O trudnościach diagnostycznych chorób reumatycznych oraz o potrzebie zróżnicowania wycen za wizyty ambulatoryjne mówi **dr hab. n. med. Sławomir Jeka,** kierownik Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im dr J. Biziela w Bydgoszczy, konsultant wojewódzki w dziedzinie reumatologii woj. kujawsko-pomorskiego, przewodniczący Sekcji Obrazowej Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

**Co jest najpoważniejsza trudnością w leczeniu chorób układu mięśniowo - szkieletowego?**

Najpoważniejsza trudnością jest diagnostyka we wczesnym okresie zachorowania. Trzeba wykluczyć choroby, które mogą imitować / naśladować choroby reumatyczne. Na przykład choroby nowotworowe, choroby rozrostowe krwi. My możemy leczyć chorego z powodu podejrzenia choroby reumatycznej, a faktycznie choremu dolega inne schorzenie. Dlatego we wczesnej diagnostyce różnicowej musimy również wykluczyć te poważne zachorowania jak i choroby infekcyjne, ortopedyczne, metaboliczne, endokrynologiczne czy neurologiczne. Nie mamy typowo swoistych markerów potwierdzających jednoznacznie jedną z wielu chorób reumatycznych. Co prawda jest kilka markerów jak dodatni antygen HLA B27 w zesztywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa ( ZZSK) czy Cw6 w łuszczycy i w niektórych postaciach łuszczycowego zapalenia stawów(ŁZS), ale one nie są swoiste dla tych chorób i mogą występować także w populacji ludzi zdrowych. Podobnie jest z przeciwciałami anty CCP i czynnikiem reumatoidalnym (RF) w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS) oraz z przeciwciałami przeciwjądrowymi (ANA) w pozostałych układowych chorobach tkanki łącznej.

**Jak wygląda finansowanie leczenia chorób reumatycznych?**

Najtrudniej jest w ambulatorium, ponieważ w czasie pierwszych 2-3 wizyt należy wykonać szereg drogich badań diagnostycznych, które potem już nie są tak często wymagane. Ich zakres jest uzależniony od typu choroby np. badania bakteriologiczne w infekcyjnych zapaleniach stawów, oznaczenie w surowicy krwi poziomu kwasu moczowego oraz obecności kryształów moczanu sodu w płynie stawowym w podejrzeniu dny moczanowej. Natomiast w układowych chorobach tkanki łącznej wykonywane są drogie badania immunologiczne oraz badania obrazowe takie jak usg, echo serca, klasyczne zdęcia rtg, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, scyntygrafia a także EMG i badania histopatologiczne. Tak szeroko prowadzona diagnostyka najczęściej jest bardziej kosztowna a nie żeli w innych dziedzinach medycyny natomiast NFZ wycenia poradę reumatologiczną podobnie jak np. okulistyczną, dermatologiczną czy diabetologiczną. Dlatego pierwsze wizyty powinny być wyceniane zdecydowanie wyżej.

**Jaka choroba najczęściej występuje?**

Oczywiście zdecydowanie najczęściej występuję choroba zwyrodnieniowa stawów , której diagnostyka i monitorowanie leczenia w zdecydowanej większości nie jest zbyt kosztowna. Natomiast reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) należy do dużej grupy chorób będących w ostatnim czasie przedmiotem szczególnej troski reumatologów. Mowa tu o tzw. układowych chorobach tkanki łącznej zwanych także w żargonie medycznym chorobami układowymi (dawniej kolagenozami). Jest to grupa chorób zapalnych na podłożu tzw. autoimmunizacji, czyli

sytuacji, w której w organizmie chorego pojawiają się przeciwciała przeciwko jego własnym tkankom. Cały proces chorobowy, jak wspomniano powyżej, może dotyczyć wielu narządów i układów. Dlaczego są to choroby, na które reumatologia zwraca szczególną uwagę? Ponieważ nieleczone prowadzą, najczęściej w krótkim czasie, do kalectwa i innych groźnych powikłań z przedwczesną śmiercią włącznie (2-krotne większe ryzyko zgonu). Dotyczą one licznej grupy społecznej np. na RZS choruje około 400 000 osób (1% społeczeństwa), głównie w wieku produkcyjnym (najczęściej w wieku 20-60 lat), a także młodzież i dzieci. Ten fakt ma przełożenie na życie nas wszystkich. Skrzywdzeni czują się chorzy, którzy odczuwają gorszą jakość życia z powodu bólu i cierpienia, a także ich rodziny z powodu zmniejszonych dochodów, będących wynikiem absencji w pracy lub nierzadko jej utraty na skutek kalectwa. Wzrost liczby bezrobotnych i niezdolnych do pracy przekłada się z kolei na wyższe koszty społeczne, które obciążają głównie zdrową populację. Liczne zaostrzenia procesu chorobowego wymagają często drogiego leczenia w warunkach szpitalnych.

**Czy skoro tak trudna jest diagnoza nie pojawiają się w niej błędy?**

Pojawiają się, ale to nie jest tak, że po pierwszej wizycie tracimy kontakt z chorym. Dla ustalenia właściwego rozpoznania obserwujemy pacjenta , czasem miesiąc, czasem nawet rok i dłużej. Ponadto niekiedy właściwy rzut choroby potwierdzający ostatecznie diagnozę może nastąpić dopiero po pewnym czasie. Trzeba pamiętać także, o tym, że leczymy również starszych chorych obciążonych innymi współistniejącymi schorzeniami takimi jak m.in. nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, cukrzyca czy schorzenia kardiologiczno-naczyniowe. Niektóre z leków, które stosujemy są często bardzo obciążająca dla organizmu ponieważ podajemy m.in. leki immunosupresyjne i cytostatyki podobnie jak stosowane w transplantologii i chemioterapii onkologicznej. Istotna jest też świadoma i bezpieczna prokreacja. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Dlatego w razie decyzji o planowanym macierzyństwie organizm musi najpierw zostać oczyszczony („wypłukany z leków”), co może trwać w zależności od zastosowanej terapii od kilku dni, czy miesięcy nawet do roku. Źródło: MK|07.08.2014
http://www.ereumatologia.pl/Choroby-niejednoznaczne,13712.html