmianie Ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw. Dostępne na: www.emerytura.gov.pl.
16. Wiśłowska M, Kanecki K, Tyszko P, Kapata A. Jakość życia zależna od zdrowia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Reumatologia 2010; 48: 104-111.
17. Terlak J. Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Branta, Warszawa 2001.
18. Popielski K. Psychologiczne aspekty doświadczania schorzeń reumatycznych. Reumatologia 2005; 43: 160-165.

Autorka deklaruje brak konfliktu interesów i źródeł zewnętrznego finansowania.