

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΕΛΛΙΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

RADICI DENISA

ΕΠΙΒΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ



ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΟΚΤΩΜΒΡΙΟΣ 2018

**ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ**

Τριμελής Επιτροπή: Μηνασίδου Ευγενία, Αν. Καθηγήτρια Επιβλέπουσα

Δημητριάδου Αλεξάνδρα, Καθηγήτρια

Καυκιά Θεοδώρα, Επίκουρη Καθηγήτρια

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που μας βοήθησαν στην υλοποίησή της, καθώς χωρίς τη συνεργασία και την υποστήριξη τους δεν θα είχε ολοκληρωθεί.

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής αυτής εργασίας κα. Μηνασίδου Ευγενία, για την πολύτιμη βοήθεια της καθ' όλη τη διάρκεια της πραγματοποίησης της.

Επιπλέον νοιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας και τους φίλους για την πολύτιμη στήριξη και την υπομονή τους κατά τη διάρκεια της πραγματοποίησης της εν λόγω εργασίας.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	6
Abstract.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	10
1.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....	10
1.2 ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	11
1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ.....	17
1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	17
1.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	19
1.6 ΒΑΣΙΚΗ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	27
2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	27
2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	28
2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	30
2.4 ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ.....	36
2.5 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΡΑ.....	37
2.6 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΡΑ.....	37
2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	45
3.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	45
3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ.....	49
3.3 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	49
3.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ.....	51
3.5 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	53
3.6 ΚΟΠΩΣΗ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	53
3.7 ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	54
3.8 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	55
3.9 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ.....	55
3.10 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	57

3.11 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	59
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	61
Βιβλιογραφία.....	62

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ρευματικές παθήσεις αποτελούν μια από τις σημαντικότερες ασθένειες των ενηλίκων, κυρίως εξαιτίας των αυτοάνοσων διαταραχών που προκαλούν στον ανθρώπινο οργανισμό. Υπάρχουν πάνω από 200 ρευματικές παθήσεις που τυπικά επηρεάζουν τις αρθρώσεις, τους τένοντες, τους συνδέσμους, τα οστά και τους μύες. Ορισμένες μάλιστα από αυτές, οι λεγόμενες αυτοάνοσες, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, προσβάλλουν και άλλα όργανα του ανθρώπινου οργανισμού όπως τους πνεύμονες, την καρδιά, τους νεφρούς, τα μάτια, τον εγκέφαλο καθώς και άλλα μέρη του ανθρώπινου οργανισμού.

Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από ρευματικά νοσήματα ενώ στην Ευρώπη αποτελούν τον δεύτερο πιο συνηθισμένο λόγο, για τον οποίο επισκέπτεται κάποιος έναν γιατρό. Σύμφωνα να μελέτες υπολογίζεται ότι μονάχα στην Ευρώπη το 1/3 του συνολικού πληθυσμού, δηλαδή περίπου 120 εκατομμύρια άνθρωποι, θα προσβληθούν από κάποιο ρευματικό νόσημα σε κάποια στιγμή της ζωής τους και 1 στους 5 θα λάβει μακροχρόνια θεραπεία για την καταπολέμηση και την αποθεραπεία του.

Οι μυοσκελετικές λοιπόν παθήσεις αποτελούν τον πιο συνηθισμένο λόγο σοβαρού μακροχρόνιου πόνου και φυσικής ανικανότητας με επιπτώσεις όχι μόνο στη σωματική αλλά και στην ψυχική υγεία του ανθρώπου. Τα ρευματικά νοσήματα αντιπροσωπεύουν το 25% του συνολικού κόστους υγείας στην Ευρώπη. Η επιβάρυνση των ρευματικών νοσημάτων στα άτομα και την κοινωνία αναμένεται να αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό την επόμενη δεκαετία εξαιτίας των αλλαγών στον τρόπο ζωής και του αυξανόμενου πληθυσμού που γηράσκει.

Στη χώρα μας σύμφωνα με έρευνα που εκπονήθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογίας βρέθηκε πως ένας στους τέσσερις ενήλικες πάσχουν από κάποιο ενεργό ή χρόνια ρευματικό νόσημα. Η ίδια έρευνα έδειξε ότι οι ρευματικές παθήσεις είναι το πρώτο αίτιο τεσσάρων δεικτών νοσηρότητας στους ενήλικες. Καλύπτουν το 40% όλων των χρόνιων προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι ενήλικες, το 47% μακροχρόνιας λειτουργικής ανικανότητας, το 26% βραχυχρόνιου περιορισμού δραστηριοτήτων και το 20% όλων των ιατρικών επισκέψεων. (For the ESORDIG Study Group, Rheumatology, Oxford, 2005). Στις ρευματικές παθήσεις ανήκουν οι

διάφορες μορφές Αρθρίτιδας (Α) οι παθήσεις δηλαδή που προσβάλλουν κυρίως τις αρθρώσεις. Η Αρθρίτιδα γενικά προκαλεί πόνο, δυσκαμψία και πρήξιμο μέσα ή γύρω από την άρθρωση.

Η Αρθρίτιδα αποτελεί σημαντικό δημόσιο πρόβλημα υγείας σε όλο τον κόσμο. Στις ΗΠΑ 1 στα 5 άτομα πάσχουν από Αρθρίτιδα και είναι η πιο συνηθισμένη αιτία ανικανότητας στους ενήλικες ασθενείς. Λειτουργικοί περιορισμοί σε συνηθισμένες δραστηριότητες είναι συνήθεις στα άτομα με Αρθρίτιδα. Περίπου 40% αναφέρουν ότι «είναι πολύ δύσκολο» ή «δεν μπορούν να κάνουν» τουλάχιστον 1 από 9 σημαντικές καθημερινές δραστηριότητες. (http://www.cdc.gov/arthritis/data_statistics/disabilities-limitations.htm) Ο περιορισμός αυτός επηρεάζει την ικανότητα τους να εργαστούν, να λειτουργήσουν στην κοινότητα ή να φροντίσουν την οικογένεια τους.

Μία από τις πιο συχνές αρθρίτιδες που συναντάμε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (ΡΑ). Αποτελεί τον κύριο εκπρόσωπο των ρευματοειδών παθήσεων και η αποθεραπεία της διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα και είναι επίπονη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής που μπορούν να έχουν τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα και ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν. Παράλληλα θα αναφέρουν τις βασικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει ένας ενήλικας με ρευματοειδή αρθρίτιδα στην ποιότητα ζωής του καθώς πρόκειται συνήθως για μια χρόνια ασθένεια που επηρεάζει όχι μόνο την σωματική αλλά και την ψυχική του υγεία

Επιπρόσθετα θα ασχοληθούμε με την κλινική εικόνα των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, την πορεία της νόσου από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι την διόρθωση των βλαβών και την αποκατάσταση όλων των λειτουργιών, καθώς συνήθως παρατηρούνται αλλαγές στην εικόνα του σώματος αλλά και στην συμπεριφορά του ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά: Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, Ποιότητα Ζωής, Ρευματικά Νοσήματα, Αυτοανοσία, Παράγοντες Κινδύνου, Συννοσηρότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με ιστορικές έρευνες η ύπαρξη της ρευματοειδή αρθρίτιδα αναφέρεται ότι υπήρχε πολλούς αιώνες πριν. Οι ερευνητές ανακάλυψαν στις ΗΠΑ συγκεκριμένα στις περιοχές της Alabama και Kentucky ευρήματα σκελετών ινδιάνικης φυλής ηλικίας 3000-5000 ετών (Rothschild BM., Turner KR., & Deluca MA, 1988). Ο όρος «ρευματισμός» αναφέρεται για πρώτη φορά από τον Γαλλνό περιγράφοντας την αρθρίτιδα ως μια γενικευμένη πολυαρθρίτιδα με αλλοιώσεις και ανικανότητα, αν και από τον τρόπο που το περιγράφει μοιάζει περισσότερο με την με την εικόνα της ουρικής αρθρίτιδας (Dieppe PA, 1988).

Ιστορικά δεδομένα από απεικονίσεις πορτρέτων Ιταλών ζωγράφων της βυζαντινής περιόδου (15^{ου}-17^{ου} αι. μ.Χ.) δείχνουν τον Αυτοκράτορα Κωνσταντίνο ΙΧ, να έχει προσβληθεί από παραμορφωτική πολυαρθρίτιδα στα άνω άκρα (Caughey DE, 1974).

Τον 18^ο αιώνα η ιατρική λογοτεχνία αρχίζει να ασχολείται όλο και περισσότερο με την ρευματοειδή αρθρίτιδα. Συγκεκριμένα είναι η πρώτη φορά που ο AJ Landry Beauvais (1772-1840 μ.Χ.) περιγράφει την αρθρίτιδα στην διδακτορική διατριβή του (Παρίσι 1800), όπου αναφέρει εννέα περιστατικά γυναικών που νοσούσαν. Πίστευε ότι είναι μια ποικιλία ουρικής αρθρίτιδας και την ονόμασε «πρωτοπαθή ασθενική ουρική αρθρίτιδα». Θεωρούσε ότι η ασθένεια αυτή παρουσιαζόταν σε φτωχούς ανθρώπους σε συνδυασμό από μια «πρωτοπαθή αδυναμία», ενώ η ουρική αρθρίτιδα προσέβαλλε εύπορα άτομα με καλή φυσική κατάσταση. Ο γιατρός Benjamin C. Brodie (1783-1862 μ.Χ.) ήταν ο πρώτος που περιέγραψε την ρευματοειδή αρθρίτιδα με ακρίβεια αναγνωρίζοντας ότι αρχίζει με την φλεγμονή του αρθρικού υμένα και έδωσε έμφαση στην αργή αλλά προοδευτική εξέλιξη της νόσου (Fraser KJ, 1982).

Ο Sir Alfred Baring Garrod χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο ρευματοειδή αρθρίτιδα το 1859 π.Χ. όπου έγραφε: «Η μελέτη των παθήσεων των αρθρώσεων εδώ και τριάντα χρόνια περίπου με οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η πλειονότητα των περιπτώσεων, που τότε ονομαζόταν

“ρευματική ουρική αρθρίτιδα”, δεν είχαν σχέση ούτε με την αληθή ουρική αρθρίτιδα ούτε με τον αληθή ρευματισμό, ενώ επιπλέον εμφάνιζαν ιδιαίτερη παθολογοανατομική εικόνα. Αν αυτό τελικά συμβαίνει, ο όρος ρευματική ουρική αρθρίτιδα είναι διπλά εσφαλμένος. Προτείνω τον όρο ρευματοειδή αρθρίτιδα» (Garrod A, 1876). Το Υπουργείο υγείας της Βρετανίας όρισε τον όρο "ρευματοειδής αρθρίτιδα " ως επίσημο ορισμό το 1922, ενώ η Αμερικάνικη Ρευματολογική Εταιρεία το υιοθέτησε το 1941 (Sort , 1959).

Ο Waaler (1940) ανακάλυψε τον ρευματοειδή παράγοντα IgM στο αίμα των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, όπου για πρώτη φορά υπήρξε ανοσολογικός δείκτης της νόσου. (Ragan , 1961) Ο όρος "ρευματοειδής αρθρίτιδα " αφορούσε όλες τις φλεγμονώδεις πολυαρθρίτιδες. Μετά την ανακάλυψη του Waaler άρχισε να διαχωρίζεται η RA από τις άλλες μορφές πολυαρθρίτιδας. (Parish, 1963). Ενώ το 1972 και το 1987 αφαιρέθηκαν από τον ορισμό της RA τα νοσήματα που σήμερα τα ταξινομούμε ως «οροαρνητικές σπονδυλαρθροπάθειες.» (Ropes, Bennett, & Cobb, 1958).

1.2 ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1. Ουρική αρθρίτιδα

Χαρακτηριστικό της ουρικής αρθρίτιδας είναι τα οξεία επεισόδια φλεγμονώδους αρθρίτιδας όπου παρατηρείται ευαισθησία, ερυθρότητα και θερμότητα στην περιοχή. Η πιο συχνή περιοχή που προσβάλλεται είναι η μεταταρσοφαλαγγική άρθρωση (το 50% των περιπτώσεων.) Επίσης μπορεί να εμφανιστούν και ουρικοί τόφοι, νευρικοί λίθοι ή ουρική νευροπάθεια όπου είναι αποτέλεσμα των αυξημένων επιπέδων ουρικού οξέος στο αίμα. Οι κρύσταλλοι που δημιουργούνται από το ουρικό οξύ εγκαθίσταται σε αρθρώσεις, τένοντες και σε ιστούς. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τους χαρακτηριστικούς κρυστάλλους στο αρθρικό υγρό (Τσανακσή, Λιόσης , & Αντωνόπουλος , 2008).

2. Ρευματικός πυρετός

Ο ρευματικός πυρετός είναι φλεγμονώδης νόσος που οφείλεται στον β αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας A ο οποίος μεταδίδεται με δύο τρόπους την επαφή και τα σταγονίδια. Ο στρεπτόκοκκος μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη πολλών νοσημάτων αλλά τα κυριότερα σημεία

που προσβάλλει είναι ο φάρυγγας και οι αμυγδαλές. Ο οργανισμός για να αντιμετωπίσει τον στρεπτόκοκκο παράγει αντισώματα. Ένα από αυτά είναι η στρεπτολυσίνη. Τα αντισώματα αυτά οφείλονται σε συγκεκριμένους τύπους στρεπτοκοκκικής πρωτεΐνης M, προκαλώντας εξάνθημα, πυρετό, καρδίτιδα, χορεία και πολυαρθρίτιδα. Η νόσος προσβάλλει την καρδιά και άλλες περιοχές όπως τις αρθρώσεις, τους τένοντες, τους μύες, τον εγκέφαλο κ.α. (Carapetis, McDonald, & Wilson, 2005).

3. Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια χρόνια πολυαρθρική και συστηματική φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει συνήθως τον αρθρικό υμένα των αρθρώσεων. Το κυριότερο χαρακτηριστικό της ΡΑ είναι η παραμόρφωση των αρθρώσεων με αποτέλεσμα την αναπηρία και κάποιες φορές βλάβη σε διάφορα όργανα και ιστούς όπου συνοδεύεται από εξωαρθρικές εκδηλώσεις όπως αγγειίτιδα, ρευματοειδή οζίδια κ.α. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια ασθένεια που προσβάλλει όλες τις ηλικίες αλλά κυρίως εκδηλώνεται με την πάροδο των χρόνων. Είναι συχνότερη στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες. Χωρίζεται σε δύο κατηγορίες: την ρευματοειδή αρθρίτιδα των ενηλίκων και την νεανική ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η κλινική εικόνα και η πορεία των περιστατικών διαφέρουν μεταξύ τους (Majithia & Geraci, 2007).

4. Αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα

Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα είναι ένα χρόνιο νόσημα που ανήκει στην ίδια κατηγορία με την ρευματοειδή αρθρίτιδα. Είναι δηλαδή ένα αυτοάνοσο νόσημα όπου προσβάλλει τις αρθρώσεις, τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις, τους συνδέσμους της σπονδυλικής στήλης και σπανιότερα τις αρθρώσεις των άνω και κάτω άκρων όπως και τα παρεγχυματώδη όργανα (σπλήνα, νεφροί κ.α.). Επίσης ονομάζεται και νόσος του Bechterew ή σύνδρομο Bechterew ή νόσος Marie Strumpell. Είναι μία παθολογική κατάσταση όπου τα συμπτώματα είναι σχετικά περιορισμένα στους περισσότερους ασθενείς. Συνήθως τα συμπτώματα εμφανίζονται με τις κρίσεις, αλλά κάποιος ασθενής μπορεί να μην εκδηλώσουν πόνο ή δυσκαμψία. Πρέπει να ελέγχεται συχνά ο ασθενής με μετρήσεις και αξιολογήσεις της κινητικότητας (Wolf & Fasching, 2010).

5. Νεανική χρόνια πολυαρθρίτιδα

Η νεανική αρθρίτιδα εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 16 ετών και επιμένει για διάστημα πάνω από έξι εβδομάδες. Διακρίνεται σε επτά μορφές: συστηματική, ολιγοαρθρίτιδα, πολυαρθρίτιδα, ψωριασική, ενθεσίτιδα και η αδιαφοροποίητη. Παρότι η νεανική χρόνια πολυαρθρίτιδα έχει πολλές μορφές όλες χαρακτηρίζονται από φλεγμονή του αρθρικού υμένα και καταστροφή των αρθρώσεων με συνέπεια τον σοβαρό περιορισμό της λειτουργίας της άρθρωσης (Prakken, Albani, & Martini, 2011).

6. Οστεοαρθρίτιδα

Η οστεοαρθρίτιδα είναι μία ομάδα μηχανικών ανωμαλιών που περιλαμβάνεται με αποτέλεσμα την καταστροφή της άρθρωσης, του χόνδρου και του υποχόνδριου οστού. Τα κύρια συμπτώματα της οστεοαρθρίτιδας είναι πόνος στις αρθρώσεις, ευαισθησία, δυσκαμψία, κλείδωμα των αρθρώσεων και κάποιες φορές διάχυση υγρού στην περιοχή. Οι αιτίες όπως κληρονομικές, αναπτυξιακές και μηχανικές μπορεί να οδηγήσουν στην απώλεια του χόνδρου με αποτέλεσμα οι επιφάνειες των οστών εκτίθενται και καταστρέφονται. Με την μειωμένη κίνηση της άρθρωσης λόγω πόνου, οι μύες ατροφούν και χαλαρώνουν οι σύνδεσμοι. Η (ΟΑ) ονομάζεται και εκφυλιστική αρθρίτιδα ή εκφυλιστική νόσος (Γεωργιάδης, 2000).

7. Συστηματικός Ερυθματώδης λύκος

Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα πολυσυστηματική αυτοάνοση νόσος, όπου είναι θανατηφόρα αν και τώρα τελευταία έχει μειωθεί η θνησιμότητα της. Όπως όλα τα αυτοάνοσα νοσήματα έτσι και ο ΣΕΛ προκαλεί φλεγμονή και ιστολογική βλάβη επηρεάζοντας έτσι όλα τα συστήματα αλλά κυρίως προσβάλλει την καρδιά, τις αρθρώσεις, τους πνεύμονες, τις φλέβες, τους νεφρούς, το ήπαρ και το νευρικό σύστημα. Η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί σε όλες τις ηλικίες και είναι ποιο συχνός στις γυναίκες ηλικίας 20-45 ετών. Η αναλογία γυναίκες προς άντρες είναι 9:1 ενώ στα παιδιά και στους ηλικιωμένους είναι 3:1. Η νόσος του ΣΕΛ διακρίνεται σε χρόνιο, οξύ και υποξύ ερυθματώδη λύκο (James , Berger, & Elston, 2005).

8. Συστηματική σκλήρυνση

Η νόσος Μορφέα ή αλλιώς σκληρόδερμα είναι μια συστηματική χρόνια νόσος που ανήκει στα αυτοάνοσα νοσήματα προκαλώντας από ίνωση, αυτοαντισώματα και αγγειακές μεταβολές. Χαρακτηριστικό της ασθένειας είναι ότι δημιουργεί σκληρό και γυαλιστερό δέρμα. Η αιτία της σκληροδερμίας δεν έχει εξακριβωθεί, αλλά η διαδικασία της ασθένειας σχετίζεται με την δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και των αγγείων (Leroy & Medsger, 2001).

9. Μυοσίτιδα

Η μυοσίτιδα είναι ένας γενικός όρος που χρησιμοποιείται για φλεγμονώδεις παθήσεις των μυών, όπως είναι η πολυμυοσίτιδα, η μυοσίτιδα με ενδοκυττάρια έγκλειστα, δερματομυοσίτιδα κ.α. όπου είναι ιδιοπαθείς δηλαδή άγνωστης αιτιολογίας, οι μυοσίτιδες από λοιμογόνους παράγοντες και οι μυοσίτιδες των συστηματικών παθήσεων (Love, et al., 1991).

Η πολυμυοσίτιδα ξεκινάει από τους κεντρικούς μύες και επεκτείνεται στους γενικούς, ενώ στην δερματομυοσίτιδα υπάρχουν δερματολογικές αλλοιώσεις που συνήθως σχετίζεται με κακοήθειες (Love, et al., 1991).

Τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι ο επιπολασμός ανέρχεται σε 6/100000 κατοίκους. Η πολυμυοσίτιδα και η δερματομυοσίτιδα συνήθως προσβάλλει άτομα ηλικίας 40-60 ετών και είναι πολύ σπάνιες στα παιδιά. Η γυναίκες προσβάλλονται σε διπλάσιο ποσοστό από τους άνδρες ενώ η μυοσίτιδα μετά εγκλείστων εμφανίζεται κυρίως στους άνδρες 50-60 ετών. Τα πιο συχνά συμπτώματα της πολυμυοσίτιδας είναι οι αρθραλγίες, η μυϊκή αδυναμία και η σταδιακή απώλεια μυϊκού ιστού που συνδυάζεται από μυϊκές ρικνώσεις. Η δερματομυοσίτιδα εμφανίζει επιπλέον ερύθημα του προσώπου, οίδημα των βλεφάρων και των παρειών, εστιακή ατροφία δέρματος, τηλεαγγειεκτασίες, οίδημα της περιοχής του θώρακα και των εκτατικών επιφανειών των άκρων.

Η μυοσίτιδα μετά ενδοκυττάρων εγκλείστων προσβάλλει περιφερικές μυϊκές ομάδες, όπως είναι οι ραχιαίοι εκτεινόντες των άκρων ποδών και οι μύες των δακτύλων των άνω άκρων και δεν εμφανίζει μυαλγίες (Wilson, Ytterberg, St Sauver, & Reed, 2008).

10. Πολυαρθρίτιδα (PAN)

Η οξώδης πολυαρθρίτιδα είναι μια σπάνια νόσος όπου προκαλεί συστηματική νεκρωτική αγγειίτιδα των μικρών και μεσαίων μεγέθους μυϊκών αρτηριών. Μπορεί να προκαλέσει βλάβη σε όλα τα συστήματα και έχει μεγάλη θνησιμότητα. Πιο συχνά προσβάλλει τους νεφρούς, τους μύες, τις αρθρώσεις, το δέρμα και τα περιφερικά νεύρα. Οι εκδηλώσεις της είναι πολύπλοκες, από καλοήθειες δερματικές αλλοιώσεις έως και ποιο σοβαρές και γενικευμένες. Η (PAN) εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες από ότι στις γυναίκες με αναλογία 1,6:1 έως 2:1. Οι ηλικίες που προσβάλλει συνήθως είναι 40-60 ετών. Στα παιδιά είναι πολύ σπάνια, με κορυφαία ηλικία 9-11 ετών (Jansen, Van Schaardenburg, Van Der Horst-Bruinsma, & Dijkmans, 2002).

11. Γονοκοκκική αρθρίτιδα και σύνδρομο Reiter.

Η γονόρροια ή βλεννόρροια αποτελεί σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα που προκαλεί λοίμωξη από το βακτήριο *Ναισσέρια* το οποίο προσβάλλει και τα δυο φύλα. Είναι ενδοκυτταρικοί κόκκοι όπου συνήθως παρουσιάζονται σε ζευγάρια με σχήμα κόκκων καφέ. Αναπτύσσεται και πολλαπλασιάζεται ανάλογα με το είδος της σεξουαλικής επαφής (Rice, 2005).

Το σύνδρομο γονοκοκκικής αρθρίτιδας - δερματίτιδας – τενοντοελυτρίτιδας (ΓΑΔΤ) είναι ο πιο συχνός τύπος σηπτικής αρθρίτιδας στους εφήβους που έχουν σεξουαλική δραστηριότητα αλλά πορεί να παρατηρηθεί και σε νεογνά όπου συνδυάζεται με διάχυτη λοίμωξη. Παρατηρείται κυρίως στα κορίτσια απ' ότι στα αγόρια, ενώ γίνεται ιδιαίτερα αντιληπτό στην πρώτη εβδομάδα μετά την παύση της έμμηνης ρύσης, ή και κατά την διάρκεια της κύησης (Rice, 2005).

Τα συμπτώματα της γονοκοκκικής λοίμωξης στα παιδιά συνήθως εμφανίζεται με διάχυτες αρθραλγίες ή μεταναστευτικές, με χαμηλό πυρετό ή αρθρίτιδα, με ρίγη και δερματικό εξάνθημα. Ακόμη εάν είναι θετικές ουρηθρικές καλλιέργειες, μπορεί να μην έχουν συμπτώματα από το ουροποιητικό τους σύστημα, γι' αυτό και πρέπει να γίνεται περαιτέρω έλεγχος για την ύπαρξη λοίμωξης του φάρυγγα ή του ορθού (Rice, 2005).

Η αρθρίτιδα έχει την τάση μεταναστευτικού χαρακτήρα και να συνδυάζεται από τενοντοελυτρίτιδα, ενώ τις πιο πολλές φορές είναι μονοαρθρική και πολύ σπάνια πολυαρθρική ή ολιγοαρθρική επηρεάζοντας κυρίως μεγαλύτερες αρθρώσεις όπως αγκώνες, ώμοι, ισχία, πηχεοκαρπικές, γόνατα και ποδοκνημικές. Οι περισσότεροι ασθενείς με σηπτική αρθρίτιδα μπορεί να έχουν την κλινική εικόνα της πυώδους πολυαρθρίτιδας (Rice, 2005).

Τα κύρια σημεία εκδήλωσης της τενοντοελυτρίτιδας είναι οι ποδοκνημικές, πηγεοκαρπικές και τα δάκτυλα των ποδιών και των χεριών (Rice, 2005).

Κλινικά στάδια διάχυτης γονοκοκκικής λοίμωξης (Rice, 2005):

1. Στάδιο βακτηραιμίας
2. Μεταβατικό στάδιο
3. Διαπυητικό στάδιο

Στα εργαστηριακά ευρήματα φαίνεται ότι ο μικρο-οργανισμός απομονώνεται στο 50-80% των ασθενών και μόνο το 30% των περιπτώσεων στο αρθρικό υγρό. Εάν όμως δεν απομονωθεί στο αρθρικό υγρό τότε μπορεί να βρεθεί στη βιοψία. Κάποιες φορές διαπιστώνεται στη μικροσκοπική εξέταση, αλλά όχι στην καλλιέργεια. Στο αρθρικό υγρό των ασθενών με γονοκοκκική αρθρίτιδα έχουν βρεθεί υψηλά επίπεδα ανοσοσυμπλεγμάτων. (Rice, 2005)

Σύνδρομο Reiter (αντιδραστική αρθρίτιδα):είναι ένα είδος αρθρίτιδας όπου δεν συναντάται τόσο συχνά και η αιτία του συνδρόμου αυτού οφείλεται στην αντίδραση κάποιων λοιμώξεων του πεπτικού και αναπαραγωγικού συστήματος. Ανήκει στην κατηγορία των αυτοάνοσων νοσημάτων όπου πολλές φορές υπάρχει το ενδεχόμενο η λοίμωξη να θεραπευτεί πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων ή είναι σε ύφεση, επομένως είναι δύσκολος ο προσδιορισμός της αρχικής αιτίας της λοίμωξης (Amor, 1998).

Με το Σύνδρομο Reiter η ουρηθρίτιδα συνήθως είναι μη γονοκοκκική και προκαλείται από την *Chlamydia trachomatis*. Η αρθρίτιδα έχει τον χαρακτήρα να επηρεάζει συνήθως τα κάτω άκρα. Στην κλινική εικόνα της κυριαρχούν: η τενοντοελυτρίτιδα, η αχίλλεια τενοντίτιδα, η δακτυλίτιδα και η πελματιαία απονευρωσίτιδα. Υπάρχουν και οι δερματικές εκδηλώσεις που εμφανίζουν κυρίως ασυμπτωματικές αλλοιώσεις των βλεννογόνων, γυροειδή βαλανίτιδα και βλεννορραγική κερατοδερμία. Σε πάρα πολλές περιπτώσεις ασθενών υπάρχει οσφυαλγία και επιπεφυκίτιδα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αυτών εμφανίζει φλεγμονή στην ιερολαγόνια άρθρωση (Ιερολαγονίτιδα) αλλά δεν παρατηρείται στην ακτινογραφία από την αρχή. Το HLA B27 είναι συνήθως θετικό (Amor, 1998).

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι μια χρόνια πολυσυστηματική φλεγμονώδης νόσος, όπου η αιτία της βρίσκεται ακόμα υπό έρευνα. Απ' ότι φαίνεται όμως προσβάλλει κυρίως τον αρθρικό υμένα των μικρών αρθρώσεων, όπως των χεριών, των καρπών αλλά και των ποδιών προκαλώντας οιδήματα, πόνο και δυσκαμψία των αρθρώσεων επομένως και λειτουργική ανεπάρκεια (Μουτσόπουλος, 2005).

Το αποτέλεσμα της φλεγμονής που δημιουργείται, προκαλεί την καταστροφή του χόνδρου και παραμόρφωση των οστών. Η ΡΑ εμφανίζει ενδείξεις συστηματικής φλεγμονής όπως αυξημένο αριθμό καθίζησης ερυθροκυττάρων (ESR), C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), κυτοκίνες και θρομβοκύτταρα. Υπάρχει ένα ποσοστό ατόμων που εμφανίζουν εξωαρθρικές εκδηλώσεις ρευματοειδή οζίδια, αγγειίτιδα, νευροπάθεια και σύνδρομο Sjogren. Οι κλινικές εκδηλώσεις όπως και η πορεία της νόσου δεν είναι η ίδια σε όλους, διαφέρουν ανάλογα με το άτομο. Η ΡΑ προσβάλλει 2 με 3 φορές περισσότερο τις γυναίκες απ' ότι τους άνδρες. Αν και μπορεί να συμβεί σε όλες τις ηλικίες, τις περισσότερες φορές εμφανίζεται σε ηλικίες από 45-60 ετών. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα εμφανίζεται σε όλο τον κόσμο όμως η συχνότητα εμφάνισης της νόσου ποικίλλει μεταξύ των πληθυσμών (Goronzy, J & Weyand, 2009).

Σε χώρες του δυτικού κόσμου το ποσοστό είναι το 1% του πληθυσμού. Σε πιο πρόσφατες έρευνες, το ποσοστό αυτό έχει μειωθεί. Για παράδειγμα σε μία έρευνα στη Νότια Σουηδία, το ποσοστό ήταν 0,51% . Παρόμοια στοιχεία βρέθηκαν και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Goronzy, J & Weyand, 2009).

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όπως αναφερθήκαμε και πιο πάνω η ρευματοειδής αρθρίτιδα συνήθως επηρεάζει όλες τις φυλές και τις εθνότητες. Πιο συγκεκριμένα στις ΗΠΑ ο επιπολασμός ποικίλει από 0,3% έως και

1,5% του γενικού πληθυσμού. Οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς στην νόσο διότι προσβάλλονται δυο με τρεις φορές συχνότερα από ότι στους άνδρες. Αν και στατιστικές δείχνουν ότι η πλειοψηφία αυτή των γυναικών δεν είναι τόσο εντυπωσιακή, όσον αφορά τα άτομα που έχουν τον ρευματοειδή παράγοντα στον ορό τους και αλλοιώσεις στις ακτινογραφίες. Όπως προαναφέρθηκε πιο πάνω η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία και ιδιαίτερα στους ενήλικες. Η συχνότερη ηλικία έναρξης της νόσου στις γυναίκες είναι 30 έως 60 ετών (Goronzy, J & Weyand, 2009).

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια νόσος που θεωρείται κληρονομική γι' αυτό και πολλές φορές τα μέλη της ίδιας οικογένειας προσβάλλονται από την αρθρίτιδα και ιδιαίτερα στους μονοωγενείς διδύμους η επίδραση της νόσου είναι πολύ μεγαλύτερη από την αναμενόμενη. Παρ' όλα αυτά η ένδειξη για την γενετική προδιάθεση προέρχεται από την ανάλυση των αντιγόνων HLA τάξεως II (HLA-DR, DQ, DP). Φαίνεται ότι η επιρρέπεια για κάποια νοσήματα όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, καθορίζεται από αυτά τα γονίδια των ανοσιακών απαντήσεων (περιοχή D του MHC) (Goronzy, J & Weyand, 2009).

Τα οροθετικά άτομα με PA, το αντιγόνο HLA-DR4 συνδέεται με την προδιάθεση για την ασθένεια αυτή στις περισσότερες εθνότητες με εξαίρεση τους μαύρους της Αμερικής. Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για να αναπτυχθεί η ρευματοειδής αρθρίτιδα στους ανθρώπους με DR4, αλλά η νόσος θα εμφανιστεί σε ένα πολύ μικρό ποσοστό από τα άτομα αυτά. Επίσης είναι γνωστό ότι διάφοροι υπότυποι του DR4 δεν συνδέονται στον ίδιο βαθμό με την ρευματοειδή αρθρίτιδα, ενώ ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με PA δεν έχουν το αντιγόνο HLA-DR4* (Γιαβασόπουλος & Μανίκου, 2007).

Σε κάποιες άλλες εθνότητες η ρευματοειδής αρθρίτιδα σχετίζεται με το αντιγόνο DR1, ενώ στους Έλληνες ασθενείς δεν έχει εξακριβωθεί συσχέτιση με κάποιο HLA-DR μόριο. Το HLA-DR4 μόριο περιέχει 5 τύπους τους: Dw4, Dw10, Dw13, Dw14, και Dw15, από τους οποίους οι Dw14 και Dw4 συνδέονται με την PA στην καυκάσια φυλή και ο Dw15 στους Ιάπωνες (Goronzy, J & Weyand, 2009).

Τα HLA-DR απαρτίζονται από μια μη πολυμορφική α αλυσίδα και μια πολυμορφική β αλυσίδα. Τα HLA-DRβ αλλήλια που συνδέονται με την PA έχουν κοινή και σχετικά διατηρημένη αλληλουχία αμινοξέων (QRRAA ή QKRAA) στις θέσεις 70-74 της τρίτης υπερμεταβλητής περιοχής (β αλυσίδας), με αποτέλεσμα την επιβεβαίωση της υπόθεσης των Gregersen και συν. για την εξήγηση της γενετικής ετερογένειας της ρευματοειδής αρθρίτιδας. Σε μια πρόσφατη έρευνα Ελλήνων ασθενών με PA εξακριβώθηκε η συσχέτιση της ασθένειας με τις αλληλουχίες των

αμινοξέων QRRAA, QKRAA και RRRAA της τρίτης υπερμεταβλητής περιοχής της β αλυσίδας, που αντιστοιχούν στα μόρια HLADR4, DR1 και DRw10. Παρόλα αυτά το 57% των ασθενών δεν είχαν τις αλληλουχίες των αμινοξέων που αναφέρθηκαν παραπάνω, γεγονός που απεικονίζει την ανοσογενετική ετερογένεια μεταξύ των Ελλήνων ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Γιαβασόπουλος & Μανίκου, 2007).

1.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παρά τις εντατικές έρευνες που έχουν γίνει, η αιτία που προκαλεί την ρευματοειδή αρθρίτιδα παραμένει άγνωστη. Θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ ορμονικών, γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Firestein , et al., 2009).

Παράγοντες που σχετίζονται με το φύλλο

Ο τρόπος που επηρεάζει την προδιάθεση της νόσου το φύλλο είναι πλήρως αποδεκτό. Οι γυναίκες όπως αναφέρθηκε πιο πάνω έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν την νόσο σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναικείες ορμόνες μπορούν να επιδράσουν στο ανοσολογικό σύστημα. Σε έρευνες βρέθηκε ότι η οιστραδιόλη μειώνει την απόπτωση των Β-λεμφοκυττάρων που παράγουν τα αυτοαντισώματα με αποτέλεσμα έτσι την ανάπτυξη αυτοαντιδράσεων κλώνων (Firestein , et al., 2009).

Πειράματα έδειξαν πως η χορήγηση οιστρογόνων σε ζωικά πρότυπα της ασθένειας μπορεί να διεγείρει ή να καταστείλει την ανοσιακή απάντηση από τα Τ-λεμφοκύτταρα ανάλογα με τη δόση και το χρονικό διάστημα χορήγησης. Είναι γνωστό ότι οι υποδοχείς των οιστρογόνων υπάρχουν στα κύτταρα του υμένα της άρθρωσης και η διέγερσή τους αυξάνει την παραγωγή των ειδικών ενζύμων και φλεγμονωδών κυτταροκινών με αποτέλεσμα την οστική βλάβη (Firestein , et al., 2009).

Αν και οι μελέτες για τις μοριακές επιδράσεις των οιστρογόνων βρίσκονται ακόμα σε εξέλιξη, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ορμόνες μπορούν να επιδράσουν και να επηρεάσουν τα κύτταρα που συμμετέχουν στην παθογένεια της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Υπάρχουν επίσης και αναπαραγωγικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αιτία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας καθώς παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος σε άτοκες γυναίκες, ενώ φαίνεται ότι οι γυναίκες που επιλέγουν να θηλάσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να μειωθεί (\geq ένα έτος). Ωστόσο κατά την

διάρκεια της κύησης ένα ποσοστό (75% περίπου) των γυναικών με RA φαίνεται να υπάρχει ύφεση της νόσου ενώ μετά των τοκετό σε ένα διάστημα μερικών εβδομάδων παρατηρείται έξαρση της νόσου (Firestein , et al., 2009).

Στους άνδρες με ρευματοειδή αρθρίτιδα τα επίπεδα των ανδρογόνων (τεστοστερόνη και δευδροεπιανδροστερόνης) φαίνεται να είναι χαμηλότερα από το φυσιολογικό, ενώ τα επίπεδα της οιστραδιόλης είναι αρκετά αυξημένα. Παρόλα αυτά δεν έχει εξακριβωθεί αν αυτό σχετίζεται με την αιτία ή είναι συνέπεια χρόνιας φλεγμονής (Firestein , et al., 2009).

Γενετικοί παράγοντες

Οι γενετικοί παράγοντες μπορούν να συντελέσουν στην ανάπτυξη της ασθένειας. Στα άτομα που έχουν συγγενή πρώτου βαθμού όπου νοσεί από ρευματοειδή αρθρίτιδα ο κίνδυνος για την ανάπτυξη της νόσου είναι 1.5 φορές υψηλότερος από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Μελέτες δείχνουν ότι η επίδραση της νόσου στους διδύμους είναι σημαντικά υψηλότερη σε μονοζυγωτικούς από ότι στους διζυγωτικούς σε ποσοστό 12-15% έναντι 3.5% αντίστοιχα. Σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες και οι γενετικοί αλλά και οι κοινοί περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να συμβάλουν στην εμφάνιση της νόσου. Θεωρείται ότι ο γενετικός παράγοντας συμμετέχει 50-60% στον κίνδυνο εμφάνισης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

Η κυριότερη σύνδεση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας με τον γενετικό παράγοντα είναι ορισμένα αλληλία του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας (Major Histocompatibility Complex - MHC) ή συστήματος HLA (Human Leukocyte Antigen) αντιγόνων ανθρώπινων λευκοκυττάρων. Η RA σχετίζεται με την αλληλουχία αμινοξέων της τρίτης υπερμεταβλητής περιοχής των HLA-DR β- αλύσων με ονομασία «κοινός επίτοπος». Σύμφωνα με αυτήν την αλληλουχία αμινοξέων (λευκίνη, γλουταμίνη, λυσίνη, αργινίνη, αλατίνη στις θέσεις 67,70,71,72 και 74) τα άτομα αυτά εμφανίζουν μεγαλύτερη επίδραση και επιπολασμό της νόσου από τα άτομα που δεν την έχουν. Η συγκεκριμένη αλληλουχία υπάρχει στις DR4, DR14 και κάποιες DR1β-αλύσους (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

Έρευνες αναφέρουν την γενετική συσχέτιση σε πληθυσμούς όπως της Ισπανίας, Ινδίας, Βόρειο-Δυτικής Ευρώπης και Κορέας χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ισχύει για όλους τους πληθυσμούς. Επίσης υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που φέρουν τον κοινό επίτοπο χωρίς να εμφανίσουν την νόσο (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

Ρόλος της αυτοανοσίας

Αυτοανοσία είναι μια παθολογική κατάσταση όπου το ανοσοβιολογικό σύστημα διακρίνει τα αντιγόνα του ως ξένα (αυτοαντιγόνα) και παράγει αυτοαντισώματα με συνέπεια την ιστική βλάβη ή λειτουργική ανεπάρκεια. Μερικά από τα αυτοάνοσα νοσήματα είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου I, η νόσος Graves, ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος κ.ά. (Σακκάς & Σταθάκης, 2004).

Οι ρευματοειδείς παράγοντες (Rheumatoid Factors-RFs) είναι αυτοαντισώματα (το πιο συχνό είναι το αντίσωμα IgM και σπανιότερα τα αντισώματα IgG και IgA) εναντίον του Fc τμήματος της ανοσοσφαιρίνης IgG που βρίσκονται στον ορό των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε ποσοστό 75-80%. Η χορήγηση του ρευματοειδή παράγοντα σε άρθρωση με ρευματοειδή αρθρίτιδα καταλήγει σε φλεγμονώδη απάντηση, με την απομόνωση των Β-λεμφοκυττάρων από τον αρθρικό υμένα των ασθενών τότε εκκρίνουν τους ρευματοειδείς παράγοντες υποδηλώνοντας ότι το αυτοαντίσωμα παράγεται στην άρθρωση. Επίσης οι ρευματοειδείς παράγοντες μπορεί να βρεθούν και σε άλλα νοσήματα όπως κακοήθειες, χρόνιες λοιμώξεις και σε άλλες ρευματικές ασθένειες (για παράδειγμα σύνδρομο Sjogren, συστηματική σκλήρυνση, σύνδρομο ερυθηματώδους λύκου) καθώς επίσης σε ηλικιωμένα άτομα (10% >70 ετών) αλλά και σε υγιή (1-4%) (Σακκάς & Σταθάκης, 2004).

Στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα ανιχνεύεται συχνά στον ορό τους αυτοαντισώματα (75%) έναντι κιτρουλινιωμένων πεπτιδίων ή πρωτεϊνών (anticitrullinated protein antibodies – ACPA). Η κιτρουλλίνη είναι ένα αμινοξύ που σε φυσιολογικά πλαίσια δεν υπάρχει στον οργανισμό, παράγεται από την απαμίνωση υπολειμμάτων της αργινίνης (φυσικό αμινοξύ) στις πρωτεΐνες από ειδικά ένζυμα (πεπτιδυλαργινίνη-απαμινάσες). Οι πιθανότητες ανάπτυξης RA ασθενείς με θετικά RF και ACPA είναι πάνω από 95%. Ο συνδυασμός του RF και των ACPA μπορεί να προκαλέσει σοβαρότερη και πιο επιθετική μορφή της νόσου. Ωστόσο μπορεί να ανιχνευθούν στον ορό του ατόμου έως και 10 χρόνια πριν την εκδήλωση της. Τα ACPA εκδηλώνονται μερικά χρόνια πιο μπροστά από τον RF. Η ανάπτυξη των αντισωμάτων στον ορό μπορεί να ληφθεί και ως παράγοντας κινδύνου για την συνέχεια ανάπτυξης της νόσου. Οι γενετικοί δείκτες μαζί με τους ACPA, τον κοινό επίτοπο και του αλληλίου PTPN22 αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο ανάπτυξης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Σακκάς & Σταθάκης, 2004).

Λοιμογόννοι παράγοντες (Ιοί, Βακτήρια)

Μολονότι δεν έχει αποδειχθεί η συσχέτιση ανάμεσα στους λοιμογόνους παράγοντες και στην ρευματοειδή αρθρίτιδα, κάποιες πρόσφατες μελέτες υποδηλώνουν πως τα βακτηριακά προϊόντα και το γενετικό υλικό των ιών που εμφανίζονται σε αρθρώσεις ασθενών δεν καθορίζουν την διαδικασία μιας ενεργού φλεγμονής. Παρόλα αυτά οι λοιμογόννοι παράγοντες συμμετέχουν στην αρθρίτιδα σε άτομα με γενετική προδιάθεση διεγείροντας την φυσική ανοσία προκαλώντας έτσι την ενίσχυση της επίκτητης ανοσίας. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν οι υποδοχείς στην ενεργοποίηση της φυσικής ανοσίας και την έναρξη της ασθένειας, οι οποίοι ονομάζονται Toll-like receptors (TLRs). Οι υποδοχείς αυτοί έχουν την ιδιότητα να αναγνωρίζουν δομές βακτηρίων και άλλων λοιμογόνων παραγόντων με αποτέλεσμα την απελευθέρωση μεσολαβητών φλεγμονής όπως κυτταρικινών, την πυροδότηση αντιγονο-παρουσιαστικών κυττάρων και την ενδυνάμωση της επίκτητης ανοσίας. Βακτηριακές πεπτιδογλυκάνες σε ιστούς υμένα ρευματοειδής αρθρίτιδας μπορούν να πυροδοτήσουν τους υποδοχείς TLRs (Σακκάς & Σταθάκης, 2004).

Ένας άλλος μηχανισμός που εμπλέκεται στην διαδικασία αυτή ονομάζεται φλεγμονόσωμα. Είναι ένα σύμπλοκο πρωτεϊνών που αναγνωρίζει παθογόνους μικροοργανισμούς. Το βασικό του συστατικό στον μηχανισμό αυτό είναι η κρυοπυρίνη που υπάρχει σε αρκετή ποσότητα στο αρθρικό υγρό ρευματοειδής αρθρίτιδας. Όταν ενεργοποιείται το φλεγμονόσωμα παράγει κυτταροκίνες όπως η ιντερλευκίνη -1 και -18 που σχετίζονται με την παθογένεια της ρευματοειδής αρθρίτιδας. Τα κυριότερα βακτήρια που εμπλέκονται με την ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι το μυκόπλασμα, εντερικά βακτηρίδια και μυκοβακτηρίδια (Σακκάς & Σταθάκης, 2004).

Επίσης υπάρχουν ιοί που μελετήθηκαν και θεωρούνται πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση της ρευματοειδής αρθρίτιδας όπως ο ιός Epstein-Barr (EBV). Ο ιός αυτός ενεργοποιεί πολυκλωνικά τα Β-λεμφοκύτταρα με αποτέλεσμα την αυξημένη παραγωγή του ρευματοειδή παράγοντα. Οι ασθενείς αυτοί έχουν μεγάλο φορτίο του ιού αλλά και του γενετικού υλικού που εμφανίζεται στο αρθρικό υμένα. Η πρωτεΐνη του ιού έχει την ίδια αλληλουχία αμινοξέων που φέρει και ο κοινός επίτοπος. Αυτές οι πρωτεΐνες μπορούν να πυροδοτήσουν την αυτοανοσία μέσω της μοριακής μίμησης μια διαδικασία όπου ο οργανισμός αντενεργεί

ανοσολογικά εναντίον των ενδογενών πεπτιδίων που μοιάζουν με τις αλληλουχίες των εξωγενών πεπτιδίων (παθογόνων) (Σακκάς & Σταθάκης, 2004).

Υπάρχουν μελέτες όπου συσχετίζουν τους εξωγενείς ρετροϊούς (HIV, HTLV-I) με την ρευματοειδή αρθρίτιδα αλλά δεν αποδεικνύουν την σαφή σχέση μεταξύ τους. Οι μελέτες για τον ρόλο των ανθρώπινων ενδογενών ρετροϊών (Human Endogenous Retroviruses -HERVs) ως αιτία για την ανάπτυξη της RA βρίσκεται ακόμα υπό εξέλιξη. Οι HERVs είναι ιοί απολιθωμένοι που ενεργοποιήθηκαν με το ανθρώπινο γονιδίωμα εκατομμύρια χρόνια πριν και τώρα αποτελούν μέρος του ανθρώπινου γενετικού υλικού σε ποσοστό 8%. Πιστεύεται πως οι μηχανισμοί των ανθρώπινων ενδογενών ρετροϊών περιλαμβάνουν την μοριακή μίμηση και την απορύθμιση του ανοσολογικού συστήματος με αποτέλεσμα να μπορούν να προκαλέσουν την νόσο (Σακκάς & Σταθάκης, 2004).

Υπεραντιγόνα και Πρωτεΐνες Θερμικού Shock

Τα υπεραντιγόνα είναι αντιγόνα που ενεργοποιούν ένα μεγάλο αριθμό T λεμφοκυττάρων σε ποσοστό 1-10% σε αντίθεση με άλλα αντιγόνα που ενεργοποιούν λίγα T λεμφοκύτταρα (1 στα 10.000). Για παράδειγμα κάποια από τα υπεραντιγόνα είναι οι πρωτεΐνες θερμικού στρες (heat shock proteins-HSPs) και οι σταφυλοκοκκικές ενδοτοξίνες. Οι πρωτεΐνες αυτές είναι ενδοκυττάρια πρωτεΐνες που επάγονται από κάποια ερεθίσματα όπως λοιμογόνους παράγοντες, θερμότητα, οξειδωτική βλάβη (Bahr, Rook, & al-Saffar, 1988).

Το πρώτο εύρημα για την σύνδεση ανάμεσα σε HSPs, λοίμωξη και ρευματοειδή αρθρίτιδα ήταν πως το συστατικό του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης που το χρησιμοποιούσαν (σε συνδυασμό με το ανοσοεπιτακτικό Freund's) για να προξενήσουν αρθρίτιδα σε ποντίκια ήταν μία πρωτεΐνη θερμικού στρες η 65 kD. Αυτή η πρωτεΐνη πυροδοτεί την ενεργοποίηση των λεμφοκυττάρων από ασθενή με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Θεωρείται πως τέτοιες πρωτεΐνες μοιράζονται ίδια αντιγονικά στοιχεία με πρωτεΐνες του ξενιστή και προκαλούν την δημιουργία διασταυρούμενων αντισωμάτων μέσω της διαδικασίας της μοριακής μίμησης οδηγώντας στη συνέχεια σε αυτοάνοση απάντηση (Bahr, Rook, & al-Saffar, 1988).

Η πρωτεΐνη dnaJ του βακτηριδίου *Escherichia coli* (E-coli) είναι επίσης μια πρωτεΐνη θερμικού στρες που έχει τον κοινό επίτοπο και είναι ισχυρά αντιγονική. Τα άτομα τα οποία έχουν το αλληλίο HLA-DR4, η λοίμωξη από E-coli μπορεί να δημιουργεί αντισώματα εναντίον του κοινού επίτοπου της πρωτεΐνης dnaJ τα οποία δρουν ως αυτοαντισώματα με υψηλή συγγένεια

εναντίον του κοινού επίτοπου του HLA-DR4 με αποτέλεσμα την συστηματική αυτοάνοση απάντηση και διαίωνιση της διαδικασίας της ΡΑ (Bahr, Rook, & al-Saffar, 1988).

Κάπνισμα

Το κάπνισμα αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Ιδιαίτερα τα άτομα με γενετική προδιάθεση δηλαδή που έχουν τον κοινό επίτοπο. Διάφορες μελέτες φαίνεται να υποστηρίζουν ότι υπάρχει ισχυρότερη συσχέτιση με τα έτη καπνίσματος παρά με τον αριθμό των τσιγάρων ανά ημέρα. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας σε καπνιστές αυξάνεται σε άτομα που φέρουν τον κοινό επίτοπο (2-6 φορές) σε σύγκριση με μη καπνιστές και ακόμα μεγαλύτερος (6-16 φορές) σε ανθρώπους με θετικό τον RF. Το κάπνισμα σχετίζεται και με ρευματικά οζίδια, ακτινολογικές διαβρώσεις, οροθετικότητα κ.α. (Klareskog, Stolt, Lundberg, & al, 2006).

Τα άτομα που είναι θετικά σε ACPA σε συνδυασμό με το κάπνισμα αυξάνουν τις πιθανότητες για την ανάπτυξη της ΡΑ. Ο καπνός προκαλεί φλεγμονή και την ενεργοποίηση της φυσικής ανοσίας με αποτέλεσμα την κιτροουλινοποίηση των πεπτιδίων. Τα επαναλαμβανόμενα ερεθίσματα από το χρόνιο κάπνισμα και την χρόνια έκθεση σε κιτρουλινιωμένα πεπτίδια σε άτομα με γενετική προδιάθεση έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή ACPA και την έναρξη της ΡΑ (Klareskog, Stolt, Lundberg, & al, 2006).

Επαγγελματική Έκθεση

Η επαγγελματική έκθεση σε σκόνες και ίνες είναι ακόμα ένας παράγοντας ανάπτυξης ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Η έκθεση σε πυρίτιο αύξησε τον κίνδυνο ανάπτυξης στους άνδρες ανεξάρτητα από το κάπνισμα. Σε μελέτες που έγιναν αποδείχτηκε πως η έκθεση σε πυρίτιο αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο σε ποσοστό 3,43%. Επίσης είναι σημαντικό να αναφερθεί πως υπάρχουν και άλλες επαγγελματικές εκθέσεις που έχουν συσχετιστεί με την ρευματοειδή αρθρίτιδα όπως οι ηλεκτρολογικές και ξυλουργικές εργασίες και εργασίες όπου τα άτομα εκτίθενται σε ασβέστιο (Khuder, Peshimam, & Agraharam, 2002).

Άλλοι πιθανοί παράγοντες

Μελέτες έδειξαν την συσχέτιση του αυξημένου βάρους γέννησης με τον κίνδυνο ανάπτυξης της ρευματοειδής αρθρίτιδας ενώ η μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού, το υψηλότερο κοινωνικό αλλά και οικονομικό επίπεδο φαίνεται να σχετίζονται με μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης της ΡΑ. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η παχυσαρκία μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης ΡΑ ενώ η αυξημένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος δεν έχει σχέση με τον κίνδυνο για ρευματοειδή αρθρίτιδα (Liao, Alfredsson, & Karlson, 2009).

Υπό διερεύνηση βρίσκεται ακόμα η συσχέτιση της έλλειψης βιταμίνης D με την εκδήλωση της ΡΑ. Διφορούμενος παραμένει ο ρόλος των αντισυλληπτικών καθώς μελέτη από την Δανία αναφέρει συσχέτιση της χρήσης τους με τον κίνδυνο εκδήλωσης ΡΑ θετικής με ΑCPA σε άτομα που έχουν τον κοινό επίτοπο ενώ σε πρόσφατη έρευνα από την Κίνα δεν βρέθηκε συσχέτιση (Liao, Alfredsson, & Karlson, 2009).

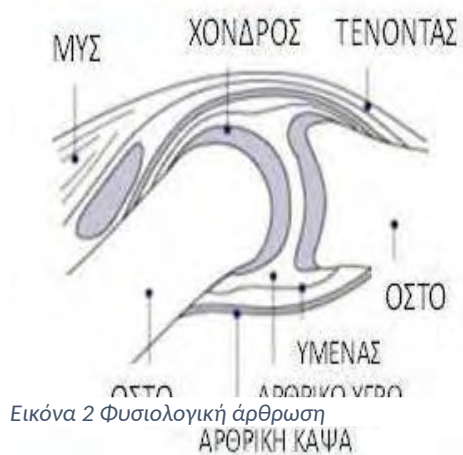
1.6 ΒΑΣΙΚΗ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια πολύπλοκη νόσος και η παθογένεια της δεν είναι πλήρως κατανοητή. Η κύρια θέση της φλεγμονής είναι ο υμένας της άρθρωσης. (Εικόνα 1). Η φυσική και επίκτητη ανοσία συσχετίζονται με την παθογένεια της ρευματοειδής αρθρίτιδας (Εικόνα 2). Η ιστολογική εικόνα του αρθρικού υμένα στην αρθρίτιδα είναι συνέπεια μιας διαδικασίας που περιλαμβάνει των συνδυασμό μοριακών σημάτων (μόρια προσκόλλησης, χημειοκίνες, κυτταροκίνες, αυξητικοί παράγοντες) και κυτταρικών διεργασιών (πολλαπλασιασμός, μετανάστευση κυττάρων, απόπτωση, επιβίωση). Στον υμένα της άρθρωσης παρατηρείται υπερπλασία υμενοκυττάρων, ινοβλαστών, μονοκυττάρων, αγγείων και διήθηση από τα λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα, δενδριτικά κύτταρα, μακροφάγα κ.α. (Firestein , et al., 2009).

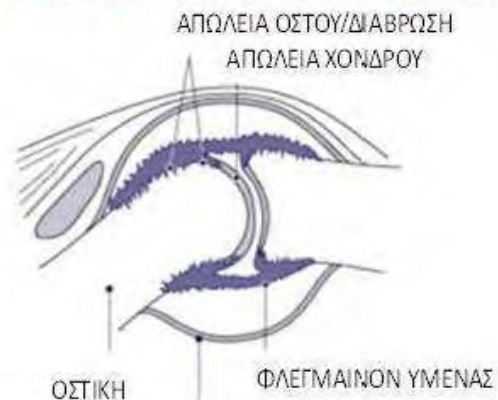
Οι φλεγμονώδεις κυτταροκίνες (παράγοντας νέκρωσης όγκων TNF-α, ιντερλευκίνη IL-1, IL-6, IL-10) και τα πρωτεολυτικά ένζυμα που παράγονται από τα φλεγμονώδη κύτταρα σε συνδυασμό με τα ενεργοποιημένα μονοκύτταρα και τους οστεοκλάστες συμβάλλουν στην καταστροφή της άρθρωσης. Οι λάχνες (δηλαδή προεξοχές) του υμένα μέσα στην κοιλότητα της άρθρωσης επεκτείνονται στον υποκείμενο χόνδρο και το οστόν με αποτέλεσμα την δημιουργία του υπερπλαστικού ιστού ο οποίος καλείται «πάννος» (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

Το αρθρικό υγρό που παράγεται από τον αρθρικό υμένα υπάρχει φυσιολογικά στην άρθρωση για την λίπανση των αρθρικών επιφανειών, αλλά στην περίπτωση της ρευματοειδής αρθρίτιδας μπορεί να αυξηθεί δραματικά η ποσότητα του λόγω αυξημένης διαπερατότητας της μικροαγγείωσης του υμένα. Σε περίπτωση φλεγμονής του υγρό τα κύτταρα που υπερτερούν είναι πολυμορφοπύρηννα ουδετερόφιλα (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΡΘΡΩΣΗ



ΑΡΘΡΩΣΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ



Εικόνα 1 Προσβολή άρθρωσης από ΡΑ με πρωταρχική βλάβη στον αρθρικό υμένα.

Εικόνα 3 Σχηματικό διάγραμμα πιθανών παθογενετικών μηχανισμών στη ΡΑ

Η έμφυτη ανοσία είναι η ανοσία που ενεργοποιεί δενδρικά (DC) και μακροφάγα (ΜΦ) κύτταρα όπως επίσης και κύτταρα-ινοβλάστες (FLS) του αρθρικού υμένα στα πρώτα στάδια σε άτομα με υποκειμενική ανοσολογική υπεραντιδραστικότητα και αυτό αποδεικνύεται από την παραγωγή αυτοαντισωμάτων. Για την διαδικασία αυτή απαραίτητη είναι η γενετική προδιάθεση, όπου θα συμπεριλαμβάνεται η παρουσία κάποιων πολυμορφισμών στα γονίδια που καθορίζουν τις ανοσοαποκρίσεις και τις περιβαλλοντικές εκθέσεις (Firestein , et al., 2009).

Τα δενδρικά κύτταρα μεταναστεύουν στα κεντρικά λεμφικά όργανα, με αποτέλεσμα την παρουσία αντιγόνων τα οποία ενεργοποιούν τα Τ λεμφοκύτταρα και στην συνέχεια τα Β λεμφοκύτταρα. Στη πορεία αυτή, τα λεμφοκύτταρα μεταναστεύουν πίσω στον αρθρικό υμένα με επίπτωση στην ενίσχυση της επίκτητης ανοσίας στο προσβεβλημένο όργανο. Όσο συνεχίζεται να επαναλαμβάνεται η ενεργοποίηση της έμφυτης ανοσίας υπάρχει κίνδυνος χρόνιας φλεγμονής και η παρουσία αντιγόνου στον αρθρικό υμένα. Όσο εξελίσσεται η ασθένεια, υπάρχουν κάποιοι τύποι κυττάρων που ενεργοποιούν οστεοκλάστες (OC), με την βοήθεια του ενεργοποιητή υποδοχέα του πυρηνικού παράγοντα κΒ (NPKB)/ του ενεργοποιητή του υποδοχέα NFκΒ συνδετή (RANK/RANKL) συστήματος. Αν η μεγαλύτερη διέγερση προκαλείται από τους ινοβλάστες (FLS) και τα Τ λεμφοκύτταρα. Επίσης στην διαδικασία αυτή μπορεί να συμβάλει και η αυτόνομη ενεργοποίηση των FLS (Firestein , et al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η αναγνώριση των συμπτωμάτων της ρευματοειδής αρθρίτιδας βοηθά στην ταχύτερη διάγνωση. Όσο πιο γρήγορη είναι η διάγνωση τόσο πιο αποτελεσματική κρίνεται και η θεραπεία. Στα κύρια συμπτώματα της ΡΑ είναι ο χρόνιος πόνος και η ακαμψία των αρθρώσεων και έχουν κυρίως πρωινό χαρακτήρα λόγω της πολύωρης ακινησίας (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα εκδηλώνεται με τρεις πιθανές διαφοροποιήσεις: προοδευτική στο 70%, υποξεία στο 20% ή οξεία στο 10% των περιπτώσεων. Τα συμπτώματα τα οποία εκδηλώνονται στην προοδευτική είναι συνήθως γενικευμένα, όπως απώλεια βάρους, ανορεξία, κόπωση, πόνος στις αρθρώσεις (ξεκινάει από τις μικρότερες και σταδιακά εκτείνεται και στις μεγαλύτερες), αδυναμία, ευαισθησία και δυσκαμψία και με το πέρασμα των ετών η φλεγμονή

εγκαθίσταται στην άρθρωση. Σε αντίθεση με την προοδευτική η οξεία εκδηλώνεται από αιφνίδια εγκατάσταση της νόσου και μερικές φορές μπορεί να συνυπάρχει μαζί με τα άλλα συμπτώματα και ο πυρετός (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Αρθρικές εκδηλώσεις

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια ετερογενής νόσος που η έναρξη και η πορεία διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Η τυπική «κλασική» ρευματοειδής αρθρίτιδα έχει σταδιακή έναρξη με πόνο, δυσκαμψία και οίδημα πολλών αρθρώσεων (πολυαρθρίτιδα) που μπορεί να διαρκέσει από εβδομάδες μέχρι και μήνες. Επίσης μπορεί να συνυπάρχουν και άλλα συμπτώματα όπως χαμηλός πυρετός, αίσθημα κόπωσης, απώλεια βάρους, μυαλγίες και ανορεξία (Firestein , και συν., 2009).

Η πρωινή δυσκαμψία είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της ρευματοειδής αρθρίτιδας που διαρκεί πάνω από μια ώρα. Οι ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία στην κίνηση των αρθρώσεων όταν σηκώνονται από το κρεβάτι ή αφού μείνουν στην ίδια θέση για κάποια ώρα. Για να διευκολύνουν την καθημερινότητα τους μπορεί να ξυπνούν μία ως 2 ώρες νωρίτερα από ότι συνήθως για να υπάρχει χρόνος να χαλαρώνουν οι αρθρώσεις. Δυσκολεύονται σε καθημερινές δραστηριότητες λόγω του πόνου και του οιδήματος των καρπών και των μικρών αρθρώσεων των χεριών (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα προσβάλλει τις περιφερικές αρθρώσεις στους περισσότερους ασθενείς. Στα πρώτα στάδια της ασθένειας τυπικά προσβάλλονται οι μετακαρπιοφαλαγγικές (ΜΚΦ) και εγγύς φαλαγγοφαλαγγικές (ΕΦΦ) αρθρώσεις των δαχτύλων των χεριών, οι μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις των αντίχειρων, οι καρποί και οι μεταταρσιοφαλαγγικές (ΜΤΦ) αρθρώσεις των δαχτύλων των ποδιών. Στη συνέχεια όμως καθώς προχωράει η νόσος μπορεί να προσβληθούν μεγαλύτερες αρθρώσεις όπως οι ώμοι, οι αγκώνες, οι ποδοκνημικές, και τα γόνατα. Πολύ σπάνια προσβάλλονται οι στερνοκλειδικές αρθρώσεις, οι κροταφογοναθικές και η αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΑΜΣΣ) (Firestein , και συν., 2009).

Τα μόνα σημεία που δεν προσβάλλονται από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι οι άπω φαλαγγοφαλαγγικές αρθρώσεις και η θωρακοσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Η προσβολή των αρθρώσεων χαρακτηρίζεται ως συμμετρική, επειδή νοσούν οι ίδιες αρθρώσεις και από τις δύο

πλευρές του σώματος. Αυτό μπορεί να μην είναι πάντα από τη αρχή της νόσου έκδηλο (Firestein , και συν., 2009).

Εξωαρθρικές εκδηλώσεις

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα εκτός από τις αρθρώσεις μπορεί να προσβάλει και άλλα όργανα (Πίνακας 1). Αυτό συνήθως συμβαίνει αφού η νόσος έχει εξελιχθεί αρκετά έως και 50%. Η πιο κοινή (έως 35%) εξωαρθρική εκδήλωση είναι το σύνδρομο Sjogren που παρουσιάζει ξηροφθαλμία και ξηροστομία. Τα ρευματικά οζίδια με ποσοστό 25 -50% συνήθως αναπτύσσονται σε θέσεις πίεσης όπως αγκώνες, δάχτυλα και αχίλλειοι τένοντες. Τα οζίδια συνυπάρχουν με οροθετική ρευματοειδή αρθρίτιδα. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών (50%) αναπτύσσουν πάχυνση υπεζωκότα σε αυτοψίες (συνήθως ασυμπτωματικές) (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

Η πλευριτική συλλογή και η πλευρίτιδα μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρη σε ποσοστό 25% των ασθενών. Εμφανίζεται με θωρακικό πόνο και δυσκολία στην αναπνοή. Ποσοστό έως και 30 % των περιπτώσεων παρουσιάζουν παρεγχυματική πνευμονική νόσο με πνευμονικά οζίδια (συνήθως ασυμπτωματικά) και/ή διάχυτη διάμεση πνευμονική νόσο που μοιάζει με την ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση, αποφρακτική βρογχιολίτιδα, βρογχεκτασίες ή αποφρακτική βρογχιολίτιδα με οργανωμένη πνευμονία (BOOP) (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα μπορεί να προκαλέσει επίσης περικαρδίτιδα (συλλογή υγρού στο περικάρδιο) αλλά σπάνια είναι συμπτωματική. Η αγγειίτιδα των μικρών αγγείων δεν παρουσιάζεται συχνά και γενικά περιορίζεται στα δάχτυλα και στην κοίτη των ονύχων. Μπορεί όμως να προκαλέσει και περιφερική νευροπάθεια και/ή πολλαπλή μονονευρίτιδα που εκδηλώνεται με πτώση άκρας χειρός ή ποδός. (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008)

Πίνακας 1. Εξωαρθρικές εκδηλώσεις σε ασθενείς με PA, Ανατύπωση από Klippel J, Stone J, Crofford L, White P, Primer on the Rheumatic Diseases, 13th edition, New York, USA, Spinger, 2008

<i>Όργανο/Σύστημα</i>	<i>Εκδήλωση-Σχόλια</i>
Δέρμα	Υποδόρια ρευματικά οζίδια (25%-50%)
Αιματολογικές εκδηλώσεις	Νορμόχρωμη νορμοκυτταρική αναιμία (25%-30%), θρομβοκυττάρωση, θρομβοπενία, λεμφαδενοπάθεια
Σύνδρομο Felty	Σπληνομεγαλία με ουδετεροπενία, θρομβοπενία, μεγάλα κοκκιώδη λεμφοκύτταρα. Εκδήλωση προχωρημένης νόσου
Ηπατικές	Μη ειδική τρανσαμινασαιμία
Πνευμονολογικές εκδηλώσεις	Πάχυνση υπεζωκότα, πλευρικές συλλογές,

	πνευμονικά οζίδια, διάχυτη διάμεση πνευμονολογική νόσος, σύνδρομο Caplan, βρογχεκτασίες, αποφρακτική βρογχολίτιδα, αποφρακτική βρογχολίτιδα με οργανωμένη πνευμονία (BOOP), πνευμονική αρτηριακή υπέρταση, συρρικνωμένος πνεύμονας
Καρδιακές εκδηλώσεις	Περικαρδίτιδα, σπάνια ρευματοειδή οζίδια στις βαλβίδες που μπορεί να οδηγήσουν σε ρήξη και οξεία ανεπάρκεια των βαλβίδων, αθηροσκληρυντική νόσος
Οφθαλμολογικές εκδηλώσεις	Ξηρά κερατοεπιπεφυκίτιδα (10%-15%), επισκληρίτιδα, σκληρίτιδα, ραγοειδίτιδα, διατритική σκληρομαλάκυνση
Νευροπάθεια	Συνήθως συμπιεστική και σπάνια αγγειακής αιτιολογίας, αυχενική μυελοπάθεια
Αγγειίτιδα	Συχνότερα δερματική αγγειίτιδα με καφέ κηλίδες στην κοίτη των ονύχων, παρανύχια, ράγες δακτύλων, σπάνια δερματικά έλκη, γάγγραινα δακτύλων, πολυνευρίτιδα, πολλαπλή μονονευρίτιδα, σπλαχνικά έμφρακτα
Λεμφαδενοπάθεια	Όχι πολύ συχνή
Αμυλοείδωση	Με αμυλοειδές Α, όψιμη επιπλοκή, σε νεφρούς, γαστρεντερικό σύστημα και σπάνια σε πνεύμονες
Μυϊκές	Μυϊκή ατροφία, σπάνια φλεγμονώδη μυοσίτιδα

2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για την διάγνωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας πρέπει να γίνεται διερεύνηση των κλινικών, απεικονιστικών αλλά και εργαστηριακών ευρημάτων.

φυσική εξέταση του μυοσκελετικού

Τα πρώτα χαρακτηριστικά της φλεγμονής των αρθρώσεων στην ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι ο πόνος και το οίδημα. Ο πόνος αναγνωρίζεται με τοπική ευαισθησία κατά την πίεση της

άρθρωσης ή κατά την κίνηση. Η διόγκωση (οίδημα) μπορεί να προκαλείται από την φλεγμονώδη υπερτροφία του αρθρικού υμένα (υμενίτιδα) ή και σε συλλογή υγρού στην άρθρωση. Δύο άλλα γνωρίσματα της φλεγμονής είναι η θερμότητα και η ερυθρότητα που μπορεί να υπάρχουν στην άρθρωση που έχει προσβληθεί από ΡΑ (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

Η παραμόρφωση, το υπεξάρθρωμα και η απόκλιση είναι ενδείξεις οστικής βλάβης και παρουσιάζονται στην μετέπειτα πορεία της νόσου. Τα πιο συνηθισμένα σημεία ανάπτυξης της ΡΑ είναι στα χέρια. Η ατρακτοειδής διόγκωση των εγγύς φαλαγγοφαλαγγικών αρθρώσεων είναι από τα πρώιμα ευρήματα (Εικόνα 4). Συχνά παρατηρείται πάχυνση των παλαμιαίων τενόντων που προκαλείται από την υμενίτιδα των ελύτρων των τενόντων (τενοντούμενίτιδα). Τα οζίδια που μπορεί να υπάρχουν συνήθως, σχηματίζονται κατά μήκος των ελύτρων των τενόντων παρεμποδίζοντας έτσι την ελεύθερη κίνηση του τένοντα και την πλήρη κάμψη ή έκταση των δαχτύλων. Η τενοντούμενίτιδα μπορεί να προκαλέσει ρήξη των τενόντων, κυρίως του μακρού εκτίνοντα του αντίχειρα. Επίσης η αδυναμία σύσφιξης της γροθιάς είναι ακόμη ένα κλινικό χαρακτηριστικό γνώρισμα (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

Η υμενίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα σε κάποιους ασθενείς λόγω πίεσης του μέσου νεύρου. Αυτό όμως μπορεί να συμβεί και από την συλλογή υγρού στην άρθρωση. Με την εξέλιξη της νόσου, η προσβολή των αρθρώσεων προκαλεί την ατροφία των παρακειμένων μυών που είναι ορατή στους μεσόστεους μυς των άκρων χειρών. Οι χαρακτηριστικές παραμορφώσεις της ρευματοειδής αρθρίτιδας στα χέρια είναι αποτέλεσμα χρόνιας φθοράς του οστού, του χόνδρου και των τενόντων. Οι παραμορφώσεις αυτές είναι η μη ανατάξιμη ωλένια απόκλιση των δαχτύλων, η υπερέκταση των εγγύς φαλαγγοφαλαγγικών με σύγκαμψη των άπω φαλαγγοφαλαγγικών (ΑΦΦ) (σημείο λαιμού κύκνου), το ραχιαίο υπεξάρθρωμα των μετακαρπιοφαλαγγικών αρθρώσεων, η σύγκαμψη των εγγύς φαλαγγοφαλαγγικών με υπερέκταση των άπω φαλαγγοφαλαγγικών (σημείο κουμπότρυπας), η «γραμμή Ζ» του αντίχειρα καθώς και η κάμψη των δαχτύλων προς τα κάτω λόγω ρήξης των εκτεινόντων τενόντων και αδυναμία έκτασης των δαχτύλων (Εικόνα 4) (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).



Εικόνα 4 Παραμορφώσεις άνω άκρων στη ΡΑ Ανατύπωση από Firestein G, Budd R, Harris E, McInnes I, Ruddy S, Sergent J. *Kelley's Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Volume II, Philadelphia, Saunders Elsevier, 2009*. Αριστερά. Α. πολυαρθρίτιδα με ατρακτοειδή διόγκωση των ΕΦΦ αρθρώσεων. Β. Ωλένια απόκλιση των ΜΚΦ αρθρώσεων. Δεξιά. Α. Σημείο λαϊμού κύκνου Β. Σημείο κουμπότρυπας.

Εργαστηριακά ευρήματα

Ως δείκτες ένδειξης για την δραστηριότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι η αυξημένη τιμή της ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (ΤΚΕ) και της πρωτεΐνης οξείας φάσης CRP (C-reactive protein) όπου ανιχνεύονται συνήθως στην έξαρση της νόσου. Ένα ποσοστό των ασθενών με ΡΑ (περίπου 25) εμφανίζουν νορμόχρωμη νορμοκυτταρική αναιμία που είναι ως αποτέλεσμα της χρόνιας φλεγμονής (Klippel, Stone, Crofford, & White, 2008).

Επίσης η έλλειψη σιδήρου λόγω απώλειας αίματος από το γαστρεντερικό μπορεί να προκαλέσει αναιμία, ιδιαίτερα αν το άτομο ακολουθεί αγωγή με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Η αύξηση των αιμοπεταλίων είναι συνηθισμένο και δείχνει την ένταση της φλεγμονής. Σπάνια είναι τα ευρήματα της λευκοπενίας ή θρομβοπενίας που μπορεί να οφείλονται σε σύνδρομο Felty (λευκοπενία με σπληνομεγαλία σε προχωρημένη ΡΑ) ή σε φάρμακα (Klippel, Stone, Crofford, & White, 2008).

Τα δύο πιο βασικά αυτοαντισώματα τα οποία αναζητούνται στο μικροβιολογικό εργαστήριο για τα άτομα που υπάρχουν υπόνοιες για ΡΑ είναι ο ρευματοειδής παράγοντας (RF) και τα αντισώματα έναντι κυκλικών κίτρουλινωμένων πεπτιδίων- ACPA ή αλλιώς anti-CCP. Ανιχνεύεται συχνά σε άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα (> 2/3 ασθενών). Ένα μεγάλο ποσοστό (περίπου 50 %) είναι θετικοί στην ανίχνευση των αυτοαντισωμάτων το πρώτο εξάμηνο της νόσου και φτάνει σε

ποσοστό 85 % στα πρώτα 2 χρόνια. Οι υψηλοί δείκτες RF και anti-CCP είναι προγνωστικοί για πιο επιθετική νόσο και περισσότερες εξωαρθρικές εκδηλώσεις (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

Επίσης ένα ακόμα εύρημα είναι το φλεγμονώδες αρθρικό υγρό με ποσότητα κυττάρων πάνω από 2000/ mm³ και υπεροχή των ουδετεροφίλων (πολυμορφοπύρηνια κύτταρα). Το πλευριτικό υγρό εμφανίζει αυξημένη γαλακτική δευδρογενάση και υψηλή συγκέντρωση πρωτεϊνών, μέτρια αύξηση των λευκοκυττάρων και χαμηλή γλυκόζη. Περιέχει πολυμορφοπύρηνια κύτταρα με ενδοκυτταρικά έγκλειστα IgM (ραγοκύτταρα) (Klippel , Stone, Crofford, & White, 2008).

Απεικονιστικά ευρήματα

Τα πρώτα ευρήματα των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι η περιαρθρική οστεοπενία και το οίδημα των μαλακών μορίων. Οι πιο τυπικές αλλοιώσεις είναι οι διαβρώσεις στα όρια της άρθρωσης και η στένωση του μεσαρθρίου διαστήματος που φαίνονται στα πρώτα στάδια της νόσου (συνήθως τους πρώτους 6-12 μήνες). Μέχρι το τέλος του δεύτερου χρόνου σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία η επίπτωση των διαβρώσεων είναι 90%. Τα υπεζαρθρήματα στις μετακαρπιοφαλαγγικές και μεταταρσιοφαλαγγικές αρθρώσεις είναι ευρήματα που εμφανίζονται σε χρόνια ρευματοειδή αρθρίτιδα (van der Heijde, van Leeuwen, van Riel, & al, 1992).

Για να εξακριβωθεί αν έχει προσβληθεί η ΑΜΣΣ ζητείται πλάγια ακτινογραφία ΑΜΣΣ με κάμψη του αυχένα όπου φαίνεται το υπεζάρθρημα Α1-Α2 να έχει αυξημένη απόσταση μεταξύ του Α2 και του πρόσθιου τόξου του Α1 (>3 mm). Αναμφισβήτητα η μαγνητική τομογραφία (MRI) και ο υπερηχογραφικός έλεγχος (US) είναι πιο ευαίσθητες μέθοδοι με μεγαλύτερη ευκρίνεια από την απλή ακτινογραφία στην ανίχνευση οστικών διαβρώσεων ειδικά στην αρχή της νόσου. Έχουν την ικανότητα να ανιχνεύσουν τη φλεγμονή ακόμη και σε αρθρώσεις που κλινικά δεν εμφανίζουν κανένα σημείο ευαισθησίας ούτε διόγκωσης. Σε ασθενείς με πρώιμη αρθρίτιδα η μαγνητική ανιχνεύει διαβρώσεις στις μετακαρπιοφαλαγγικές και εγγύς φαλαγγοφαλαγγικές αρθρώσεις έως και επτά φορές περισσότερο από την απλή ακτινογραφία. Το μειονέκτημα της MRI είναι το αυξημένο κόστος και για το λόγο αυτό περιορίζεται η χρήση της στην κλινική πράξη (van der Heijde, van Leeuwen, van Riel, & al, 1992).

Μια άλλη αξιόπιστη μέθοδος είναι η υπερηχοτομογραφία για την εύρεση υμενίτιδας και διαβρώσεων. Συγκριτικά η χρήση του έγχρωμου Doppler επιτρέπει την εκτίμηση της ενεργού φλεγμονής της νόσου και είναι το ίδιο αξιόπιστο σε σχέση με την MRI. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος με το έγχρωμο Doppler αποτελεί πλέον ένα χρήσιμο και φτηνό εργαλείο (σε σχέση με την

MRI) για την εκτίμηση της ενεργότητας της νόσου στην καθημερινή ιατρική πρακτική. Είναι πολύ χρήσιμο για όλες τις ειδικότητες και χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο από τους ρευματολόγους (van der Heijde, van Leeuwen, van Riel, & al, 1992).

Κριτήρια ταξινόμησης

Το Αμερικανικό Κολλέγιο Ρευματολογίας (ACR) το 1987 ανέπτυξε μία έρευνα σχετικά με τα κριτήρια κατάταξης της ΡΑ (Πίνακας 2). Το 2010 τα κριτήρια της κατάταξης αναθεωρήθηκαν από το ACR και τον Ευρωπαϊκό Σύνδεσμο έναντι του Ρευματισμού (EULAR) (Πίνακας 3). Στόχος ήταν η δυνατότητα της γρήγορης διάγνωσης της νόσου στα πιο αρχικά στάδια.

Πίνακας 2: Κριτήρια ταξινόμησης Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας σύμφωνα με ACR 1987.

<i>1.Πρωινή δυσκαμψία</i>	Πρωινή δυσκαμψία στις αρθρώσεις που διαρκεί περισσότερο από μια ώρα μέχρι την μεγαλύτερη πιθανή βελτίωση.
<i>2.Αρθρίτιδα σε 3 ή περισσότερες ομάδες αρθρώσεων</i>	Οίδημα μαλακών μορίων σε 3 τουλάχιστον αρθρώσεις ταυτόχρονα όπου υπάρχει διάγνωση από γιατρό. Οι πιο πιθανές ομάδες αρθρώσεων είναι οι μεσοφαλαγγικές, αγκώνα, μετακαρπιοφαλαγγικές, γόνατο, πηχεοκαρπικές, μεταταρσιοφαλαγγικές, ποδοκνημικές.
<i>3.Αρθρίτιδα των άνω άκρων</i>	Διόγκωση τουλάχιστον μίας ομάδας αρθρώσεων (ΜΦ,ΜΚΦ,καρπού).
<i>4.Συμμετρική αρθρίτιδα</i>	Αμφοτερόπλευρη και ταυτόχρονη προσβολή των ιδίων ομάδων. Μπορεί να προσβληθούν οι ΜΦ,ΜΚΦ,ΜΤΦ άμφω χωρίς την απόλυτη συμμετρία.
<i>5.Ρευματοειδή οζίδια</i>	Υποδόρια οζίδια όπου δημιουργούνται πάνω από οστικές προεξοχές ή περιαρθρικά ή σε εκτατικές επιφάνειες.
<i>6.Ρευματοειδής παράγοντας στον ορό</i>	Θετικό αποτέλεσμα παθολογικής ποσότητας του ρευματοειδή παράγοντα

7.Ακτινολογικές αλλοιώσεις	Ακτινολογικά ευρήματα RA σε προσθιοπίσθια ακτινογραφία των άνω άκτων και του καρπού που περιλαμβάνουν διαβρώσεις ή περιαρθρική οστεοπόρωση.
----------------------------	---

Για τη διάγνωση θα πρέπει ο ασθενής να πληρεί τουλάχιστον 4 από τα 7 κριτήρια και το 1-4 θα πρέπει να υπάρχουν για έξι εβδομάδες το λιγότερο.

Πίνακας 3. Κριτήρια ταξινόμησης από την EULAR και ACR του 2010 σχετικά με την ρευματοειδή αρθρίτιδα. Διάγνωση RA όταν τα κριτήρια είναι 6/1 από τα πεδία Α-Δ. Ανατύπωση από Σακκάς Α.Ι, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ 2010

Α. Προσβολή άρθρωσης	
1 μεγάλη άρθρωση	0
2-10 μεγάλες αρθρώσεις	1
1-3 μικρές αρθρώσεις	2
4-10 μικρές αρθρώσεις	3
>10 αρθρώσεις (τουλάχιστον 1 μικρή άρθρωση)	5
Β. Αυτοαντισώματα	
Αρνητικός RF και αρνητικό ACPA	0
Θετικός με χαμηλό τίτλο RF ή ACPA	1
Θετικός με υψηλό τίτλο RF ή ACPA	2
Γ. Πρωτεΐνες οξείας φάσης	
Φυσιολογική CRP και φυσιολογική TKE	0
Υψηλή CRP ή TKE	1
Δ. Διάρκεια συμπτωμάτων	
<6 εβδομάδες	0
>6 εβδομάδες	1

2.4. ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα όπως προαναφέρθηκε είναι μια αυτοάνοση, προοδευτική ασθένεια. Θεωρείται προοδευτική γιατί η εξέλιξη της είναι σταδιακή, ξεκινά από τις μικρές αρθρώσεις και εν συνεχεία προσβάλλει και μεγαλύτερες. Η διάγνωση είναι το κλειδί για μια αποτελεσματικότερη θεραπεία. Καθώς η ρευματοειδής αρθρίτιδα εξελίσσεται φανερώνονται και οι συνέπειες της, ορισμένες φορές είναι και μη αναστρέψιμες εάν δεν υπάρξει η έγκαιρη θεραπεία. Από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί φάνηκε ότι (Bijlsma , et al., 2012):

- ⊕ Το **75%** των ατόμων που νοσούν συνεχίζουν να έχουν πόνο και οίδημα στις αρθρώσεις και κρίσεις.
- ⊕ Το **20%** των ασθενών έχουν για όλη τη διάρκεια της ζωής τους ήπια ρευματοειδή αρθρίτιδα.
- ⊕ Το **5%** των ασθενών εκδηλώνουν σοβαρή μορφή της νόσου που τους προκαλεί εκτεταμένα κινητικά προβλήματα.

Η κάθε περίπτωση είναι διαφορετική, έτσι και η εξέλιξη της ασθένειας σε κάθε ασθενή είναι διαφορετική. Οι γιατροί αναγνωρίζουν την ταχύτητα και την πορεία εξέλιξης της νόσου κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων. Αν η θεραπεία είναι έγκαιρη και η κατάλληλη για τον ασθενή μπορούν να μειωθούν τα συμπτώματα και ο ασθενής να επιστρέψει στην μέχρι πρότινος ζωή του.

Ωστόσο όσο η νόσος εξελίσσεται χωρίς θεραπεία οδηγεί σε σοβαρές επιπτώσεις. Οι επιπτώσεις αυτές περιλαμβάνουν (Bijlsma , et al., 2012):

- Αρθρικές παραμορφώσεις
- Διαταραχές στο εύρος κίνησης του ασθενή με αποτέλεσμα μακροχρόνια λειτουργική ανικανότητα που μπορεί να οδηγήσει και σε αναπηρία.
- Ακτινολογικές αλλοιώσεις. Η πρώτη ακτινολογική αλλοίωση που παρατηρείται είναι η απώλεια οστικής μάζας στα τμήματα των οστών που βρίσκονται κοντά στην άρθρωση. Με το πέρασμα του χρόνου και εφόσον δεν υπάρξει κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση για την αναστολή της πορείας της ασθένειας, αναπτύσσονται σοβαρότερες και μη αναστρέψιμες ακτινολογικές αλλοιώσεις, όπως είναι η φθορά του αρθρικού χόνδρου και οι διαβρώσεις στα τμήματα των οστών που είναι μέσα στις αρθρώσεις

2.5 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΡΑ

Διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρών παθολογικών καταστάσεων. Αυτό συμβαίνει λόγω της αναστολής που προκαλεί η ίδια η νόσος ή από την φαρμακευτική αγωγή. Απ' ότι φαίνεται υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην ρευματοειδή αρθρίτιδα και την δευτερογενή οστεοπόρωση καθώς και σπονδυλικά και μη σπονδυλικά κατάγματα (Bijlsma , και συν., 2012).

Τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο για λοιμώξεις (βακτηριακές, ιογενείς και σπάνια ευκαιριακές) αλλά κυρίως δερματικές, αρθρικές και πνευμονικές. Οι λοιμώξεις που είναι ιδιαίτερα σοβαρές χρήζουν άμεση νοσηλεία των ασθενών. Επίσης στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα, είναι αυξημένος ο κίνδυνος ανάπτυξης λεμφώματος και CA πνεύμονα (Bijlsma , και συν., 2012).

Σπάνια μπορεί να προσβληθούν οι νεφροί από την ρευματοειδή αρθρίτιδα λόγω δευτεροπαθούς αμυλοείδωσης που συνήθως καταλήγει σε νεφρική ανεπάρκεια και στην αιμοκάθαρση. Ένα ακόμα πρόβλημα των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι ο αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακών όπως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Επίσης έχουν διπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν στεφανιαία νόσο ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες κινδύνου. Λόγω χρόνιας χρήσης μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων μπορεί να προκληθούν γαστροδωδεκαδακτυλικά έλκη και αιμορραγίες (Bijlsma , και συν., 2012).

2.6 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΡΑ

Διάφορες μελέτες φαίνεται ότι συσχετίζουν την ρευματοειδή αρθρίτιδα με τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό του ίδιας ηλικίας και φύλου. Αναφέρεται ότι οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν αυξημένο κίνδυνο πρόωρης

θνησιμότητας σε ποσοστό 50% και επίσης ότι το προσδόκιμο ζωής μειώνεται σημαντικά (3-10 έτη). Η θνησιμότητα συσχετίζεται με την σοβαρότητα της νόσου λόγω της ενεργότητας και το βαθμό ανικανότητας του ασθενούς (Myasoedova, Davis, Crowson, & Gabriel, 2010).

Οι μηχανισμοί της πρόωρης θνησιμότητας λόγω της αρθρίτιδας μπορούν να προκαλέσουν καρδιακή προσβολή, διατομή νωτιαίου μυελού λόγω αστάθειας της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, την αμυλοείδωση και την αναπνευστική ανεπάρκεια λόγω της ίνωσης. Οι περισσότερες αιτίες θανάτου των ατόμων αυτών συνδέονται με την συννοσηρότητα κάποιων παθήσεων όπως καρδιαγγειακών νόσων, λεμφώματα, λοιμώξεις και γαστρεντερικές αιμορραγίες (Myasoedova, Davis, Crowson, & Gabriel, 2010).

Τα πιο συχνά αίτια είναι το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η καλύτερη λύση σε αυτήν την περίπτωση είναι ο έλεγχος της νόσου με την πρόωμη έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής ούτως ώστε να υπάρχει βελτίωση του προσδόκιμου ζωής των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα για τα επόμενα χρόνια (Bijlsma , et al., 2012).

2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το κύριο χαρακτηριστικό της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι η έλλειψη πλήρους θεραπείας, το μόνο που έχει επιτευχθεί όλα αυτά τα χρόνια είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και η επιβράδυνση της εξάπλωσης. Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση όπου και ο ασθενής έχει περισσότερες ευκαιρίες αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και ο θεραπευτής περισσότερα μέσα στη διάθεσή του για να επιτευχθεί ένα καλό βιοτικό επίπεδο. Με την έγκαιρη διάγνωση τα κινητικά και τα λοιπά προβλήματα που προκαλεί η ασθένεια επηρεάζοντας την ζωή, τη λειτουργικότητα και την εργασιακή ικανότητα του ασθενούς μπορούν να αντιμετωπιστούν σε τέτοιο επίπεδο, ούτως ώστε ο ασθενής να συνεχίσει να έχει για αρκετά χρόνια ακόμα μια απόλυτα φυσιολογική ζωή (Bijlsma , et al., 2012).

Στόχος της θεραπείας είναι (Bijlsma , και συν., 2012):

- Η υποχώρηση των συμπτωμάτων της ασθένειας, τα οποία προκαλούν τη μείωση του βιοτικού επιπέδου του ασθενούς.
- Η πρόληψη αλλοιώσεων στις αρθρώσεις,

- Η μείωση των λειτουργικών κινητικών διαταραχών της αναπηρίας, που επηρεάζουν άμεσα τόσο τις σωματικές λειτουργίες του ασθενούς όσο και τον ψυχολογικό αντίκτυπο που έχει η ασθένεια στον ίδιο και στους οικείους του.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων της θεραπείας και την αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας χρησιμοποιούνται 4 βασικές ομάδες φαρμάκων (Bijlsma , et al., 2012):

- Αναλγητικά
- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ)
- Αντιρευματικά φάρμακα, τα τροποποιητικά της νόσου (DMARDS)
- Γλυκοκορτικοειδή (κορτιζόνη)

Όπως κάθε περίπτωση είναι διαφορετική, δίνεται και διαφορετική θεραπευτική αγωγή. Αρκετές είναι οι περιπτώσεις που δεν χορηγείται ένα και μόνο φάρμακο αλλά συνδυασμός τους και αυτό επειδή κάθε φάρμακο επιδρά με διαφορετικό τρόπο. Σημαντικές είναι οι τροποποιήσεις που μπορεί να λάβουν χώρα κατά το διάστημα της θεραπείας και αυτό λόγω της ανάγκης να ανταποκρίνεται η εκάστοτε θεραπεία στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και συνθήκες ζωής του ατόμου που νοσεί (Bijlsma , et al., 2012).

Αναλγητικά

Τα αναλγητικά από μόνα τους δεν αρκούν για την θεραπευτική αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, προσφέρουν όμως αυξημένη ανακούφιση από τον πόνο όταν χορηγούνται συνδυαστικά με άλλα φάρμακα με σκοπό την επίτευξη των προαναφερόμενων θεραπευτικών στόχων. (Bijlsma , et al., 2012).

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ)

Τα ΜΣΑΦ είναι αντιφλεγμονώδη φάρμακα με αναλγητική δράση τα οποία χορηγούνται σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα για την μείωση του πόνου και του οιδήματος. Τα ΜΣΑΦ χωρίζονται σε δυο κατηγορίες, τα εκλεκτικά που αναστέλλουν το COX-2 ένζυμο και τα μη εκλεκτικά που αναστέλλουν το COX-1 και COX-2 ένζυμο αντίστοιχα. Η αποτελεσματικότητα τους οφείλεται στην αναστολή των ενζύμων που ονομάζονται κυκλοοξυγονάσες (COX) με ακόλουθο την ελάττωση του πόνου και της φλεγμονής. Η δράση τους ξεκινά σε σύντομο χρονικό διάστημα και διαρκεί από λίγες ώρες μέχρι και όλη την ημέρα, ανάλογα το φάρμακο και τη ποσότητα που έχει χορηγηθεί. Όπως κάθε φάρμακο έτσι και τα ΜΣΑΦ παρουσιάζουν παρενέργειες

όπως είναι η αυξημένη αρτηριακή πίεση, δυσπεψία, πεπτικά έλκη και αιμορραγία στομάχου. Στους ασθενείς πρέπει να γίνονται τακτικές εξετάσεις για την λειτουργία του ήπατος και των νεφρών καθώς με τα ΜΣΑΦ ενδέχεται να προκληθούν βλάβες στα όργανα αυτά. Συνήθως ταυτόχρονα με τα ΜΣΑΦ χορηγείται και κάποιο άλλο φάρμακο για την προστασία του στομάχου για να αποφευχθούν οι παρενέργειες. Η κορτιζόνη δεν λαμβάνεται ταυτόχρονα με τα ΜΣΑΦ (Bijlsma , et al., 2012).

Αντιρευματικά φάρμακα τροποποιητικά της νόσου (DMARDS)

Τα DMARDS φάρμακα χορηγούνται για την θεραπεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Σε σύγκριση με τα υπόλοιπα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου αυτά στοχεύουν στην αντιμετώπιση της ίδιας της ασθένειας. Τα περισσότερα από τα DMARDS προκαλούν ανοσοκαταστολή, δηλαδή μειώνουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, το οποίο επιτίθεται στις υγιείς αρθρώσεις. Επίσης, μειώνουν τον ρυθμό εξέλιξης της νόσου και τις επιπτώσεις που μπορεί αυτή να έχει στις αρθρώσεις. Ακόμη, παρουσιάζουν ελάττωση του πόνου, του οιδήματος και της δυσκαμψίας. Τα πρώτα αποτελέσματα τους φαίνονται μετά το πέρασμα κάποιου χρονικού διαστήματος. Υπάρχουν δύο τύποι αντιρευματικών φαρμάκων (Bijlsma , et al., 2012):

- Κλασικά συνθετικά νοσοτροποποιητικά
- Βιολογικά νοσοτροποποιητικά αντιρευματικά

Κλασικά συνθετικά νοσοτροποποιητικά αντιρευματικά φάρμακα περιλαμβάνουν (Bijlsma , et al., 2012):

- Υδροξυχλωροκίνη
- Μεθοτρεξάτη
- Σουλφασαλαζίνη
- Αζαθειοπρίνη
- Λεφλουνομίδη
- Κυκλοσπορίνη

Τα τελευταία χρόνια η πρόοδος στην κατανόηση των παθογενετικών μηχανισμών της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και η εξέλιξη της βιοτεχνολογίας επέτρεψαν την παρασκευή και εισαγωγή των βιολογικών τροποποιητικών της νόσου φαρμάκων στη θεραπεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, που αποτελεί διαχρονικά μια από τις σημαντικότερες θεραπευτικές εξελίξεις στη

Ρευματολογία. Τα βιολογικά τροποποιητικά της νόσου φάρμακα είναι ακριβά φάρμακα που εξουδετερώνουν τις κυτταροκίνες ή ορισμένα κύτταρα που παίζουν κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου. Με την κατάλληλη χρήση σε κάθε ασθενή των κλασικών τροποποιητικών φαρμάκων ή/ και των βιολογικών τροποποιητικών φαρμάκων είναι σήμερα εφικτή η επίτευξη των προαναφερόμενων θεραπευτικών στόχων (Bijlsma , et al., 2012).

Οι βιολογικές θεραπείες αφορούν μεμονωμένα μόρια που σχετίζονται με τη φλεγμονή και τη βλάβη των αρθρώσεων. Στόχος τους είναι η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου, η βελτίωση της ζωής του ασθενή που νοσεί καθώς και η αναστολή ακτινολογικής εξέλιξης της ασθένειας. Οι βιολογικές θεραπείες με την ονομασία anti-TNF καταστρέφουν μια πρωτεΐνη που ονομάζεται παράγοντας νέκρωσης όγκου που αυξάνει τη φλεγμονή όταν η συγκέντρωση της στο αίμα είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Στους anti-TNF συγκαταλέγονται οι παρακάτω ουσίες (Bijlsma , et al., 2012):

- Αδαλιμουμάμπη
- Σερτολιζουμάμπη πεγκυλιωμένη
- Ετανερσέπτη
- Γκολιμουμάμπη
- Ινφλιξιμάμπη

Παρατηρείται μια αύξηση στην προτίμηση των βιολογικών θεραπειών καθώς ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών της τάξεως του 45% είτε δεν ανταποκρινόταν πλέον στα συμβατικά αντιρευματικά φάρμακα είτε παρουσίαζαν παρενέργειες. Βέβαια και σε αυτή τη περίπτωση θεραπείας υπάρχουν παρενέργειες όπως πυρετός, ερεθισμένος λαιμός, μώλωπες στο δέρμα, αιμορραγία άνευ αιτίας και συμπτώματα λοίμωξης. Τα πιο διαδεδομένα βιολογικά τροποποιητικά της νόσου που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι: Ινφλιξιμάμπη (Remicade), Ετανερσέπτη (Enbrel), Anakinra (kineret), Ριτουξιμάμπη (MabThera), Αδαλιμουμάμπη (Humira), Σερτολιζουμάμπη (Cimzia) (Bijlsma , et al., 2012).

Όπως προαναφέρθηκε ορισμένα αντιρευματικά φάρμακα προσβάλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα, γι' αυτό υπάρχει και ο κίνδυνος λοιμώξεων. Υπάρχουν και περιπτώσεις που τα αντιρευματικά φάρμακα προσβάλλουν το αίμα ή το συκώτι, γι' αυτό και απαιτείται τακτική ιατρική παρακολούθηση, με αιματολογικές και ουρολογικές εξετάσεις. Με την απαραίτητη όμως παρακολούθηση, τα φάρμακα αυτά γίνονται καλά ανεκτά από τον ασθενή και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά (Bijlsma , et al., 2012).

Στεροειδή (Κορτιζόνη)

Η κορτιζόνη χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1948 για την αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας με ιδιαίτερα εντυπωσιακά αποτελέσματα και το 1950 δόθηκε βραβείο NOBEL στους ιατρούς που τη χρησιμοποίησαν για αυτόν τον θεραπευτικό σκοπό. Ωστόσο δεν άργησαν να φανούν τα δυσάρεστα νέα που οφείλονταν στις μεγάλες δόσεις που χρησιμοποιούνταν. Πρόσφατες μελέτες αποκάλυψαν ότι η χορήγηση χαμηλών δόσεων κορτιζόνης με ταυτόχρονη χρήση τροποποιητικών της νόσου φαρμάκων, προλαμβάνει τις παραμορφώσεις των αρθρώσεων καθώς υπάρχουν λιγότερες σοβαρές παρενέργειες. Τα στεροειδή χρησιμοποιούνται για την μείωση της φλεγμονής και βοηθούν στην ελάττωση του πόνου και του οιδήματος. Καταστέλλουν δηλαδή τα συμπτώματα της νόσου αλλά δεν υπάρχει πλήρης ίαση. Οι περισσότερες παρενέργειες εμφανίζονται είτε λόγω μεγάλης χορηγούμενης δόσης είτε λόγω του μεγάλου χρονικού διαστήματος χορήγησης τους. Χορηγούνται είτε σε ενέσιμη μορφή, είτε με τη μορφή χαπιών (Bijlsma , et al., 2012).

Η ενέσιμη μορφή της κορτιζόνης έχει λίγες παρενέργειες, όπως (Bijlsma , et al., 2012):

- Ατροφία και άλλες μεταβολές του δέρματος στο σημείο της ένεσης
- Έξαψη προσώπου
- Διαταραχές στην έμμηνο ρύση
- Αλλαγές στη διάθεση

Στις παρενέργειες των χαπιών κορτιζόνης συγκαταλέγονται επίσης τα παρακάτω (Bijlsma , et al., 2012):

- Αύξηση βάρους
- Οστεοπόρωση
- Μυϊκή αδυναμία
- Καταρράκτης
- Αύξηση του σακχάρου στο αίμα και της αρτηριακής πίεσης
- Ευαισθησία στις λοιμώξεις

Όπως προαναφέρθηκε για την λιγότερο πιθανή εμφάνιση των παρενεργειών συνιστώνται οι χαμηλότερες δυνατές δόσεις χαπιών κορτιζόνης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ενέσιμη μορφή έχει λιγότερες παρενέργειες από τη χρήση χαπιών. Στην μακροχρόνια χορήγηση κορτιζόνης συνιστώνται συμπληρώματα ασβεστίου και βιταμίνης D ή και αντιοστεοπορωτική αγωγή για την

προστασία των οστών από την οστεοπόρωση. Σε περίπτωση οστεοπενίας χορηγείται διφωσφορικό φάρμακο. Φροντίζουμε η διακοπή της κορτιζόνης να γίνεται με σταδιακό τρόπο γιατί η απότομη και ξαφνική διακοπή της χρήσης της κρίνεται ιδιαίτερα επικίνδυνη. Η κορτιζόνη δεν χορηγείται ταυτόχρονα με τα ΜΣΑΦ (Bijlsma , και συν., 2012).

Φυσικοθεραπεία

Τα άτομα που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα καθημερινά αντιμετωπίζουν λειτουργικούς περιορισμούς λόγω του πόνου και της δυσκαμψίας, επομένως η φροντίδα των αρθρώσεων χαρακτηρίζεται ως απαραίτητη. Η ένταξη της άσκησης στην καθημερινότητα του ασθενή είναι αναγκαία. Η φυσικοθεραπεία στοχεύει στη μείωση του πόνου και της δυσκαμψίας καθώς και την πρόληψη των παραμορφώσεων των αρθρώσεων. Το ζητούμενο είναι η αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ασθενή. Μέσα από το ειδικά σχεδιασμένο ασκησιολόγιο που θα προτείνει ο φυσικοθεραπευτής βασισμένο στις ανάγκες του ατόμου επέρχεται ανακούφιση των συμπτωμάτων και καλύτερευση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων. Όσον αφορά τα προβλήματα των άκρων ποδών και των αστραγάλων χρειάζεται η συμμετοχή του ποδιάτρου που θα προτείνει τα κατάλληλα υποδήματα για την καθημερινότητα και την άθληση. Ενδέχεται να χρειαστούν και άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως είναι ο εργοθεραπευτής που θα υποδείξει τον τρόπο που το άτομο θα πραγματοποιεί τις δραστηριότητες του με το λιγότερο δυνατό κόστος για τις αρθρώσεις. Είναι αυτός που θα πληροφορήσει το άτομο για τους νάρθηκες εάν αυτό κρίνεται απαραίτητο (Αγγελοπούλου & Σακαντάμη, 2004).

Άσκηση

Για τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα απαιτείται ένας συνδυασμός ανάπαυσης και άσκησης. Η ανάπαυση ανακουφίζει τις καταπονημένες αρθρώσεις αλλά η ακινησία κάνει μάλλον μεγαλύτερο κακό παρά καλό, καθώς ενισχύει την δυσκαμψία. Εκτός από την φυσικοθεραπεία, εξίσου σημαντικό ρόλο έχει η άσκηση καθώς δίνει ενέργεια, βελτιώνει τη φυσική του κατάσταση, συμβάλλει στη διατήρηση και ενίσχυση της λειτουργικότητας. Το πρόγραμμα ασκήσεων συνήθως δημιουργείται με την συνεργασία του γυμναστή με τον φυσικοθεραπευτή και πρέπει να

ανταποκρίνεται εξατομικευμένα στο κάθε άτομο με βάση τις ανάγκες και τις ικανότητες του. Πρέπει να εξασφαλίζεται ότι οι ασκήσεις γίνονται με ασφάλεια, εάν παρατηρηθεί πρήξιμο ή πόνος το άτομο πρέπει να διακόπτει και να ενημερώνει αμέσως είτε τον γυμναστή είτε τον φυσικοθεραπευτή. Συνήθως συνιστώνται κολύμβηση και aerobics(σε πισίνα) που δεν καταπονούν ιδιαίτερα τις αρθρώσεις. Ανεξάρτητα από το είδος της άσκησης απαραίτητα κρίνονται τα σωστά υποδήματα, ο σωστός ρουχισμός και η προθέρμανση (Αγγελοπούλου & Σακαντάμη, 2004).

Δίαιτα και διατροφή

Παρόλο που δεν υπάρχει συγκεκριμένη διατροφή για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, έχει αποδειχτεί επιστημονικά ότι ορισμένες τροφές βοηθούν στην ύφεση των συμπτωμάτων. Φαίνεται ότι η μεσογειακή διατροφή αποτελεί το πρότυπο διατροφής γιατί περιέχει τις απαραίτητες για τον οργανισμό τροφές και θρεπτικά συστατικά. Οι ασθενείς θα πρέπει να αποφεύγουν τις ακραίες και εξαντλητικές δίαιτες που μόνο να χειροτερέψουν την κατάσταση μπορούν καθώς εξασθενούν τον οργανισμό. Στόχος της ισορροπημένης διατροφής είναι η διατήρηση σταθερού σωματικού βάρους για να μην καταπονούνται οι αρθρώσεις και η μείωση λιπώδους ιστού. Στη διατροφή που θα ακολουθηθεί θα πρέπει να καταναλώνονται πολλά φρούτα, λαχανικά, προϊόντα ολικής άλεσης, όσπρια, ψάρι, πολλά ακόρεστα λιπαρά ιδίως κάποια ιχθυέλαια (Rennie, Hughes, Lang, & Jebb, 2003).

Θα πρέπει να αποφεύγονται (Rennie, Hughes, Lang, & Jebb, 2003):

- Τρόφιμα πλούσια σε λιπαρά, κορεσμένα λιπαρά, χοληστερόλη και σάκχαρα
- Τρανς λιπαρά οξέα(τύπου fast food)
- Κρέατα που τηγανίζονται σε υψηλή θερμοκρασία
- Τα ω-6 λιπαρά οξέα
- Να αποφεύγεται το αλκοόλ, ανθρακούχα ποτά, σόδα

Σύμφωνα με στοιχεία της μελέτης του περιοδικού «American Journal of Clinical Nutrition» διαπιστώθηκε ότι η χορτοφαγική διατροφή είναι ευεργετική. Ακολουθήθηκε από 27 ασθενείς νηστεία 7-10 ημερών , ύστερα αυστηρά χορτοφαγική διατροφή και τέλος γαλακτο-χορτοφαγική διατροφή. Βελτίωση υπήρχε και ένα χρόνο μετά τη λήξη της έρευνας καθώς οι αλλαγές που

συνέβησαν στη χλωρίδα των κοπράνων συσχετίστηκε με την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου (Rennie, Hughes, Lang, & Jebb, 2003).

Συμπληρωματικές θεραπείες

Πολλοί ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα στη προσπάθειά τους για ανακούφιση των συμπτωμάτων δοκιμάζουν διάφορα είδη θεραπειών. Δεν κρίνονται όλες αποτελεσματικές, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχουν επιστημονικές ενδείξεις που υποστηρίζουν τη χρήση τους, όπως (Rennie, Hughes, Lang, & Jebb, 2003):

- Ιχθυέλαια
- Βελονισμός
- Μασάζ

Από την μελέτη που δημοσιεύθηκε στο *Annals of Rheumatic Disease*, φάνηκε ότι οι ασθενείς με το που λάμβαναν συμπληρώματα ω-3 λιπαρών οξέων μαζί με αντιρευματικά τροποποιητικά φάρμακα της νόσου (DMARD), παρουσίασαν βελτίωση της ασθένειας, σε αντίθεση με αυτούς που τους χορηγήθηκαν μόνο τα αντιρευματικά φάρμακα. Δεν έχει καθοριστεί βέβαια η κατάλληλη δοσολογία τους, καθώς η αλόγιστη χρήση τους ενδέχεται να κρύβει παρενέργειες, όπως πήξη του αίματος, αυξημένη πιθανότητα εμφράγματος και διαρροϊκές κενώσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ο όρος ποιότητας ζωής αποτελεί μια έννοια που με τον καιρό αναπτύχθηκε και έγινε σύνθετη. Αρχικά είχε ταυτιστεί με την έννοια του βιοτικού επιπέδου που περιλάμβανε έννοιες που είχαν να κάνουν με την καταναλωτική κοινωνία, όπως λόγω χάρη την ιδιοκτησία ηλεκτρικών συσκευών, αυτοκινήτων και οικίας, ενώ αργότερα προστέθηκε και ο ελεύθερος χρόνος, οι ευκαιρίες για αναψυχή και διακοπές. Κοντά στο 1960, ο όρος διερευνήθηκε για να περιλάβει την

παιδεία, την υγεία, την ευεξία, την οικονομία και την βιοχημική ανάπτυξη (Theresa, Beckie, Leslie, & Hayduk, 1997).

Σε θεωρητική βάση, η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί με την περιγραφή των χαρακτηριστικών, συνθηκών ή τομέων της ζωής, που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία των ατόμων ως ανεξάρτητων και αυτόνομων όντων. Πρόκειται για την ελευθερία δράσης, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την ακεραιότητα και εκπλήρωση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών στην καθημερινή τους ζωή και τη διατήρηση της υγείας. Η ποιότητα ζωής σύμφωνα με τον Hornquist (1982), έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών αναφορικά με τους σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διορθωτικούς τομείς της ζωής, ενώ σύμφωνα με τον Lewis (1982), η ποιότητα ζωής είναι ο βαθμός στον οποίο κάποιος έχει αυτοεκτίμηση, σκοπό στη ζωή και ελάχιστο άγχος. Γενικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων όπως είναι η υγεία, η κοινωνία, η οικονομική κατάσταση και το περιβάλλον, οι οποίοι επηρεάζουν την ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών (Theresa, Beckie, Leslie, & Hayduk, 1997).

Η ποιότητα ζωής είναι μια μοναδική, προσωπική αντίληψη που δηλώνει τον τρόπο που οι μεμονωμένοι ασθενείς αισθάνονται σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους σε διάφορες πτυχές της ζωής τους (Theresa, Beckie, Leslie, & Hayduk, 1997).

Ως ποιότητα ζωής μπορούμε λοιπόν να ορίσουμε την κάλυψη των ατομικών αναγκών που είναι ο βασικός παράγοντας για την διασφάλιση της προσωπικής ευημερίας και ως βασικός μηχανισμός που προσδιορίζει τις ανάγκες αυτές, πιστεύεται πως έχει βιολογική βάση (Schuessler & Fisher, 1985).

Οι παράγοντες που συμβάλουν στην γενική ικανοποίηση ενός ατόμου είναι (Wong, 2003):

- Οικονομική ευημερία
- Επίπεδο υγείας
- Κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών
- Οικογενειακή και προσωπική ζωή
- Προσωπική ανάπτυξη και εκπαίδευση
- Κοινωνική ζωή
- Πρόσβαση σε δημόσιους πόρους
- Συνθήκες διαβίωσης

Μια άλλη σειρά παραγόντων της ποιότητας της ζωής σύμφωνα με τον Flanagan, ο οποίος τους ταξινομήσε σε 5 μεγάλες κατηγορίες είναι οι εξής (Flanagan, 1982):

1. Σωματική και υλική ευημερία (οικονομική άνεση, ασφάλεια και υγεία).
2. Σχέση με άλλους ανθρώπους (συζυγικές σχέσεις, ανατροφή παιδιών, σχέσεις με συγγενείς και στενούς φίλους).
3. Κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες (παροχή βοήθειας σε συνανθρώπους και συμμετοχή σε τοπικές και εθνικές δραστηριότητες).
4. Προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση (πνευματική ανάπτυξη, προσωπική στοχοθεσία, αυτογνωσία, ενδιαφέρον για την δουλειά, δημιουργικότητα και εμπειρία).
5. Ελεύθερος χρόνος (κοινωνικοποίηση, δραστηριότητες αναψυχής).

Ενώ από θεωρητικής επισκόπησης των ερευνών που πραγματοποιήθηκαν, προκύπτει ότι η ποιότητα ζωής βασίζεται σε 10 αντικειμενικούς δείκτες, που συμβάλουν σημαντικά στην ανάπτυξη μιας περιοχής και είναι (Turksever & Atalik , 2001):

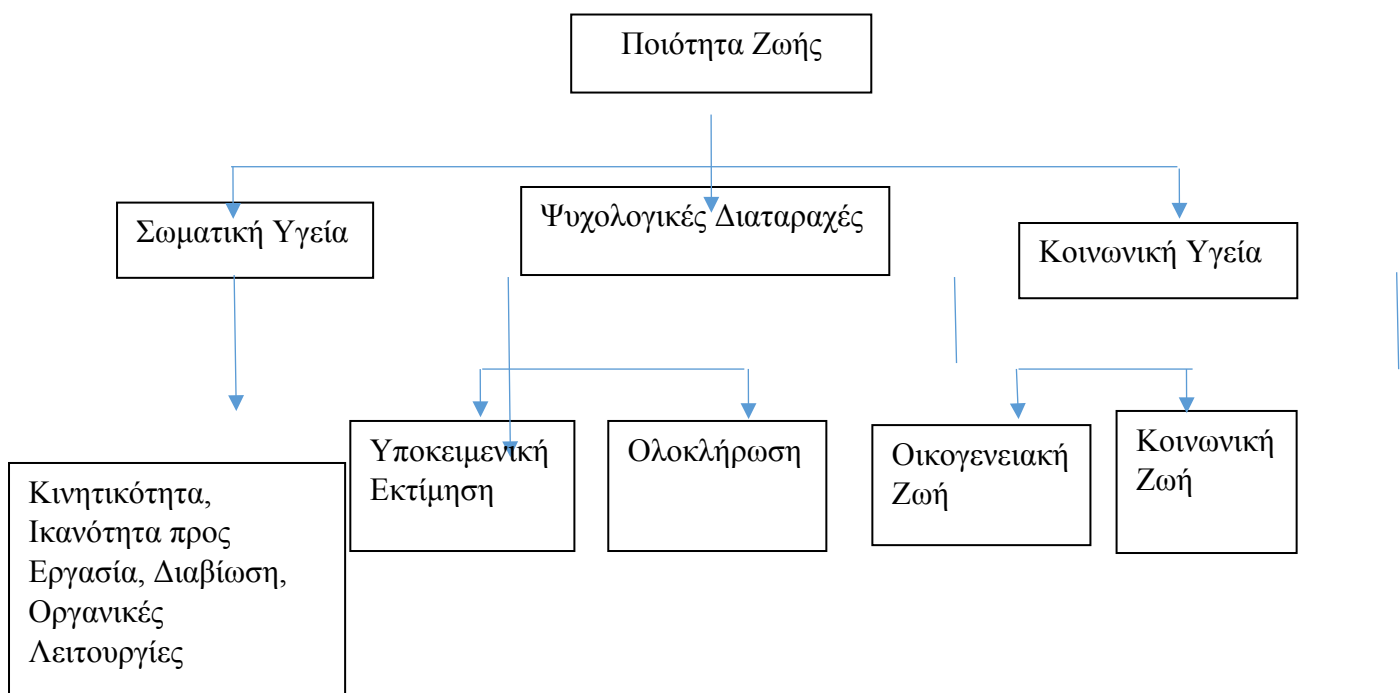
1. Ελλιπής ή πεπαλαιωμένη υποδομή
2. Έλλειψη κονδυλίων για τη χρηματοδότηση πρωτοβουλιών και την δημιουργία νέων θέσεων εργασίας.
3. Έλλειψη κατάλληλων δεξιοτήτων από το εργατικό δυναμικό.
4. Αποκλεισμός από τις ευκαιρίες στέγασης ή από την αγορά εργασίας.
5. Ελλιπής πληροφόρηση για το κόστος, τις υπηρεσίες και τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται εκτός κοινότητας.
6. Ανικανότητα του συστήματος να καταναίμει το ανθρώπινο δυναμικό σε θέσεις εργασίας.
7. Υψηλά ποσοστά εγκληματικότητας.
8. Πλημμελής παροχή υπηρεσιών σε ευάλωτες ομάδες ή απομακρυσμένες περιοχές.
9. Απροθυμία των επιχειρήσεων να επεκταθούν ή να εκσυγχρονιστούν.
10. Καθεστώς φορολογίας που εντείνει τις ανισότητες εντός κοινότητας.


Ενώ, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, οι μελετητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι έρευνες για την ποιότητα ζωής πρέπει να γνωρίζουν τόσο τους αντικειμενικούς όσο και τους υποκειμενικούς δείκτες, συλλέγοντας τόσο τα ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα (Turksever & Atalik , 2001).

Η σχέση της ποιότητας ζωής με την υγεία έχει περιγραφεί ως μια προσωπική αντίληψη, καθώς αντιπροσωπεύει τον τρόπο με τον οποίο τα ίδια τα άτομα αντιλαμβάνονται την υγεία τους παίρνοντας φυσικές, συναισθηματικές και άλλες διαστάσεις. Ως εκ τούτου, για την ερμηνεία της ποιότητας ζωής εμπλέκονται η φυσική υγεία, η λειτουργικότητα, η κοινωνική, η ψυχολογική και η συναισθηματική ευημερία (Υφαντόπουλος, 2001).

Βασικά στοιχεία Ποιότητας Ζωής

Σχήμα 1. Βασικά στοιχεία της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος 2001)





Υπερδιέγερση, Διάθεση, Φόβοι, Εσωτερική Ηρεμία, Ανησυχίες,
Μελλοντικός Προσανατολισμός, Αυτο-εκτίμηση

Λειτουργική

ικανότητα είναι η δυνατότητα ενός ατόμου να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες – δεξιότητες που κρίνονται απαραίτητες ώστε να διαβιώνει επαρκώς και ανεξάρτητα στη σύγχρονη κοινωνία (Υφαντόπουλος, 2001).

Η μειωμένη λειτουργικότητα είναι ανασταλτικός παράγοντας για ομαλή διαβίωση με συνέπεια να περιορίζεται σημαντικά η ποιότητα ζωής. Σε άτομα με ρευματικές παθήσεις παρατηρείται δυσλειτουργία, που τους περιορίζει την πιθανή διάρκεια μιας δραστήριας ζωής. Επομένως, δυσλειτουργία ορίζεται η μειωμένη ικανότητα ενός ατόμου να παρουσιάσει ή να εκτελέσει μια δραστηριότητα σε φυσιολογικά επίπεδα (Υφαντόπουλος, 2001).

3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια χρόνια νόσος, που προσβάλλει εκατοντάδες ανθρώπους παγκοσμίως. Στην Ελλάδα περισσότερο από 70.000 άνθρωποι νοσούν από την ρευματοειδή αρθρίτιδα, η οποία προκαλεί έντονο πόνο και παραμόρφωση των αρθρώσεων, μειώνοντας την κινητική ικανότητα των ασθενών (Scott, Smith, & Kingsley, 2003).

Οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ποιότητας ζωής εξαιτίας της επιβάρυνσης της λειτουργικής τους ικανότητας από τη νόσο, η οποία επηρεάζει την εργασιακή αλλά και την προσωπική τους ζωή (Scott, Smith, & Kingsley, 2003).

Η επιστημονική βιβλιογραφία επισημαίνει τις αρνητικές επιπτώσεις της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (ΡΑ) για τη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Ο πόνος, η βλάβη της άρθρωσης και η μειωμένη κινητικότητα αποτελούν προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν στην καθημερινότητά τους οι ασθενείς. Το πιο σημαντικό είναι η αδυναμία που παρουσιάζουν να εκτελέσουν καθημερινές δραστηριότητες σε πολλούς τομείς επιβαρύνοντας τη

σωματική, κοινωνική και γνωστική λειτουργικότητα ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Scott, Smith, & Kingsley, 2003).

3.3 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια της ψυχικής υγείας δεν είναι εύκολο να ορισθεί με σαφήνεια. Δεν υπάρχουν απόλυτα διαχωριστικά και διαγνωστικά κριτήρια μεταξύ ψυχικής υγείας και ασθένειας. Ανάμεσα στην υγεία και την αρρώστια υπάρχει ένας αρκετά ευρύς χώρος που χαρακτηρίζεται από την αλληλοεπικάλυψη των δύο αυτών καταστάσεων. Παρά τις παραπάνω δυσχέρειες που προκύπτουν από την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, και τον πολλαπλό προσδιορισμό από ποικίλους παράγοντες, γενετικούς, ψυχολογικούς, ιδιοσυστασιακούς, ατομικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς και πολιτιστικούς, η ανάγκη για το προσδιορισμό και τη γνώση των βασικών παραμέτρων που διαφοροποιούν τη φυσιολογική από τη παθολογική συμπεριφορά είναι σημαντική (Kobau, Seligman, Peterson, & al, 2011).

Σαν ορισμό για την ψυχική υγεία ορίζεται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία το άτομο βρίσκεται σε συναισθηματική ισορροπία και πληρότητα, ζει και δουλεύει σταθερά στα πλαίσια της κοινότητας και λαμβάνει θετική ενίσχυση από την προσωπική του πρόοδο και ανάπτυξη. Με άλλα λόγια η ψυχική υγεία εξαρτάται και σχετίζεται άμεσα με ορισμένες θεμελιώδεις συνιστώσες και θετικές ψυχολογικές καταστάσεις όπως (Kobau, Seligman, Peterson, & al, 2011):

1. Την αυτο-αποτελεσματικότητα (την ικανότητα δηλαδή της θετικής ανταπόκρισης στις προκλήσεις της ζωής).
2. Την αυτονομία(να ενεργεί δηλαδή αυτόβουλα και ανεξάρτητα).
3. Την θετική αυτο-εικόνα.
4. Την ικανότητα να σκέφτεται, να πράττει, να μαθαίνει και να λαμβάνει άμεση επανατροφοδότηση.
5. Τη θετική συνύπαρξη και αλληλεπίδραση με τους άλλους.
6. Την αναζήτηση και προσφορά βοήθειας.

Σε γενικές γραμμές τα βασικά ατομικά χαρακτηριστικά που συνθέτουν τη ψυχική υγεία είναι (Peeters , Ranchor, Vliet, Vlieland, & Stiggelbout , 2010):

- Ικανότητα προσαρμογής

- Επίγνωση εαυτού (προσωπική ταυτότητα), συνδυασμένη με αίσθημά αυτονομίας και ικανότητα ελέγχου της αντικειμενικής πραγματικότητας.
- Επίγνωση σκοπού στη ζωή.
- Επίγνωση των αναγκών του συνανθρώπου σε συνδυασμό με ικανότητα συναισθηματικής συναλλαγής και ομαλών διαπροσωπικών σχέσεων.
- Επίγνωση του κοινωνικού ρόλου συνδυασμένη με ικανότητα για υπεύθυνη ανάληψη επαγγελματικών, οικογενειακών, και ευρύτερων υποχρεώσεων.
- Ψυχική αντοχή στις ψυχοπιεστικές συνθήκες του περιβάλλοντος. Η αντοχή αυτή συνοφαιίνεται με την ισχύ τού εγώ. Όσο ισχυρότερο το εγώ τόσο ευρύτερα τα περιθώρια για θετική προσαρμογή στις στρεσογόνες αλλαγές του περιβάλλοντος. Όπως είναι ευνόητο, σε έκτακτες ψυχοπιεστικές συνθήκες τα άτομα με μειωμένη ψυχική αντοχή είναι που θα λυγίσουν πρώτα και θα παρουσιάσουν ψυχοπαθολογικά συμπτώματα.

3.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Μεγάλος αριθμός ερευνών επιβεβαιώνει ότι οι ρευματικές παθήσεις σχετίζονται με την κατάθλιψη. Οι περισσότερο επιφυλακτικοί ερευνητές εκτιμούν ότι σε ασθενείς με ρευματικές παθήσεις, ο επιπολασμός της κατάθλιψης, αυστηρώς επιβεβαιωμένη από ψυχίατρο, κυμαίνεται στο 13-20%, εξαρτώμενη από τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις παραμέτρους της νόσου, προτείνοντας ότι οι ασθενείς με ρευματικές παθήσεις έχουν τις διπλάσιες πιθανότητες να υποφέρουν από κατάθλιψη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Solaro, Lunardi, & Mancardi, 2003).

Ωστόσο, η κατάθλιψη στους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις παραμένει αδιάγνωστη και υποθεραπευόμενη, λόγω της τάσης εστίασης στα σωματικά συμπτώματα της νόσου άλλα και λόγω της συχνής αλληλοεπικάλυψης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης με εκείνα των ρευματικών παθήσεων (Solaro, Lunardi, & Mancardi, 2003).

Στους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις, η κατάθλιψη όχι μόνο συνεισφέρει το δικό της επιπρόσθετο βάρος αλλά επηρεάζει την αποδοχή και τη διαχείριση της νόσου καθώς και τη συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό, αυξάνοντας το βάρος της νόσου για τον ασθενή και την κοινωνία (Solaro, Lunardi, & Mancardi, 2003).

Η κατάθλιψη στους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα πόνου και περισσότερο με τις παραστατικές περιγραφές της μορφής του πόνου παρά με τη συχνότητα του. Η σχέση αυτή φαίνεται να παραμένει σημαντική ακόμη και μετά από στάθμιση του

βαθμού δραστηριότητας της νόσου. Ωστόσο, παρατηρείται ισχυρή διχογνωμία για το κατά πόσο η κατάθλιψη απλά αντανακλά την αντίδραση στο πόνο ή κατά πόσο συνεισφέρει στην δοκιμασία του. Η πλειονοψηφία των μμελετών στις ρευματικές παθήσεις, λόγω σχεδιασμού (χρονικής στιγμής) δεν επιτρέπουν αιτιολογικές συσχετίσεις. Οι προοπτικές μμελέτες είναι λίγες και δε διευκρινίζουν την αιτιολογική σχέση πόνου και κατάθλιψης, ενώ μμελέτες σε ασθενείς άλλων μυοσκελετικών παθήσεων υποστηρίζουν ότι η σχέση αυτή μπορεί να είναι αμφίδρομη, με τον πόνο να αυξάνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα και την κατάθλιψη να αυξάνει τον πόνο (Pollard, Choy, & Scott, 2005).

Η κατάθλιψη, επίσης, συνδέεται με αυξημένη σωματική δυσλειτουργία στους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις. Μελέτη για την επίδραση της νόσου σε ασθενείς με ρευματικές παθήσεις στον πρώτο χρόνο, έδειξε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται γραμμικά με το επίπεδο λειτουργικής ικανότητας (Solaro, Lunardi, & Mancardi, 2003).

Η σωματική δυσλειτουργία συνδέεται με τα επίπεδα της κατάθλιψης με συντελεστή συσχέτισης ≈ 0.5 , σημειώνοντας μεγαλύτερη συσχέτιση από αυτήν της διάρκειας ή δραστηριότητας της νόσου (Solaro, Lunardi, & Mancardi, 2003).

Προοπτικές μελέτες, δείχνουν ότι η κατάθλιψη παρουσιάζεται ακολουθώντας τον περιορισμό στη λειτουργική ικανότητα, ειδικά όσον αφορά δραστηριότητες, οι οποίες εκτιμώνται ως σημαντικές. Έχει εκτιμηθεί ότι μμείωση κατά 10% στην ικανότητα εκτέλεσης αυτών των δραστηριοτήτων, ακολουθείται από επταπλάσια αύξηση της κατάθλιψης μέσα σε ένα έτος. Ωστόσο, η κατάθλιψη μπορεί να προηγείται της σωματικής δυσλειτουργίας, προβλέποντας φτωχότερη λειτουργική κατάσταση και περισσότερες μέρες νοσηλείας λόγω των ρευματικών παθήσεων. Αντιστρόφως, η βελτίωση της σωματικής δυσλειτουργίας έχει αποδειχτεί ότι ακολουθείται από ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, χωρίς να υπάρχουν συγκεκριμένα δεδομένα για το τι συμβαίνει στις ρευματικές παθήσεις (Solaro, Lunardi, & Mancardi, 2003).

Πιθανώς, η αιτιολογική σχέση μεταξύ σωματικής δυσλειτουργίας και κατάθλιψης να είναι αμφίδρομη, με τη σωματική δυσλειτουργία να αυξάνει την κατάθλιψη και την κατάθλιψη να αυξάνει τη σωματική δυσλειτουργία. Από την μια πλευρά, οι μηχανισμοί με τους οποίους, ο πόνος και η σωματική δυσλειτουργία, οδηγούν σε κατάθλιψη είναι ασαφής. Μεγάλος αριθμός ασθενών που βιώνουν έντονα τα συμπτώματα αυτά δεν αναφέρουν κατάθλιψη. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο πόνος και η σωματική δυσλειτουργία είναι από μόνοι τους ανεπαρκείς ως παράγοντες για να προβλέψουν την κατάθλιψη (Pollard, Choy, & Scott, 2005).

Από την άλλη πλευρά, οι μηχανισμοί με τους οποίους, η κατάθλιψη, επηρεάζει τον πόνο και επιδρά στην σωματική δυσλειτουργία, δεν είναι επίσης, διασαφηνισμένοι. Παρά το ότι είναι γνωστό ότι η κατάθλιψη και το στρες προκαλούν ανοσοκαταστολή, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η

κατάθλιψη δρα στις ρευματικές παθήσεις αλλάζοντας τη φλεγμονώδη απάντηση (Pollard, Choy, & Scott, 2005).

Μελέτες τονίζουν ότι η κατάθλιψη αυξάνει τη δραστηριότητα της νόσου ή ότι οι ψυχολογικές θεραπείες την ελαττώνουν, χωρίς να υπάρχουν ακόμη δεδομένα ότι η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει εργαστηριακούς δείκτες δραστηριότητας της νόσου. Ο τρόπος, με τον οποίο οι ασθενείς σκέφτονται για την ασθένειά τους είναι ύψιστης σημασίας για την κατανόηση της σχέσης κατάθλιψης με τον πόνο και τη σωματική δυσλειτουργία. Η κατάθλιψη συνδέεται με αυξημένη ανησυχία για την ασθένεια και με βεβαιότητα για τη σοβαρότητα της, σχέση η οποία παραμένει ακόμη και έπειτα από στάθμιση της έντασης της νόσου και των επιπέδων του πόνου. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς εκλαμβάνουν την ασθένειά τους ως πιο σοβαρή και αισθάνονται αβοήθητοι στη θεραπεία, συγκρινόμενοι με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς ακόμη και όταν έχουν ίδιας σοβαρότητας αρθρίτιδα (Solaro, Lunardi, & Mancardi, 2003).

Άλλοι παράγοντες που έχουν βρεθεί να είναι σημαντικοί στη ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών με ρευματικές παθήσεις είναι η κοινωνική υποστήριξη, η οποία ελαττώνει τις επιπτώσεις του φυσικού περιορισμού που προκαλούν οι ρευματικές παθήσεις. Κοινωνικοί παράγοντες, όπως το κοινωνικό στρες και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης έχουν δείξει μεγάλη συσχέτιση με την κατάθλιψη στη νόσο αυτή. Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη συνδέεται με περιορισμένη κατάσταση υγείας, με υψηλά επίπεδα κόπωσης και έχει σημαντική αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής (Solaro, Lunardi, & Mancardi, 2003).

3.5 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Παρά τη σημαντικότητα της ψυχολογικής προσαρμογής, η οποία έχει εκτενώς μελετηθεί, το άγχος έχει παραβλεφθεί σημαντικά. Η δομή του άγχους μπορεί να είναι καίριας σημασίας στο πλαίσιο των ρευματικών παθήσεων. Η απρόβλεπτη πορεία της νόσου, ο χρόνιος πόνος και οι κινητικοί περιορισμοί μπορούν να πυροδοτήσουν τα συμπτώματα του άγχους. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία δίνει μμεγάλο εύρος αποτελεσμάτων για τα επίπεδα του άγχους στους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις, ενώ έρευνα αναφέρει ότι το άγχος είναι κοινό στα άτομα που πάσχουν από ρευματικές παθήσεις. Η σημαντική συσχέτιση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης, και οι υψηλοί δείκτες συνύπαρξής τους αναδεικνύεται σε πλήθος μελετών (Vandyke, Parker, Smarr, Hewett, & Johnson, 2004).

3.6 ΚΟΠΩΣΗ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η κόπωση αποτελεί συχνό σύμπτωμα των ασθενών με ρευματικές παθήσεις και θεωρείται ως εξωαρθρική εκδήλωση της νόσου. Μικρή προσοχή έχει δοθεί από τους ερευνητές στην πολυδιάστατη φύση της και των συνεπειών που αυτή έχει, για την ικανότητα και την ποιότητα της ζωής των ασθενών με ρευματικές παθήσεις. Σε αντίθεση με τη φυσιολογική κούραση, η κόπωση των ασθενών με ρευματικές παθήσεις είναι χρόνια, ανεξάρτητη από τη σωματική εργασία, στην οποία έχουν υποβληθεί και δεν ανακουφίζεται ικανοποιητικά με τη ξεκούραση (Pollard, Choy, & Scott, 2005).

Οι κυτοκίνες και άλλα χημικά μόρια, που βρίσκονται στους φλεγμαίνοντες ιστούς ή απελευθερώνονται στη κυκλοφορία καθώς και δευτερογενώς, ο πόνος, η εξασθένηση της μυϊκής ισχύος, ο ελαττωμένος μυϊκός τόνος, η κακή ποιότητα ύπνου, η κατάθλιψη καθώς και ορισμένοι φαρμακευτικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για τη δημιουργία του αισθήματος της κόπωσης (Pollard, Choy, & Scott, 2005).

Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν την κόπωση ως κύριο καθοριστικό παράγοντα της ποιότητας ζωής τους, της σωματικής δυσλειτουργίας και των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της καθημερινής ζωής. Στην πρόωμη έναρξη των ρευματικών παθήσεων, η κόπωση έχει δείχτει να είναι κύριος καθοριστικός παράγοντας της, ενώ ποιοτική έρευνα διαπιστώνει ότι οι ασθενείς με ρευματικές παθήσεις, πιστεύουν ότι η ελάττωση της κόπωσης οφείλει να αποτελεί σημείο κλειδί στη θεραπευτική γραμμή, αποτελώντας πρωταρχικό θεραπευτικό στόχο. Παρά τη σημαντικότητά της, η κόπωση συνήθως δεν μετριέται στην κλινική πράξη ή στις μελέτες. Σαφώς, απαιτείται περαιτέρω έρευνα, η οποία να εστιάζει στην εκτίμηση και αντιμετώπιση της κόπωσης (Pollard, Choy, & Scott, 2005).

3.7 ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Ο πόνος αποτελεί σταθερό σύμπτωμα μεταξύ των ασθενών με ρευματικές παθήσεις και έναν από τους συχνότερους λόγους, για τους οποίους οι ασθενείς αναζητούν βοήθεια, ενώ η χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή στοχεύει στην ελάττωση του πόνου σε άλλοτε άλλο βαθμό. Η αναφερόμενη ένταση του πόνου παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση μεταξύ των ασθενών. Αισθάνονται περισσότερο πόνο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και αναφέρουν ίδια επίπεδα πόνου συγκρινόμενοι με ασθενείς με διάχυτο πόνο, παρά το ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερη σωματική δυσλειτουργία (Pollard, Choy, & Scott, 2005).

Οι ρευματικές παθήσεις συχνά προκαλούν χρόνιο πόνο και οι επιπτώσεις του χρόνιου πόνου στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών έχουν εκτενώς αναγνωριστεί. Έχει αποδειχθεί ότι η ένταση του πόνου έχει άμεση συσχέτιση με τη σωματική δυσλειτουργία των ασθενών καθώς οι ασθενείς με περισσότερο έντονο πόνο είχαν χειρότερη λειτουργικότητα, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της νόσου. Επίσης, η λειτουργική ανικανότητα των ασθενών με ρευματικές παθήσεις σχετίζεται με υψηλά επίπεδα στη βαθμολογία του πόνου περισσότερο από ότι τα ακτινολογικά ευρήματα. Υψηλότερα επίπεδα πόνου έχει αποδειχθεί ότι συνδέονται με τη σωματική δυσλειτουργία καθώς και με την κατάθλιψη και όλα μαζί συνεισφέρουν στην ελάττωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ρευματικές παθήσεις. Συμπερασματικά, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία ο πόνος έχει έντονη επίδραση στην ευεξία, στην ποιότητα ζωής και στη λειτουργικότητα των ασθενών με ρευματικές παθήσεις (Pollard, Choy, & Scott, 2005).

3.8 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η σχέση της σωματικής δυσλειτουργίας και της ποιότητας ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, έχει μελετηθεί με ποικίλες δημογραφικές παραμέτρους και παραμέτρους των ρευματικών παθήσεων, όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία, χωρίς, ωστόσο, καταληκτικά συμπεράσματα σε όλες τις περιπτώσεις. Η σωματική δυσλειτουργία και ποιότητα ζωής φαίνεται να συσχετίζονται μέτρια με την ηλικία και με το φύλο (Benitha & Tikly, 2007).

Το επίπεδο σωματικής δυσλειτουργίας έχει συσχετιστεί με το χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Ασθενείς με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο παρουσίαζαν σε μεγαλύτερη συχνότητα υψηλή δραστηριότητα νόσου, καταθλιπτικά συμπτώματα, μεγαλύτερη σωματική δυσλειτουργία και χαμηλή ποιότητα ζωής (Benitha & Tikly, 2007).

Η διάρκεια νόσου, ο πόνος των αρθρώσεων και οι μετρήσεις δραστηριότητας της νόσου συσχετίζονται μέτρια με τη σωματική δυσλειτουργία, όπως προκύπτει από ερωτηματολόγια, στα οποία οι ασθενείς με ρευματικές παθήσεις αναφέρουν για την υγεία τους. Γενικά, η δραστηριότητα της νόσου, περισσότερο από τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και την έκταση της βλάβης των αρθρώσεων φαίνεται να συσχετίζεται με τη σωματική δυσλειτουργία και την ποιότητα ζωής, καθώς αναδείχτηκαν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ κλινικών και εργαστηριακών δεικτών

δραστηριότητας νόσου τόσο με τη σωματική δυσλειτουργία όσο και με τη ποιότητα ζωής (Benitha & Tikly, 2007).

3.9 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Οι επιπτώσεις της ρευματοειδούς αρθρίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Η ρευματοειδή αρθρίτιδα προκαλεί σημαντικό πόνο και αρθρική καταστροφή με προοδευτική παραμόρφωση, απώλεια της κινητικότητας των αρθρώσεων και επακόλουθη λειτουργική ανικανότητα. Μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη καταστροφή των αρθρώσεων που χρήζει χειρουργικής επέμβασης. Η λειτουργική ανικανότητα οφείλεται κατά κύριο λόγο σε φλεγμονώδη υμενίτιδα κατά το αρχικό στάδιο της νόσου, απώλεια της δομικής ακεραιότητας των αρθρώσεων σε προχωρημένο στάδιο και ανάλογα με το επίπεδο της δραστηριότητας της νόσου σε ένα συνδυασμό και των δύο για το υπόλοιπο της πορείας της νόσου (Wolfe, 2000).

Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν δυσκολία να διεκπεραιώσουν απλές καθημερινές δραστηριότητες, να αυτοεξυπηρετηθούν σε βασικές ανάγκες και να χρειάζονται βοήθεια από άλλο άτομο στην καθημερινότητά τους. Η λειτουργική ανικανότητα σχετίζεται σημαντικά με το γυναικείο φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια της νόσου και την ενεργότητά της. Ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν χειρότερη λειτουργική ικανότητα από ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα και άτομα χωρίς αρθρίτιδα. Σε μελέτη για την αυτό-αναφερόμενη ποιότητα ζωής ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, είχαν χειρότερες μετρήσεις στη γενική υγεία, στη φυσική κατάσταση, στην ψυχική υγεία, στον περιορισμό δραστηριοτήτων, στον πόνο, στον ύπνο και στο να αισθάνονται υγιείς και γεμάτοι ενέργεια σε σχέση με άτομα χωρίς αρθρίτιδα. Στην ίδια μελέτη είχαν 40% μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλώσουν φτωχή γενική υγεία, 30 % μεγαλύτερη πιθανότητα να χρειάζονται βοήθεια για την προσωπική φροντίδα και διπλάσια πιθανότητα να έχουν περιορισμένη δραστηριότητα λόγω της κατάστασης της υγείας σε σχέση με άτομα χωρίς αρθρίτιδα. Σε πρόσφατη μελέτη φάνηκε επίσης πως η ποιότητα ζωής σε αυτά τα άτομα είναι φτωχή και συγκρίσιμη με αυτή άλλων χρόνιων καταστάσεων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η νεφρική νόσος τελικού σταδίου (Wolfe, 2000).

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργικότητα σε κάθε τομέα των ανθρώπινων δραστηριοτήτων συμπεριλαμβανομένων της εργασίας, του ελεύθερου χρόνου και των

κοινωνικών σχέσεων. Υψηλός βαθμός λειτουργικής ανικανότητας επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του ασθενούς. Ο πόνος και η ανικανότητα είναι δύο παράμετροι που συνδέονται σταθερά με ψυχική θλίψη. Η απώλεια της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα να αισθάνονται συναισθηματικά και ψυχικά αδύναμοι και να εμφανίζουν έλλειψη αυτοσεβασμού. Η αυξημένη λειτουργική ανικανότητα σχετίζεται με κατάθλιψη και μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης της ακόμα και σε πρώιμα στάδια της (Wolfe, 2000).

Η συσχέτιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας με την κατάθλιψη επηρεάζει τη γενικότερη φροντίδα και περίθαλψη του ασθενούς. Η κόπωση είναι ακόμη ένα σημαντικό συχνό εξουθενωτικό πρόβλημα σε άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Μετρήσεις της κόπωσης είναι σημαντικά υψηλότερες σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα από ότι σε υγιή άτομα και αυξάνουν όταν υπάρχει ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής. Η κόπωση μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολία στην εργασία, προσωπικούς τραυματισμούς, μειωμένη ικανότητα για συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης και δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις (Bijlsma , et al., 2012).

3.10 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σημαντική είναι η οικονομική επιβάρυνση που επιφέρει η ρευματοειδή αρθρίτιδα. Όπως έχει αναφερθεί είναι χρόνια νόσος που απαιτεί μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή και ιατρική παρακολούθηση. Αυτό μπορεί να συνεπάγεται σημαντική επιβάρυνση του προϋπολογισμού υγείας κάθε χώρας, καθώς η φροντίδα του ασθενούς διαρκεί για το σύνολο της ζωής του. Στο άμεσο κόστος της νόσου ανήκουν δαπάνες που σχετίζονται άμεσα με την παροχή υπηρεσιών υγείας και αφορούν στην αντιμετώπιση της νόσου και των συμπτωμάτων της. Οι δαπάνες αυτές μπορεί να προέρχονται από το σύστημα υγείας ή και τον ίδιο τον ασθενή. Στο έμμεσο κόστος ή κόστος παραγωγικότητας περιλαμβάνονται οι οικονομικές απώλειες που επέρχονται στον ασθενή και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο εξαιτίας της αδυναμίας του να ανταποκριθεί στον εργασιακό και κοινωνικό του ρόλο (Πίνακας 4) (Καρόκης & Κατσή, 2008).

Σημαντικότερο είναι το έμμεσο κόστος της ρευματοειδούς αρθρίτιδας που προκύπτει από την απώλεια λειτουργικής ικανότητας, που οδηγεί σε μείωση της παραγωγικότητας ή/και ολική απώλεια της ικανότητας για εργασία και πρόωρη συνταξιοδότηση. Πολλοί ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα αντιμετωπίζουν προβλήματα στη φροντίδα του εαυτού τους και χρειάζονται

προσωπική φροντίδα στο σπίτι, γεγονός που επιβαρύνει και την οικογένεια τους (Καρόκης & Κατσή, 2008).

Επίσης, ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα εμφανίζουν ανικανότητα για εργασία έως και 54 %, ενώ σε διάστημα ενός έτους κατά μέσο όρο 66 % βιώνουν απώλεια από την εργασία λόγω της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και με μέση διάρκεια 39 μέρες. Η μεγαλύτερη ηλικία και η εργασία που απαιτεί σωματική δραστηριότητα, είναι παράγοντες που προδικάζουν την επακόλουθη ανικανότητα για εργασία. Κατά μέσο όρο 20-40% εργαζόμενων ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα γίνονται μόνιμα ανίκανοι για εργασία στα πρώτα 2 χρόνια. Από τη διάγνωση, το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 40-80% μέσα σε 5 έως 20 έτη. Σε σχέση με άτομα χωρίς αρθρίτιδα, ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι περισσότερο πιθανό να αλλάξουν επάγγελμα (3,3 % έναντι 0%), να μειώσουν τις ώρες εργασίας (12,2% έναντι 1,7%), να χάσουν την εργασία τους (3,3 % έναντι 0%), να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα (26,3% έναντι 5,2%) και να δυσκολευτούν στην εύρεση εργασίας (15,3% έναντι 5,2%) (Καρόκης & Κατσή, 2008).

Πίνακας 4: Οι κυριότεροι τομείς άμεσου και έμμεσου κόστους που σχετίζονται με τη ΡΑ.

1. Δαπάνες φροντίδας υγείας

1.1 Δαπάνες εξωτερικών ιατρείων

- Επισκέψεις σε ιατρούς (διαφόρων ειδικοτήτων)
- Χειρουργική επέμβαση σε εξωτερικά ιατρεία
- Νοσηλεία στην εντατική
- Χρήση μη ιατρικών υπηρεσιών (φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολογική θεραπεία)
- Φαρμακευτική αγωγή
- Διαγνωστικές/θεραπευτικές διαδικασίες και εξετάσεις (ακτινολογικές εξετάσεις, εργαστηριακές εξετάσεις)
- Ειδικές συσκευές και βοηθήματα

1.2 Νοσοκομειακές δαπάνες

- Νοσηλεία (χωρίς χειρουργική επέμβαση)
- Νοσηλεία (με χειρουργική επέμβαση)
- Παραμονή σε μη νοσοκομειακές εγκαταστάσεις (κέντρο αποκατάστασης, nursing homes)

2. Άλλες μη ιατρικές δαπάνες που σχετίζονται με τη νόσο

- 2.1. Μετακινήσεις
- 2.2. Υπηρεσίες φροντίδας σπιτιού
- 2.3. Μετατροπές σπιτιού
- 2.4. Ιατρικός εξοπλισμός (χωρίς συνταγογράφηση)
- 2.5. Εναλλακτικές θεραπείες
- 2.6. Χρόνος ασθενούς

3. Κόστη παραγωγικότητας

- 3.1. Απώλεια παραγωγικότητας σε εργαζόμενους ασθενείς (άδεια ασθένειας, ανικανότητα εργασίας)
- 3.2. Κόστη ευκαιρίας (απώλεια παραγωγικότητας εξαιτίας της απώλειας χρόνου για τη φροντίδα άρρωστων μελών της οικογένειας, δυσκολίες στη φροντίδα του σπιτιού και σε άλλες καθημερινές δραστηριότητες)
- 3.3. Απώλεια εισοδημάτων από την εργασία

Καρόκης Α, Λ. Κατσή, Η μέτρηση του κόστους της ρευματοειδούς αρθρίτιδας
Μεθοδολογικά ζητήματα και διεθνής πρακτική, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, Αρχεία
ελληνικής Ιατρικής 2008-Προσαρμογή από Merkesdal et al, 2001

Σε πρόσφατη
μελέτη από τη

Σουηδία το μέσο ετήσιο κόστος, συμπεριλαμβανομένου του κόστους παραγωγικότητας, του κόστους νοσοκομειακής φροντίδας και του κόστους φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς με χρόνια διαγνωσμένη ρευματοειδή αρθρίτιδα και το μέσο μηνιαίο κόστος σε νέους διαγνωσμένους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα ήταν 2 με 3 φορές υψηλότερο από το γενικό πληθυσμό (Καρόκης & Κατσή, 2008).

Από μελέτες έχει φανεί πως η επιδείνωση της λειτουργικής ικανότητας οδηγεί σε σημαντική αύξηση του κόστους της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδα (Kobelt G, Lindgren P, Singh A, & Klareskog L, 2005).

Αντίθετα η αποτροπή της επιδείνωσης και η βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς μπορεί να επιφέρουν μείωση του κόστους φροντίδας. Τα ποιοτικά προσαρμοσμένα έτη ζωής (Quality Adjusted Life Years-QALYs) που αποτελούν μέτρο των ετών με πλήρη υγεία που κερδίζονται και χρησιμοποιούνται διεθνώς για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης και θεραπείας, αυξάνονται όσο βελτιώνεται η λειτουργικότητα. Η διατήρηση της υγείας και της φυσικής λειτουργικότητας του ασθενούς σε καλό επίπεδο μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του συνολικού κόστους, παρά την ενδεχόμενη αύξηση του κόστους της φαρμακευτικής αγωγής από τη χρήση των νεότερων βιολογικών παραγόντων. Ο καλύτερος έλεγχος της ρευματοειδούς αρθρίτιδας σε κλινικό, λειτουργικό και δομικό επίπεδο, σχετίζεται με βελτίωση της βραχύχρονης και μακρόχρονης σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, βελτίωση του πόνου, της κόπωσης και των σχετιζόμενων με την παραγωγικότητα-εργασία παραμέτρων. Φαίνεται πως την τελευταία δεκαετία, η λειτουργική κατάσταση ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα και η γενικότερη υγεία παρουσιάζουν βελτίωση, και αυτό ίσως οφείλεται στην πρόσβαση σε καλύτερες και πιο επιθετικές θεραπείες (Emery P, Kavanaugh A, Bao Y, Ganguli A, & Mulani P, 2014).

3.11 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και η πρόοδος της Ιατρικής επιφέρουν παράταση της ζωής των ατόμων με αναπηρίες και χρόνια προβλήματα υγείας. Αυτό το φαινόμενο αποτελεί κίνητρο για την ανάπτυξη μεθόδων εκτίμησης όχι μόνο της διάρκειας αλλά και της ποιότητας της επιβίωσης. Η ποιότητα ζωής έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα με αντικειμενική διάσταση που εκφράζεται ως «ανάγκες» και υποκειμενική διάσταση που αφορά τις επιθυμίες των ανθρώπων. Η Ιατρική εστιάζεται στη διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life, HRQoL). Ο ορισμός του παγκόσμιου οργανισμού υγείας για την ποιότητα ζωής : «η

υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» τονίζει την υποκειμενική διάσταση του όρου (GROUP, 1995).

Οι κλασικοί κοινωνικοοικονομικοί δείκτες ποιότητας ζωής δεν αρκούν στο χώρο της υγείας, όπου σχεδιάστηκαν ειδικοί δείκτες και ειδικά εργαλεία εκτίμησης. Η αντίληψη των ίδιων των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους και το πώς αυτή επηρεάζει τη ζωή τους διαφοροποιείται σημαντικά από τις παρατηρήσεις των ιατρών. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιούνται όλο και πιο συχνά εργαλεία για την εκτίμηση των υποκειμενικών διαστάσεων της HRQoL. Στο επίπεδο του πληθυσμού η εκτίμηση της HRQoL ζωής εφαρμόζεται στην αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού καθώς και των επιπτώσεων διαφόρων μέτρων πολιτικής υγείας. Στο επίπεδο της ομάδας ή του ατόμου οι εφαρμογές της HRQoL είναι πολλές όπως η εκτίμηση των προσωπικών αναγκών υγείας, η ανίχνευση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, η διάγνωση της έκτασης και της βαρύτητας της αρρώστιας, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας, η σύγκριση εναλλακτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι κλινικές δοκιμές, η ανάλυση κόστους-οφέλους (GROUP, 1995).

Η επιλογή των εργαλείων εκτίμησης HRQoL εξαρτάται από το στόχο της εκτίμησης και η επιτυχία συναρτάται με τη λειτουργικότητα, την αξιοπιστία και την ευαισθησία τους σε συνδυασμό με την καταλληλότητα για τη συγκεκριμένη ομάδα και τη γνώση των πιθανών σφαλμάτων και προβλημάτων εφαρμογής (GROUP, 1995).

Η HRQoL είναι ένα μέτρο έκβασης που χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στην αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας σε κλινικές μελέτες ασθενών με ρευματικά νοσήματα. Διάφορα γενικά και ειδικά ερωτηματολόγια έχουν χρησιμοποιηθεί. Τα γενικά ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται σε ποικίλους πληθυσμούς και παρεμβάσεις όπως το Ερωτηματολόγιο Σύντομης Μορφής 36 (Short Form-36, SF36) που είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο για την εκτίμηση της HRQoL. Τα ειδικά ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται σε συγκεκριμένες παθήσεις και προβλήματα υγείας π.χ. ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της ινομυαλγίας. Τα μέτρα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής που χρησιμοποιούνται στην κλινική πρακτική, εξασφαλίζουν ότι οι αξιολογήσεις και η θεραπεία επικεντρώνεται στον ασθενή παρά στην πάθηση (GROUP, 1995).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Από τις μελέτες που έχουν γίνει όλα αυτά τα χρόνια συμπεραίνουμε ότι η ρευματοειδής αρθρίτιδα προσβάλλει σε μεγαλύτερο ποσοστό γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες
- Η ρευματοειδής αρθρίτιδα μπορεί να εμφανιστεί σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικίας αλλά κυρίως εμφανίζεται από 45 μέχρι και 60 ετών.
- Όσον αφορά το επίπεδο υγείας των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορεί να χαρακτηριστεί από μέτριο έως κακό και αυτό οφείλεται στον έντονο πόνο που νιώθουν συχνά.
- Ένα άλλο συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε είναι ότι η κατάσταση της υγείας τους παραμένει είτε ίδια λόγω της φαρμακευτικής αγωγής είτε μπορεί παρουσιάσει μια βραδεία επιδείνωση με την πάροδο των χρόνων.
- Λόγω της κατάστασης της υγείας τους (τον πόνο, το οίδημα των αρθρώσεων, την μειωμένη κινητικότητα) φτάνουν σε σημείο να δυσκολεύονται στο να ανταπεξέλθουν σε όλες τις καθημερινές δραστηριότητες και στην εργασία τους.
- Σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες διαπιστώνουμε ότι η ψυχολογική τους κατάσταση δεν είναι καλή. Πολλοί από αυτούς μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης, έντονη νευρικότητα και άλλα συναισθήματα τα οποία τους επηρεάζουν και στο κοινωνικό αλλά και στο εργασιακό τους περιβάλλον.
- Ένα άλλο συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε είναι ότι υπάρχει και οικονομική επιβάρυνση τόσο στο σύστημα υγείας όσο και στον ίδιο τον ασθενή, επειδή όπως αναφέρθηκε πιο πριν η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια χρόνια αυτοάνοση νόσος που απαιτεί μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή και ιατρική παρακολούθηση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία αναφερθήκαμε σε μια αρκετά σημαντική ασθένεια, την ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι η πιο συχνή μορφή φλεγμονώδους αρθρίτιδας. Πρόκειται για μια χρόνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από επίμονη φλεγμονή των αρθρώσεων. Η φλεγμονή είναι αποτέλεσμα της παρέμβασης του ανοσοποιητικού συστήματος. Αν και τα αίτια για την ρευματοειδή αρθρίτιδα παραμένουν άγνωστα, θεωρείται αυτοάνοση ασθένεια, όπου το ανοσοποιητικό σύστημα αρχίζει να επιτίθεται στους ίδιους τους ιστούς του σώματος. Προσπαθήσαμε να αναλύσουμε σε βάθος την συγκεκριμένη ασθένεια χωρίσαμε την εργασία μας σε τρία κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφερθήκαμε στην ιστορική αναδρομή των ρευματικών νοσημάτων. Στη συνέχεια προσπαθήσαμε να δώσουμε έναν ορισμό για την ρευματοειδή αρθρίτιδα. Έπειτα αναλύσαμε τους παράγοντες κινδύνου αυτής της ασθένειας καθώς και τις πιθανές αιτίες που μπορεί να την προκαλέσουν.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφερθήκαμε στη σημασία της πρόληψης ενός τέτοιου νοσήματος και στην σημασία την έγκυρης και έγκαιρης διάγνωσης. Όταν η διάγνωση είναι σωστή εξ αρχής μπορεί να χορηγηθεί άμεσα θεραπευτική αγωγή και να καταφέρει ο θεράπων ιατρός σε συνεργασία με τον ασθενή του να προλάβουν την δυσάρεστη εξέλιξη της νόσου. Η θεραπευτική αντιμετώπιση και η πορεία της νόσου αναλύεται στο δεύτερο κεφάλαιο.

Τέλος στο τρίτο κεφάλαιο μιλήσαμε για την ποιότητα ζωής και πως η ρευματοειδής αρθρίτιδα μπορεί να την επηρεάσει δραστικά και συνήθως αρνητικά. Αναφερθήκαμε τις επιπτώσεις της νόσου στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων, καθώς και για την αντιμετώπιση του πόνου και οι ψυχολογικές επιπτώσεις στην ανθρώπινη υγεία. Στόχος και σκοπός ήταν να ενημερωθεί σωστά το νοσηλευτικό προσωπικό και το κοινό για να γνωρίζουν περισσότερες λεπτομέρειες για ένα τόσο σημαντικό ιατρικό ζήτημα.

Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι εξής: google scholar, pubmed, ebSCO, scopus.

Βιβλιογραφία

- Amor, B. (1998). *Reiter's syndrome: diagnosis and clinical features*. Rheumatic Disease Clinics of North America.
- Bahr, Rook, & al-Saffar. (1988). *Antibody levels to mycobacteria in relation to HLA type: evidence for non-HLA-linked high levels of antibody to the 65 kD heat shock protein of M. bovis in rheumatoid arthritis*. Clin Exp Immunol.
- Benitha, & Tikly. (2007). *Functional disability and health – related quality of life in South Africans with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus*. Clin Rheumatol.
- Bijlsma, J., Da Silva, J., Hachulla, E., Doherty, M., Cope, A., & Lioté, F. (2012). *Textbook of Rheumatic diseases, 1st edition*. London: BMJ Group.
- Carapetis, J., McDonald, M., & Wilson, N. (2005). *Acute rheumatic fever*. The Lancet.
- Caughy DE. (1974). *The arthritis of Constantin IX*. Ann Rheum Dis.
- CL, S. (1959). *Rheumatoid arthritis: historical aspects*. J Chron Dis.
- Dawes, P. T., Fowler, P. D., Clarke, S., Fisher, J., Lawton, A., & Shadforth, M. F. (1986). Rheumatoid arthritis: treatment which controls the C-reactive protein and erythrocyte sedimentation rate reduces radiological progression. *Rheumatology*, 44-49.
- Dieppe PA. (1988). *Did Galen describe rheumatoid arthritis?* Ann Rheum Dis.
- Emery P, Kavanaugh A, Bao Y, Ganguli A, & Mulani P. (2014). *comprehensive disease control (CDC): what does achieving CDC mean for patients with rheumatoid arthritis?* Ann Rheum Dis.
- Firestein, Budd, Harris, McInnes, Ruddy, & Sargent. (2009). *Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Volume II*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Flanagan. (1982). *Measurement of quality of life: current state of the art*. Archives of physical medicine and rehabilitation.
- Fraser KJ. (1982). *Anglo-French contributions to the recognition of rheumatoid*. Ann Rheum Dis.
- Garrod A. (1876). *A Treatise on Gout and Rheumatic Gout*. London: Longman.
- Goronzy, J, & Weyand, C. (2009). *Developments in the scientific understanding of rheumatoid arthritis*.
- GROUP, T. W. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization*. Soc Sci Med.
- James, W., Berger, T., & Elston, D. (2005). *Diseases of the Skin*. Saunders .
- Jansen, L., Van Schaardenburg, D., Van Der Horst-Bruinsma, I., & Dijkmans, B. (2002). *One year outcome of undifferentiated polyarthritis*. Annals of the rheumatic diseases.
- Khuder, Peshimam, & Agraharam. (2002). *Environmental risk factors for rheumatoid arthritis*. Rev Environ Health.
- Klareskog, L., Stolt, P., Lundberg, K., & al, e. (2006). *A new model for an etiology of rheumatoid arthritis: smoking may trigger HLA-DR (shared epitope)-restricted immune reactions to autoantigens modified by citrullination*. Arthritis Reum.
- Klippel, J., Stone, J., Crofford, L., & White, P. (2008). *Primer on the Rheumatic Diseases, 13th edition*. New York, USA: Springer.
- Kobau, Seligman, Peterson, & al, D. e. (2011). *Mental health promotion in public health : perspectives and strategies from positive psychology*. Am J Public Health.

- Kobelt G, Lindgren P, Singh A, & Klareskog L. (2005). *Cost effectiveness of etanercept in combination with methotrexate in the treatment of active rheumatoid arthritis based in the TEMPO trial*. Ann Rheum Dis.
- Leroy, E., & Medsger, T. (2001). *Criteria for the classification of early systemic sclerosis*. The Journal of rheumatology.
- Liao, K., Alfredsson, L., & Karlson, E. (2009). *Environmental influences on risk for rheumatoid arthritis*. Curr Opin Rheumatol .
- Lipsky , P. E., van der Heijde, D. M., St Clair, E. W., Furst , D. E., Breedveld, F. C., Kalden , J. R., & Harriman , G. M. (2000). *Infliximab and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis*. . New England Journal of Medicine, 1594-1602.
- Love, L., Leff, R., Fraser, D., Targoff, I., Dalakas, M., Plotz, P., & Miller , F. (1991). *A new approach to the classification of idiopathic inflammatory myopathy: myositis-specific autoantibodies define useful homogeneous patient groups*. Medicine.
- Majithia , V., & Geraci, S. (2007). *Reymatoid arthritis: diagnosis and management*. Am J Med.
- Myasoedova, E., Davis, J., Crowson, C., & Gabriel, S. (2010). *Epidemiology of rheumatoid arthritis: rheumatoid arthritis and mortality*. Curr Rheumatol Rep.
- Parish, L. (1963). *A historical approach to the nomenclature of rheumatoid*. Arthritis Rheum .
- Peeters , Ranchor, Vliet, Vlieland, & Stiggelbout . (2010). *Effect of adaptive abilities on utilities, direct or mediated by mental health?* . Health Qual Life Outcomes.
- Pollard, Choy, & Scott. (2005). *The consequences of rheumatoid arthritis: Quality of life measures in the individual patient*. Clin Exp Rheumatol.
- Prakken, Albani, & Martini. (2011). *Juvenile idiopathic arthritis*. Lancet.
- Primer on the Rheumatic Diseases– Ρευματολογία*. (1998). Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών Αθήνα.
- Ragan , C. (1961). *The history of the rheumatic factor*. Arthritis Rheum.
- Rennie, K., Hughes, J., Lang, R., & Jebb, S. (2003). *Nutritional management of rheumatoid arthritis*. J Hum Nutr Diet.
- Rice, P. (2005). *Gonococcal arthritis (disseminated gonococcal infection)*. Infectious Disease Clinics.
- Ropes, M., Bennett, G., & Cobb, S. (1958). *Revision of the diagnostic*. Bull Rheum Dis.
- Rothschild BM,, Turner KR,, & Deluca MA. (1988). *Symmetrical erosive peripheral polyarthritis in the late archaic period of Alabama*. Science.
- Schuessler, & Fisher. (1985). *Quality of life research and sociology*. Ann.Rev. Social.
- Scott, Smith, & Kingsley. (2003). *Joint damage and disability in rheumatoid arthritis: an updated systematic review*. Clin Exp Rheumatol.
- Solaro, Lunardi, & Mancardi . (2003). *Pain and MS*. Int MS J.
- Sort , C. (1959). *Rheumatoid arthritis: historical aspects*. J Chron Dis.
- Theresa, Beckie, Leslie, & Hayduk. (1997). *«Measuring Quality of Life»*,.

- Turksever, & Atalik . (2001). *Possibilities and Limitations for the Measurement of quality of life in Urban Areas*. Social indicators research.
- van der Heijde, D., van Leeuwen, M., van Riel, P., & al, e. (1992). *Biannual radiographic assessments of hands and feet in a three-year prospective follow up of patients with early rheumatoid arthritis*. Arthritis Rheum.
- Vandyke, Parker, Smarr, Hewett, & Johnson. (2004). *Anxiety in Rheumatoid Arthritis*. Arthritis Rheum.
- Wilson, F., Ytterberg, S., St Sauver, J., & Reed, A. (2008). *Epidemiology of sporadic inclusion body myositis and polymyositis in Olmsted County, Minnesota*. The Journal of Rheumatology.
- Wolf, J., & Fasching, P. (2010). *Ankylosing Spondylitis*.
- Wolfe. (2000). *Reappraisal of HAQ disability in rheumatoid arthritis*. Arthritis Rheum.
- Wong, G. (2003). *Quality of life of the elderly*. Singapore: multiracial society.
- Αγγελοπούλου, & Σακαντάμη. (2004). *Ειδική αγωγή, αναπτυξιακές διαταραχές και χρόνιες μειονεξίες*. Θεσσαλονίκη: Παν. Μακεδονίας.
- Αλέξανδρος , Α., & Ανδριανάκος. (2012). *Ρευματολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Γεωργιάδης, Α. (2000). *Οστεοαρθρίτιδα: Μια Νέα Επιδημία Στο Κατώφλι Της 3ης Χιλιετίας*. Αθήνα.
- Γιαβασόπουλος, & Μανίκου. (2007, Ιούλιος). *Ρευματοειδής αρθρίτιδα. Το Βήμα του Ασκληπιού*.
- Καρόκης, & Κατσή. (2008). *Η μέτρηση του κόστους της ρευματοειδούς αρθρίτιδας Μεθοδολογικά ζητήματα και διεθνής πρακτική, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αρχεία ελληνικής Ιατρικής.
- Μουτσόπουλος , Χ. (2005). *Εγκυκλοπαίδεια Αυτοάνοσων Νοσημάτων*. Αθήνα: ΚΑΠΟΝ.
- Σακκάς, Λ., & Σταθάκης, Ν. (2004). *Διαταραχές του Ανοσιακού συστήματος και ρευματικά νοσήματα*. Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
- Τσανακτσή, Α., Λιόσης , Ν., & Αντωνόπουλος , Α. (2008). *Ουρική αρθρίτιδα, Νεότερα δεδομένα για την παθογένεια και την θεραπεία* .
- Υφαντόπουλος, Γ. (2001). *Quality of life and QALYs in the measurement of health Archives*. APXEIA EΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ.